

79

**Дополнительное соглашение № 11
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
по обязательному медицинскому страхованию
в Саратовской области**

г. Саратов

«28» ноября 2025 года

Министерство здравоохранения Саратовской области в лице министра здравоохранения Дудакова В.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Заречнева С.М., АО «МАКС-М» (Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания») в лице директора Филиала АО «МАКС-М» в г. Саратове Кирюхиной Т.В. (по доверенности), ООО «Капитал МС» (Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование») в лице заместителя директора АСП ООО «Капитал МС» - Филиала в Саратовской области Соколовой В.Л. (по доверенности), Ассоциация «Медицинская Палата Саратовской области» в лице президента Ассоциации «Медицинская Палата Саратовской области» Агапова В.В., Саратовская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Саратовской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации Прохорова С.А., именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 30 января 2025 года следующие изменения:

В разделе 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»

абзац тридцатый изложить в следующей редакции:

«- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях - 32 152,32 рублей с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 32 120,20 рублей без учета коэффициента дифференциации»;

абзацы сто восемьдесят восьмой - двести тридцать девятый изложить в следующей редакции:

«При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в размере 1,0% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением средств на финансовое обеспечение профилактических мероприятий).

Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности

медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение – разным категориям населения:

- блок 1 – взрослое население (18 лет и старше);
- блок 2 – детское население (0-17 лет включительно);
- блок 3 – оказание акушерско-гинекологической помощи;
- блок 4 – оценка качества оказания медицинской помощи (в части медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях).

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах, которые суммируются.

Показатели результативности, включенные в блок 4, могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычтываются из количества баллов, набранных медицинской организацией по 4 блоку показателей.

При достижении отрицательного количества баллов по 4 блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации значение баллов по данному блоку принимается равным нулю.

Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально и оформляется решением Комиссии.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также предположительный результат достижения показателей, индикаторы их выполнения, включая возможные значения в баллах, представлены в приложении 20.

Средние, максимально возможные и минимально возможные значения показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в целом по Саратовской области представлены в приложении 20.1.

Предоставление в Комиссию сведений по показателям 17, 23, 26 приложения 20 осуществляется министерством здравоохранения Саратовской области, по остальным показателям приложения 20 - ТФОМС Саратовской области.

При оценке показателей медицинские организации распределяются на следующие группы:

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению (не имеющие в своем составе женской консультации) - перечень медицинских организаций представлен в приложении 3.6 - учитываются показатели, включенные в блоки 1 и 4, а также показатели 24 и 25 блока 3 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 88;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению (имеющие в своем составе женскую консультацию) - перечень медицинских организаций представлен в приложении 3.7 - учитываются показатели, включенные в блоки 1, 3 и 4 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 105;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детскому населению - перечень медицинских организаций представлен в приложении 3.8 - учитываются показатели, включенные в блоки 2 и 4 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 70;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению (имеющие в своем составе женскую консультацию), а также медицинскую помощь детскому населению - перечень медицинских организаций представлен в приложении 3.9 - учитываются показатели, включенные в блоки 1-4 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 140.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы в зависимости от выполнения показателей:

- I - выполнившие до 40 процентов показателей;
- II - выполнившие от 40 до 60 процентов показателей;
- III - выполнившие не менее 60 процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности ($OC_{РД}^j$) за соответствующий j -ый период, 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. Размер средств в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{НАС}}^j = \frac{0,7 \times OC_{\text{РД}}^j}{\text{ЧЗ}^j}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{НАС}}^j$ – 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;

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

Предварительный объем средств, направляемых в i -ю медицинскую организацию II и III групп за j -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}_i^j$) определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}_i^j = \text{ОС}_{\text{НАС}}^j \times \text{ЧЗ}_i^j, \text{ где:}$$

ЧЗ_i^j - среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -ой медицинской организации II и III групп.

2 часть - распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов за j -тый период ($\sum_i \text{КБ}_j^i$). Стоимость 1 балла определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{БАЛЛ}}^j = \frac{0,3 \times \text{ОС}_{\text{РД}}^j}{\sum_i \text{КБ}_j^i}, \text{ где:}$$

$\text{ОС}_{\text{БАЛЛ}}^j$ - объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 балл, рублей.

Предварительный 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 ($\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}_i^j$), определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}_i^j = \text{ОС}_{\text{БАЛЛ}}^j \times \text{КБ}_j^i, \text{ где:}$$

КБ_j^i - сумма баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей по i -той медицинской организацией за j -тый период.

