Приложение №38 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2026 год

**Порядок осуществления выплат по результатам оценки достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на 2026 год**

В соответствии с пунктом «Применение показателей результативности деятельности медицинской организации» Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и изменениями, внесенными в Требования приказом Минздрава России от 15.05.2025 № 279н, при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки составляет в размере 0,005 (0,5%).

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской помощи оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| ОСРД | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей. |
|  | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой МО и ранжирование МО проводится Комиссией по разработке территориальной программы ОМС один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения  
медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в  
амбулаторных условиях, значений показателей результативности  
деятельности производится по итогам года.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года ‑ ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь текущего года на основании решения, принятого Комиссией.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и порядок расчета значений критериев (показателей) результативности деятельности медицинских организаций установлены приложением к Требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения, с учетом изменений, внесенных в Требования приказом Минздрава России от 15.05.2025 № 279н, и приведены в приложении №37 Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2026 год.

Для оценки достижений показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях - профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения: взрослому населению (блок 1), детскому населению (блок 2), акушерско-гинекологической помощи (блок 3) и по оценке качества оказания медицинской помощи прикрепленному населению (блок 4).

В случае, когда показатель(-и) результативности одного из блоков неприменим(-ы) для конкретной МО и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей МО рассчитываются без учета этого показателя(-ей).

Каждый показатель, включенный в блок (в соответствии с приложением №37 к Тарифному соглашению на 2026 год), оценивается в баллах, которые суммируются. Показатели результативности, включенные в блок 4 «Оценка качества оказания медицинской помощи» могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по четвертому блоку показателей. При достижении отрицательного количества баллов по четвертому блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации принимается значение баллов по четвертому блоку равным нулю.

Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, составляет:

- 35 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);

- 35 баллов для показателей блока 2 (детское население);

- 35 баллов для показателей блока 3 (женское население);

-35 баллов для показателей блока 4 (оценка качества оказания  
медицинской помощи).

В зависимости от результатов деятельности МО по каждому показателю определяется соответствующий балл.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы с учетом фактического выполнения показателей:

I группа - выполнившие до 40 процентов показателей;

II группа - от 40 (включительно) до 60 процентов показателей;

III группа - от 60 (включительно) процентов показателей из возможного для МО количества выполнимых показателей. Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким  
критериям для начисления баллов, ей присваивается максимальный из  
возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в  
знаменателе соответствующих формул, приведенных в приложении №37 к Тарифному соглашению на 2026 год, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель (по решению Комиссии) может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

Порядок расчета значений показателей результативности  
деятельности медицинских организаций приведен в приложении  
№37 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2026 год. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

**1 часть** – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

,

где:

объем средств, используемый при распределении 70 процентов   
от объема средств на стимулирование медицинских организаций   
за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период. Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно средняя численность рассчитывается по формуле:

,

где:

среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств   
с учетом показателей результативности (), рассчитывается следующим образом:

***,***

где:

– численность прикрепленного населения в j-м периоде   
к i-той медицинской организации II и III групп.

**2 часть** – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций   
III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

,

где:

объем средств, используемый при распределении 30 процентов   
от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств   
на стимулирование медицинских организаций (), рассчитывается следующим образом:

где:

количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности прикрепленного к медицинской организации населения (взрослого и детского)   
и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов установленных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно), на основании решения Комиссии применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты,  
не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в  
результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов  
к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными  
медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих  
выплат с учетом применения понижающих коэффициентов как указано выше.