

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории Ставропольского края
от 25 декабря 2025 года

г. Ставрополь

№ 1

19 февраля 2026 года

1. Основания для заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению

Настоящее дополнительное соглашение к тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края (далее соответственно – тарифное соглашение, дополнительное соглашение, ОМС), заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, и принято комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае (протокол от 19.02.2026 № 2).

2. Изменения, которые вносятся в текст тарифного соглашения

В разделе I « Общие положения» в пункте 1.1. слова «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940» заменить словами «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188».

В разделе II «Способы оплаты медицинской помощи»:

в пункте 2.1 «При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:»

первый абзац подпункта 2.1.1. изложить в следующей редакции:

«По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной

томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых установлен приложении 2 к настоящему тарифному соглашению, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.»;

в подпункте 2.1.3:

пятый абзац после слов «(определения внеклеточной ДНК плода по крови матери)» дополнить словами «, определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)»;

шестой абзац исключить;

девятый абзац изложить в следующей редакции:

«посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;»;

после девятого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации,

диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);».

В разделе III «Тарифы на оплату медицинской помощи»:

1) в пункте 3.1 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» подпункт 3.1.3. после девятого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и медицинских информационных систем медицинских организаций могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования при наличии исключительных или неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на учет медицинской организации.».

2) в пункте 3.2 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»:

в подпункте 3.2.1:

второй абзац изложить в следующей редакции:

«Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на:

оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, его (ее) супруг(а), а также супруг(а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

оказание медицинской помощи пациентам с риском развития синдрома диабетической стопы в кабинете «Диабетическая стопа», тариф медицинской услуги В01.058.500.001 «Скрининг синдрома диабетической стопы» установлен в размере 2 004,35 рублей, медицинской услуги В01.058.600.001 «Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки» в размере 1 946,32 рублей, медицинской услуги

В01.058.700.001 «Диагностика и лечение ран нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы» в размере 2 412,37 рублей;

оплату проведения исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, тариф медицинской услуги А26.08.019.23 «Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (*Influenza virus*)» установлен в размере 435,59 рублей, медицинской услуги В03.014.006.001 «Комплекс для выявления возбудителей острых респираторных инфекций человека в клиническом материале методом полимеразной цепной реакции (РНК метапневмовируса, РНК вирусов парагриппа, РНК риновируса, РНК аденовируса, РНК бокавируса)» в размере 2183,07 рублей;

однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 – 40 лет одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, тариф по кодам медицинских услуг А09.05.027.003, А09.05.027.004 установлен в размере 307,97 рублей;

оценка липидного профиля у пациентов (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 – 39 лет – один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше – один раз в 3 года, одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, тариф по кодам медицинских услуг А09.05.027.001, А09.05.027.002 установлен в размере 795,09 рублей;

дополнить абзацем следующего содержания:

«При невозможности проведения в медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный гражданин, исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц, такие медицинские услуги оказываются в иных медицинских организациях по направлению врача и оплачиваются в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации, в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов, при этом указанный случай отражается в реестре счетов медицинской организации, запросившей медицинскую услугу.»;

подпункт 3.2.6. изложить в следующей редакции:

«3.2.6. По тарифу за единицу объема оплачиваются следующие виды медицинской помощи:

медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами Ставропольского края;

медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

отдельные диагностические (лабораторные) исследования – компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования

сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомических исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) (тарифы установлены в приложении 8);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация и диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (тарифы установлены в приложениях 10 и 11);

диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (тарифы установлены в приложении 12);

посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными факторами риска и факторами риска развития заболеваний, а также посещения с иными целями центров здоровья (тарифы установлены в приложении 9);

дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами (маломобильными гражданами, имеющими физические ограничения и (или) жителями отдаленных и малонаселенных районов) или их законными представителями, оказанная медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (комплексное посещение) (тарифы установлены в приложении 9);

услуги диализа (тарифы установлены в приложении 13);

неотложная медицинская помощь (тарифы установлены в приложении 9),

медицинская помощь, оказываемая врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь, оказываемая врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь, оказываемая врачом акушером-гинекологом (тарифы установлены в приложении 9);

стоматологическая медицинская помощь (тарифы установлены в приложении 14).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение, включающее усредненную стоимость медицинских услуг, подлежащих к проведению в рамках вышеуказанных профилактических мероприятий в соответствии с порядками проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерного наблюдения) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров и диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации. В этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или такой диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.

Одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 – 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 – 39 лет – один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше – один раз в 3 года.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств ОМС 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, ЭКГ, колоноскопии, первичном или повторном посещении врача по медицинской профилактике, профилактическом и диспансерном приеме врача по медицинской профилактике, профилактическом и диспансерном приеме врача терапевта, лечебно-диагностическом приеме врача-терапевта первичном или

повторном профилактическом консультировании по коррекции факторов риска (индивидуальном кратком, индивидуальном углубленном, групповом углубленном, ином углубленном);

информационных систем, предназначенных для сбора информации о показателях артериального давления и уровня глюкозы крови при проведении дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом).

Медицинская помощь, оказанная в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, оплачивается вне подушевого норматива финансирования в зависимости от фактически оказанных в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров медицинских услуг и посещений медицинского персонала.»;

в подпункте 3.2.8:

третий абзац исключить;

седьмой абзац изложить в следующей редакции:

«посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;».

3) во втором абзаце подпункта 3.4.4 пункта 3.4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара» цифру «15» заменить цифрой «8».

3. Изменения, которые вносятся в приложение 1 к тарифному соглашению

В подпункте 3 Перечня основных терминов, понятий и сокращений, применяемых в настоящем тарифном соглашении, слова «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940» заменить словами «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188».

В подпункте 42 Перечня основных терминов, понятий и сокращений, применяемых в настоящем тарифном соглашении, после слов «школ для больных с хроническими заболеваниями» дополнить словами «школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания,» и после слов «посещение с профилактической целью центров здоровья,» дополнить словами «(центров медицины здорового долголетия),».

4. Изменения, которые вносятся в приложение 2 к тарифному соглашению

В абзаце четырнадцатом слова «показателей результативности деятельности медицинских организаций» заменить словами «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

в абзаце тридцать пятом слова «вправе применять» заменить словом «устанавливает».

5. Изменения, которые вносятся в приложение 4 к тарифному соглашению

Таблицу 2 «Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического пребывания пациента» изложить в редакции в соответствии с приложением 1 к настоящему дополнительному приложению.

6. Изменения, которые вносятся в приложение 5 к тарифному соглашению

6.1. В пункте 1 «Особенности применения ФДПн и норматива финансирования структурного подразделения медицинской организации медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» в подпункте 1.3 цифры «274» заменить цифрами «352».

6.2. В пункте 2 «Особенности применения тарифов посещения, обращения при оплате первичной медико-санитарной помощи»:

подпункт 2.5 после слов «кроме посещений к врачам центров здоровья,» дополнить словами «(центров медицины здорового долголетия),»;

подпункт 2.8 изложить в новой редакции:

«2.8. Медицинская помощь в части ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания в амбулаторных условиях включает до 20 часов занятий в рамках школ, в том числе тестирование и проверку дневников самоконтроля.

Примерный перечень школ и рекомендуемый курс обучения, входящий в комплексное посещение, разработанный ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины», Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденный на заседании Ученого Совета протоколом № 7 от 16.09.2025 г., представлен в таблице:

№ п/п	Школа\Группа пациентов (в среднем 20 пациентов)	МКБ-10 /прочие критерии	Комплексное посещение (курс обучения)
1	Школа для больных с артериальной гипертензией (пациенты с установленным диагнозом АГ, в том числе	I10-I15	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)

	впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)		
2	Школа для больных с сердечной недостаточностью (пациенты с установленным диагнозом ХСН, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I50	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)
3	Школа для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	J44.0, J44.8, J44.9	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)
4	Школа для больных с бронхиальной астмой (пациенты с установленным диагнозом БА, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом БА, находящиеся под ДН)	J45.0, J45.1, J45.8, J45.9	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование), заполнение дневника пациента
5	Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением (пациенты по результатам ПМО и ДД)	выявлен фактор риска - ожирение с ИМТ 30,0-34,9 кг/м ² или избыточная масса тела с ИМТ 25,0-29,9 кг/м ²	4 занятия продолжительностью по 45-60 минут
6	Школа для пациентов с сахарным диабетом (взрослые с сахарным диабетом 1 типа*)	E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9	5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
7	Школа для пациентов с сахарным диабетом (взрослые с сахарным диабетом 2 типа*)	E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9	5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля

8	Школа для пациентов с сахарным диабетом (дети и подростки с сахарным диабетом*)	E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9	10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля
9	Школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника		Не менее 2 занятий
10	Школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания		Не менее 2 занятий

подпункт 2.9 изложить в новой редакции:

«2.9. Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья□□ (центров медицины здорового долголетия), включая диспансерное наблюдение учет которых осуществляется в рамках соответствующих нормативов, включают в себя случаи оказания взрослому населению, оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи.