Предварительный общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за

j -тый период для i -той медицинской организации ($OC_{РД_i}^j$), определяется следующим образом:

- для медицинской организации, включенной в I группу:

$$OC_{РД_i}^j = 0;$$

- для медицинской организации, включенной во II группу:

$$OC_{РД_i}^j = OC_{РД(нас)_i}^j;$$

- для медицинской организации, включенной в III группу:

$$OC_{РД_i}^j = OC_{РД(нас)_i}^j + OC_{РД(балл)_i}^j.$$

Итоговый объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($OC_{итог_i}^j$), определяется по следующей формуле:

$$OC_{итог_i}^j = OC_{РД_i}^j \times Ko_i^j, \text{ где:}$$

Ko_i^j - коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации.

Коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации (Ko_i^j), определяется как среднее арифметическое выполнения i -той медицинской организацией указанных объемов предоставления медицинской помощи в пересчете на j -тый период (в долях). При этом значение фактического объема предоставления медицинской помощи определяется по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за j -тый период.

В случае если расчетное значение Ko_i^j для i -той медицинской организации за j -тый период составит 0,9 и более, значение коэффициента принимается равным 1,0.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в

результате применения понижающих Ko_i^j к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом указанных коэффициентов.

Доведение до медицинских организаций итогового объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности за j -тый период, осуществляется путем увеличения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для соответствующей медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, на основании решения Комиссии.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, на месяц, в котором осуществляется выплата, с учетом выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности ($\Phi\Delta\text{ПН}_{\text{кр}}^i$), рассчитывается по формуле:

$$\Phi\Delta\text{ПН}_{\text{кр}}^i = \Phi\Delta\text{ПН}_i + \frac{\text{ОСитог}_i^j + \text{ОСпроп}_i^j}{\text{ЧН}_i}, \text{ где:}$$

- $\Phi\Delta\text{ПН}_i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц без учета показателей результативности деятельности i -той медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, рублей;
- ОСпроп_i^j - объем нераспределенных средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, образовавшийся в результате применения понижающего Ko_i^j , распределенный для i -той медицинской организации за j -тый период пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом данного коэффициента;
- ЧН_i - среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепившихся к i -той медицинской организации (на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области по состоянию на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца), за месяц, в котором осуществляется выплата.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена

приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

Значения фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности, устанавливаются Комиссией»;

абзацы триста тридцать девять – триста девяносто пять изложить в следующей редакции:

«При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в размере 1,0% от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (за исключением средств на финансовое обеспечение профилактических мероприятий).

Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение – разным категориям населения:

- блок 1 – взрослое население (18 лет и старше);
- блок 2 – детское население (0-17 лет включительно);
- блок 3 – оказание акушерско-гинекологической помощи;
- блок 4 – оценка качества оказания медицинской помощи (в части медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях).

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах, которые суммируются.

Показатели результативности, включенные в блок 4, могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по 4 блоку показателей. При достижении отрицательного количества баллов по 4 блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации значение баллов по данному

блоку принимается равным нулю.

Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально и оформляется решением Комиссии.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, а также предположительный результат достижения показателей, индикаторы их выполнения, включая возможные значения в баллах, представлены в приложении 20.

Средние, максимально возможные и минимально возможные значения показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в целом по Саратовской области представлены в приложении 20.1.

Предоставление в Комиссию сведений по показателям 17, 23, 26 приложения 20 осуществляется министерством здравоохранения Саратовской области, по остальным показателям приложения 20 - ТФОМС Саратовской области.

Для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, применяются показатели, включенные в блоки 1-4 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 140.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы в зависимости от выполнения показателей:

- I - выполнившие до 40 процентов показателей;
- II - выполнившие от 40 до 60 процентов показателей;
- III - выполнившие не менее 60 процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности ($OC_{РД}^j$) за соответствующий j -ый период, 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. Размер средств в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$OC_{HAC}^j = \frac{0,7 \times OC_{РД}^j}{ЧЗ^j}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{НАС}}^j$ - 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;

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

Предварительный объем средств, направляемых в i -ю медицинскую организацию II и III групп за j -ый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($OC_{\text{РД(нас)}}_i^j$) определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{РД(нас)}}_i^j = OC_{\text{НАС}}^j \times \chi Z_i^j, \text{ где:}$$

χZ_i^j - среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -ой медицинской организации II и III групп.

