

**Дополнительное соглашение № 2
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
по обязательному медицинскому страхованию
в Саратовской области**

г. Саратов

«30» марта 2026 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 29 января 2026 года следующие изменения:

В разделе 2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Саратовской области

абзац 63 изложить в следующей редакции:

«Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации установлены в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад»;

абзац 64 изложить в следующей редакции:

«Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом, в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке): при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки, электрокардиографии, колоноскопии»;

В разделе 3. Размер и структура тарифов оплаты медицинской помощи

абзац 49 изложить в следующей редакции:

«Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией. Например, отнесение к КСГ, применяемым для оплаты случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ -10 и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». Необходимо учитывать, что сепсис может являться как основным поводом для госпитализации, так и осложнением в ходе продолжающегося лечения основного заболевания. Таким образом, при кодировании случаев лечения сепсиса соответствующий диагноз необходимо указывать либо в столбце «Основной диагноз», либо в столбце «Диагноз осложнения». При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком столбце указан код диагноза.

В случае возникновения септических осложнений в ходе госпитализации по поводу ожогов, в целях корректного кодирования случая лечения диагноз септического осложнения также необходимо указывать в столбце «Диагноз осложнения».

КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований» применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-10 (Код МКБ-10 из перечня С., D00-D09, D45-D47 и код МКБ-10 D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования»;

абзац 69 изложить в следующей редакции:

«3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25»;

абзац 266 изложить в следующей редакции:

«Оплата посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение. Проведение групповых консультирования в центрах здоровья не предусмотрено, оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах объема средств, предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования, групповые консультации не подлежат. Порядок организации деятельности центра здоровья (центра медицины здорового долголетия), включая стандарт оснащения, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации. Министерством здравоохранения Российской Федерации разрабатываются и утверждаются методические рекомендации по проведению в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) анкетирования, оценки биологического возраста и исследований обратившихся граждан, интерпретации их результатов и порядка действий в случае выявления изменений»;

абзацы двести шестьдесят семь – двести семьдесят три исключить;

абзацы двести семьдесят четыре – триста девяносто пять считать соответственно абзацами двести шестьдесят седьмым – триста восемьдесят восьмым;

абзац 284 изложить в следующей редакции:

«Тарифы на оплату медицинской помощи в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) установлены приложениями 13.3 и 13.3.1»;

абзацы двести восемьдесят семь исключить;

абзацы двести восемьдесят восемь – триста восемьдесят восемь считать соответственно абзацами двести восемьдесят седьмым – триста восемьдесят седьмым;

абзац 286 изложить в следующей редакции:

«- за комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в т.ч. в выходные дни и с применением мобильных медицинских бригад – приложением 13.4»;

абзац 287 изложить в следующей редакции:

«- за комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в т.ч. в выходные дни и с применением мобильных медицинских бригад приложением 13.5»;

абзац 288 изложить в следующей редакции:

«- за комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в т.ч. в выходные дни и с применением мобильных медицинских бригад - приложением 13.6»;

абзац 289 изложить в следующей редакции:

«- за комплексное посещение в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т.ч. усыновлённых (удочеренных, принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в т. ч. в выходные дни и с применением мобильных медицинских бригад - приложением 13.7»;

абзац 290 изложить в следующей редакции:

«на оплату медицинской помощи в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения - приложением 13.8»;

абзац 291 изложить в следующей редакции:

«на оплату углубленной диспансеризации - приложением 13.9»;

абзац 293 изложить в следующей редакции:

«Тарифы на комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, приведены в приложении 13.10»;

абзац 297 изложить в следующей редакции:

«Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, приведены в приложении 13.11»;

абзац 298 изложить в следующей редакции:

«Тариф на комплексное посещение школы для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ для больных с сахарным диабетом, школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания, представлены в приложении 13.12»;

абзац 299 изложить в следующей редакции:

«Тариф на комплексное посещение врача - офтальмолога кабинета охраны здоровья детей, включающие функциональное лечение миопии у детей, представлены в приложении 13.13»;

абзац 305 изложить в следующей редакции:

«Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

1. Вне подушевого финансирования (за единицу объема медицинской помощи):
 - при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей за исключением дистанционного взаимодействия медицинских работников внутри одной медицинской организации;
 - при оплате телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
 - при оплате телемедицинских консультаций жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
 - при оплате телемедицинских консультаций по профилю медицинской помощи, исключенному из подушевого финансирования.

2. В рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено застрахованное лицо, при оплате телемедицинских консультаций, не указанных в пункте 1»;

Приложение 9.5 к тарифному соглашению от 29 января 2026 года

дополнить строкой:

st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)
----------	---

Приложение 9.6 к тарифному соглашению от 29 января 2026 года

дополнить строкой:

st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)
----------	---

Приложение 9.8 и 9.8.1 к тарифному соглашению от 29 января 2026 года исключить;

приложения 7, 9.7, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 13.3, 13.4, 13.5, 13.6, 13.7, 14, 20.1, 22.2 к тарифному соглашению от 29 января 2026 года изложить в редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 соответственно к Дополнительному соглашению № 2 к тарифному соглашению от «30» марта 2026 года.

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с 01 апреля 2026 года, за исключением изменений в приложениях 7, 9.5, 9.6, 9.7, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, которые вступают в силу с 01 марта 2026 года.

Министр здравоохранения
Саратовской области



В.А. Дудаков

«30» марта 2026 г.

Директор Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Саратовской области



С.М. Заречнев

«30» марта 2026 г.

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



Т.В. Кирюхина

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



В.Л. Соколова

Президент Ассоциации
«Медицинская Палата
Саратовской области»



В.В. Агапов

Председатель Саратовской
областной организации
профессионального союза
работников здравоохранения
Российской Федерации



С.А. Прохоров

«30» марта 2026 г.