Перечень услуг и вид приема для оказания медицинской помощи центром здоровья представлены в таблице.

Вид приема/ Код услуги	Наименование услуги	Мероприятие
Первичное посещение. В11.047.005.201	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования
		Анкетирование пациента по теме ЗОЖ
		Анкетирование пациента по вопросам питания
		Проведение биоимпедансометрии

		<p>Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)</p> <p>Проведение динамометрии</p> <p>Проведение исследования при помощи смокелайзера</p> <p>Проведение спирометрии</p> <p>Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана</p> <p>Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение</p> <p>Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение</p>
<p>Первый диспансерный прием (повторное посещение с применением телемедицинских технологий) В11.047.008.201</p>	<p>Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 3 месяца с момента постановки на диспансерное наблюдение</p>	<p>Прием врачом/фельдшером центра здоровья для взрослых с использованием цифровых клинических сервисов</p>
<p>Второй диспансерный прием (повторное посещение) с осмотром (консультацией) врачом- диетологом В11.047.009.201</p>	<p>Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение</p>	<p>Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья для</p> <p>Анкетирование пациента по теме ЗОЖ</p> <p>Анкетирование пациента по вопросам питания</p> <p>Проведение биоимпедансометрии</p> <p>Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)</p> <p>Проведение динамометрии</p> <p>Проведение исследования при помощи смокелайзера</p> <p>Проведение спирометрии</p> <p>Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана</p> <p>Осмотр (консультация) психологом (по показаниям)</p>

		Осмотр (консультация) врачом-диетологом (по показаниям)
Второй диспансерный прием (повторное посещение) без осмотра (консультации) врачом- диетологом В11.047.010.201	Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья для взрослых
		Анкетирование пациента по теме ЗОЖ
		Анкетирование пациента по вопросам питания
		Проведение биоимпедансометрии
		Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)
		Проведение динамометрии
		Проведение исследования при помощи смекелайзера
		Проведение спирометрии
		Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана
		Осмотр (консультация) психологом (по показаниям)
Третий диспансерный прием (повторное посещение) В11.047.011.201	Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 12 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья для взрослых
		Проведение биоимпедансометрии
		Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)
		Проведение динамометрии
		Проведение исследования при помощи смекелайзера
		Проведение спирометрии
		Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана

Медицинская помощь пациентам с риском развития синдрома диабетической стопы в кабинете «Диабетическая стопа», оказывается по перечню услуг представленному в таблицах, разработанных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии имени

академика И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации при участии главного внештатного специалиста эндокринолога Министерства здравоохранения Российской Федерации И.И. Дедова.

1. Скрининг синдрома диабетической стопы по коду услуги В01.058.500.001

п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	В01.058.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2	А01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы
3	А04.12.001.001.001	Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей (с использованием мини-доплера или портативного ультразвукового аппарата для проведения доплерографии)
4	В03.043.002	Скрининг-исследование риска заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом лодыжечно-плечевого индекса
5	В02.012.001.01	Обработка ногтевых пластинок (1 стопа)
6	В02.012.001.02	Обработка гиперкератоза (1 сеанс)
7	А16.01.028.001	Удаление мозолей

2. Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки по коду услуги В01.058.600.001

п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	В01.058.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2	А01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы
3	А04.12.001.001.001	Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей (с использованием мини-доплера или портативного ультразвукового аппарата для проведения доплерографии)
4	А15.04.002.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов (из полимерных материалов)
5	А15.03.010	Снятие гипсовой повязки (лонгеты) (снятие иммобилизационной повязки из полимерных материалов)
6	А02.30.001	Термометрия общая

3. Диагностика и лечение ран нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы по коду услуги В01.058.700.001

п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	В01.058.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2	А04.12.001.001.001	Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей (с использованием мини-доплера или портативного ультразвукового аппарата для проведения доплерографии)

3	B03.043.002	Скрининг-исследование риска заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом лодыжечно-плечевого индекса
4	A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы
5	A26.01.004.001	Микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого диабетических язв на анаэробные микроорганизмы
6	A15.01.001	Наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов
7	A15.01.002	Наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки

»;

подпункт 2.10 дополнить абзацами следующего содержания:

«Оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача. Заключение должно содержать в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Случай дистанционного наблюдения за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 85% дней в месяц (в среднем не менее 26 дней) не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 52 измерения в месяц).