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов за j -ый период ($\sum_i KБ_j^i$). Стоимость 1 балла определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{БАЛЛ}}^j = \frac{0,3 \times OC_{\text{РД}}^j}{\sum_i KБ_j^i}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{БАЛЛ}}^j$ - объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 балл, рублей.

Предварительный объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию III группы за j -ый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($OC_{\text{РД(балл)}}_i^j$), определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{РД(балл)}}_i^j = OC_{\text{БАЛЛ}}^j \times KБ_j^i, \text{ где:}$$

$KБ_j^i$ - сумма баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей по i -той медицинской организацией за j -ый период.

Предварительный общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($OC_{PD_i}^j$), определяется следующим образом:

- для медицинской организации, включенной в I группу:

$$OC_{PD_i}^j = 0;$$

- для медицинской организации, включенной во II группу:

$$OC_{PD_i}^j = OC_{PD(nac)_i}^j;$$

- для медицинской организации, включенной в III группу:

$$OC_{PD_i}^j = OC_{PD(nac)_i}^j + OC_{PD(балл)_i}^j.$$

Итоговый объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($OC_{итог_i}^j$), определяется по следующей формуле:

$$OC_{итог_i}^j = OC_{PD_i}^j \times Ko_i^j, \text{ где:}$$

Ko_i^j - коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации.

Коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации (Ko_i^j), определяется как среднее арифметическое выполнения i -той медицинской организацией указанных объемов предоставления медицинской помощи в пересчете на j -тый период (в долях). При этом значение фактического объема предоставления медицинской помощи определяется по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за j -тый период.

В случае если расчетное значение Ko_i^j для i -той медицинской организации за j -тый период составит 0,9 и более, значение коэффициента

принимается равным 1,0.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения понижающих Ko_i^j к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом указанных коэффициентов.

Доведение до медицинских организаций итогового объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности за j -ый период, осуществляется путем увеличения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания для соответствующей медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, на основании решения Комиссии.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, на месяц, в котором осуществляется выплата, с учетом выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности ($\Phi\Delta\text{ПН}_{kp}^i$), рассчитывается по формуле:

$$\Phi\Delta\text{ПН}_{kp}^i = \Phi\Delta\text{ПН}_i + \frac{\text{ОСитог}_i^j + \text{ОСпроп}_i^j}{\text{ЧН}_i}, \text{ где:}$$

- $\Phi\Delta\text{ПН}_i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания без учета показателей результативности деятельности i -той медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, рублей;
- ОСпроп_i^j - объем нераспределенных средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, образовавшийся в результате применения понижающего Ko_i^j , распределенный для i -той медицинской организации за j -ый период пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом данного коэффициента;
- ЧН_i - среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепившихся к i -той медицинской организации (на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области по состоянию на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца), за месяц, в котором осуществляется выплата.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

Значения фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, с учетом выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности, устанавливаются Комиссией»;

абзацы триста девяносто шесть, триста девяносто семь изложить в следующей редакции:

«Тарифы для оплаты услуг диализа, приведены в приложении 19.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») устанавливаются в размере 6 058,5 рублей и перitoneального диализа (код услуги А18.30.001 «Перitoneальный диализ») в размере 4 305,0 рублей, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ»;

приложения 7, 18, 20, 20.1, к тарифному соглашению от 30 января 2025 года изложить в редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4 соответственно к Дополнительному соглашению № 11 к тарифному соглашению от «28» ноября 2025 года.

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с 01 ноября 2025 года, за исключением изменений в абзаце тридцатом, приложении 7, которые вступают в силу с 01 декабря 2025 года; в абзацах триста девяносто шесть, триста девяносто семь, которые вступают в силу с 01 июля 2025 года.

**Министр здравоохранения
Саратовской области**


В.А. Дудаков

«28» ноября 2025 г.

**Директор Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Саратовской области**


С.М. Заречнев

«28» ноября 2025 г.

**Заместитель директора АСП
ООО «Капитал МС» - Филиала
в Саратовской области**



В.Л. Соколова

«28» ноября 2025 г.

**Президент Ассоциации
«Медицинская Палата
Саратовской области»**



В.В. Агапов

«28» ноября 2025 г.

**Председатель Саратовской
областной организации
профессионального союза
работников здравоохранения
Российской Федерации**



С.А. Прохоров

«28» ноября 2025 г.

**Директор Филиала АО
«МАКС-М» в г. Саратове**



Т.В. Кирюхина

«28» ноября 2025 г.