Оплата неполных месяцев дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.

Обязательным условием оплаты случая дистанционного наблюдения является наличие у территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации доступа к информационной системе, предназначенной для централизованного сбора информации о мониторируемых показателях артериального давления и уровня глюкозы крови, включая доступ к детальным сведениям о дате и времени каждого переданного измерения в отношении всех пациентов, находящихся на дистанционном наблюдении, застрахованных в Ставропольском крае»;

подпункт 2.12 после слов «по поводу одного заболевания» дополнить словами «либо приема лечащего врача с дополнительным проведением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями.»;

абзац четвертый подпункта 2.21 изложить в следующей редакции:

«Случаи проведения консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в экстренной, неотложной и плановой формах могут быть отражены только в реестрах счетов на оплату медицинской помощи медицинской организации, запросившей телемедицинскую консультацию.»;

подпункт 2.21 дополнить абзацем следующего содержания:

«Оплата за оказанную в амбулаторных условиях консультацию с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой медицинской организации-исполнителю осуществляется путем межучрежденческих расчетов в рамках гражданско-правовых договоров в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов.»;

подпункт 2.22 исключить.

6.3. В пункте 9 «Особенности применения тарифов медицинской услуги при оплате первичной медико-санитарной помощи»:

абзац четвертый подпункта 9.1 после слов «к тарифному соглашению.» дополнить словами «При дополнительном введении контрастного вещества в первичной медицинской документации необходимо указание наименования и дозы введенного препарата.»;

дополнить подпунктом 9.3 следующего содержания:

«9.3. Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С включает в себя следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги
A26.05.019.003	Определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus)
A04.14.001.005	Эластометрия печени
A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ)
A09.05.041	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови (АСТ)
A12.05.120	Исследование уровня тромбоцитов в крови

Определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции включает услугу A26.05.019.001 «Определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование»».

6.4. В пункте 10 «Особенности применения тарифов КСГ при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара»:

подпункт 10.1 изложить в следующей редакции:

«10.1. Случай оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ, а в установленных пунктом 13 приложения 5 к тарифному соглашению случаях – в доле, определенной тарифным соглашением. В случае, установленном пунктом 17 приложения 5 к тарифному соглашению, стоимость случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях формируется с учетом стоимости выполненных пациенту услуг диализа.»;

в подпункте 10.2 цифры «12» заменить цифрами «11»;

в подпункте 10.4 цифры «14» заменить цифрами «13»;

абзац второй подпункта 10.5 изложить в следующей редакции:

«если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.»;

в абзаце третьем подпункта 10.5 цифры «14» заменить цифрами «13»;

абзац девятый подпункта 10.6 изложить в следующей редакции:

«проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (выставление случая только по КСГ «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 – 5)», без основной КСГ не допускается. А также, выставление случаев по двум КСГ «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 – 5)» с пересекающимися сроками лечения не допускается). Для оплаты по данным КСГ обязательно наличие результатов микробиологического исследования материала из очага инфекции и (или) из крови с выделением одного или нескольких полирезистентных микроорганизмов, при этом допускается назначение лечения до получения результатов микробиологического исследования.»;

подпункт 10.6 дополнить абзацем одиннадцатым следующего содержания:

«в случае выявления у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации в стационарных условиях по КСГ «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)» заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и оказания медицинской организацией, проводившей диспансеризацию в стационарных условиях,

соответствующей медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.»;

подпункт 10.17 дополнить абзацами следующего содержания:

«В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких различных КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

В случае оплаты прерванного случая оказания медицинской помощи к объему средств, получаемому медицинской организацией за примененный КСЛП, доля оплаты прерванных случаев лечения не применяется.

В случае, если оплата законченного случая лечения осуществляется по двум и более КСГ, значение КСЛП применяется однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения, за исключением:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.»;

в абзаце втором подпункта 10.20 цифры «14» заменить цифрами «13»;

подпункт 10.26 изложить в следующей редакции:

«10.26. Случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 5)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 6)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 7)», «Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия», «Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия» в условиях дневного стационара длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием, определенным правилами группировки КСГ, значения является прерванным и оплачивается в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения, установленными пунктом 13 приложения 5 к тарифному соглашению.

Лечение пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, в соответствии с клиническими рекомендациями «Хронический вирусный гепатит С у взрослых», осуществляется врачами-инфекционистами, а также врачами-гастроэнтерологами, терапевтами и врачами общей практики (семейными

врачами) на койках дневного стационара по профилям «инфекционные болезни», «терапия», «гастроэнтерология».

Случаи оказания медицинской помощи по КСГ «Лечение хронического вирусного гепатита С» в дневном стационаре и случаи оказания, в период между двумя приемами у врача, иной медицинской помощи в связи с наличием медицинских показаний, подлежат оплате. При этом в случае пересечения сроков лечения в разных медицинских организациях оплачиваются оба случая, подлежащие медико-экономической экспертизе.»;

дополнить подпунктом 10.27 следующего содержания:

«10.27. Случаи оказания медицинской помощи по КСГ «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)», в условиях круглосуточного стационара в объеме (в рамках первого этапа) менее предусмотренного значения соответствующим классификационным критериям, определенным правилами группировки КСГ, не подлежат оплате в полном объеме. При этом случай лечения может быть отнесен к прерванному по следующим критериям:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
4. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
5. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом).».

6.5. В пункте 13 «Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара» в подпункте 13.5 цифры «11» и «12» заменить цифрами «10» и «11» соответственно.

6.6. В пункте 17 «Особенности применения тарифов услуг диализа к тарифам КСГ, ВМП при оплате медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара» подпункт 17.2 изложить в следующей редакции:

«17.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по тарифу КСГ оказанные пациентам с хронической почечной недостаточностью медицинские услуги диализа включаются в стоимость случая лечения при условии установления Комиссией объемов соответствующих услуг.».

7. Изменения, которые вносятся в приложение 6 к тарифному соглашению

7.1. В пункте 1.1 «Расчёт базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» раздела I:

двенадцатый абзац изложить в следующей редакции:

« $ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{Д(Л)И} - ОС_{Ш} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{РЕПР} -$
 $ОС_{ДН} - ОС_{ЦЗ} - ОС_{2 \text{ эт}} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ДИСТН} - ОС_{ТМ}$ »;

двадцать четвертый абзац исключить.

7.2. Раздел II изложить в следующей редакции:

«II. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ (ФЕЛЬДШЕРСКИХ ПУНКТОВ, ФЕЛЬДШЕРСКИХ ЗДРАВПУНКТОВ)

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (далее – ФАП) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 202н) составляет в среднем на 2026 год:

ФАП, обслуживающего от 101 до 800 жителей, – 1 536,77 тыс. рублей;

ФАП, обслуживающего от 801 до 1500 жителей, – 3 073,64 тыс. рублей;

ФАП, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, – 3 073,64 тыс. рублей.

В случае обслуживания ФАП менее 100 или более 2000 жителей размер финансового обеспечения определяется с применением поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения ФАП обслуживающего от 101 до 800 жителей и от 1501 до 2000 жителей соответственно, при этом с целью обеспечения сохранения достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ), и уровнем средней заработной платы в регионе, значение поправочного коэффициента определяется как соотношение расходов исходя из числа занятых штатных должностей и размера средств на оплату труда персонала с учетом выполнения Указа к размеру финансового обеспечения ФАП.

При расчете размера финансового обеспечения ФАП, в которых число занятых штатных единиц не соответствует требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, размер финансового обеспечения определяется пропорционально занятым штатным должностям с применением понижающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения ФАП, при этом число занятых единиц, не предусмотренных штатными нормативами, принимается к расчету с коэффициентом 0,9.

Объём средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-й медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n),$$

где:

- $ОС_{ФАП}^i$ объём средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАП в i -й медицинской организации;
- $Ч_{ФАП}^n$ число ФАП n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
- $БНФ_{ФАП}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – ФАП n -го типа;
- $КС_{БНФ}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 202 н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем).

В случае, если у ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 202 н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения ФАП изменяется с учётом объёма средств, направленных на финансовое обеспечение ФАП за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^j = ОС_{ФАП}^j_{нр} + \left(\frac{БНФ_{ФАП}^j \times КС_{БНФ}^j}{12} \times n_{мес} \right),$$

где:

- $ОС_{ФАП}^j$ фактический размер ФАП;
- $ОС_{ФАП}^j_{нр}$ объём средств, направленный на финансовое обеспечение ФАП с начала года;
- $n_{мес}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФАП.».

7.3 Пункт 3.4 раздела III после слов «мобильной медицинской бригадой,» дополнить словами «а также комплексных посещений в выходные и праздничные дни,».

8. Изменения, которые вносятся в приложение 7 к тарифному соглашению

Таблицу 1 изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему дополнительному соглашению.

9. Изменения, которые вносятся в приложение 8 к тарифному соглашению

В строке 257 Таблицы 1 «Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (основной тариф)» слова «(«Эластометрия печени», «определение генотипа вируса гепатита С ((Hepatitis C virus)»))» исключить.

10. Изменения, которые вносятся в приложение 9 к тарифному соглашению

Приложение 9 к тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 3 к настоящему дополнительному соглашению.

11. Изменения, которые вносятся в приложение 10 к тарифному соглашению

Приложение 10 к тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 4 к настоящему дополнительному соглашению.

12. Изменения, которые вносятся в приложение 11 к тарифному соглашению

Приложение 11 к тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 5 к настоящему дополнительному соглашению.

13. Изменения, которые вносятся в приложение 15 к тарифному соглашению

Таблицу 2 изложить в редакции согласно приложению 6 к настоящему дополнительному соглашению.

14. Изменения, которые вносятся в приложение 16 к тарифному соглашению

Приложение 16 к тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 7 к настоящему дополнительному соглашению.

15. Изменения, которые вносятся в приложение 17 к тарифному соглашению

Приложение 17 к тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 8 к настоящему дополнительному соглашению.

16. Изменения, которые вносятся в приложение 18 к тарифному соглашению

Заголовок Таблицы «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях» изложить в следующей редакции:

№ стр.	№ группы ВМП	Код в системе ОМС	Наименование вида ВМП	Доля заработной платы, %	Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи
	1	2	3	4	5

строку 30 изложить в следующей редакции:

30.	21	VS26.21.32.1	Видеоэндоскопические внутриполостные и видеоэндоскопические внутрипросветные хирургические вмешательства, интервенционные радиологические вмешательства, малоинвазивные органосохраняющие вмешательства при злокачественных новообразованиях, в том числе у детей	29%	264331,22
-----	----	--------------	---	-----	-----------

строки 39 – 41 изложить в следующей редакции:

39.	28	VS26.28.32	Видеоэндоскопические внутриполостные и видеоэндоскопические внутрипросветные хирургические вмешательства, интервенционные радиологические вмешательства, малоинвазивные органосохраняющие вмешательства при злокачественных новообразованиях, в том числе у детей	26%	138474,97
40.	29	VS26.29.593	Реконструктивные операции на звукопроводящем аппарате уха	30%	158087,80
41.	30	VS26.30.601	Хирургические вмешательства по реконструкции и восстановлению анатомической целостности структур носа и околоносовых пазух	23%	92860,70

строку 44 изложить в следующей редакции:

«	44.	30	VS26.30.603	Хирургическое лечение хронических воспалительных заболеваний носа, околоносовых пазух и глотки	23%	92860,70	»;
---	-----	----	-------------	--	-----	----------	----

строки 54 – 56 изложить в следующей редакции:

«	54.	36	VS26.36.600	Транспупиллярная, микроинвазивная энергетическая оптико-реконструктивная, лазерная хирургия при патологии глазного дна различного генеза	44%	51043,88	
	55.	37	VS26.37.587	Комплексное хирургическое лечение прогрессирующей миопии с использованием технологий стабилизации склерального коллагена	32%	70549,12	
	56.	38	VS26.38.591	Реконструктивно-пластическая хирургия конъюнктивальной полости при рубцовых и дегенеративных изменениях конъюнктивы	47%	57563,06	»;

строки 83 – 84 изложить в следующей редакции:

«	83.	64	VS26.64.558	Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	6%	610153,21	
	84.	65	VS26.65.605	Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца с заменой ранее имплантированного кардиовертера-дефибриллятора	4%	869489,55	»;

строку 101 изложить в следующей редакции:

«	101.	75	VS26.75.148	Реконструктивно-пластические операции при комбинированных дефектах и деформациях дистальных отделов конечностей с использованием чрескостных аппаратов и прецизионной техники, а также с замещением мягкотканых и костных хрящевых дефектов синтетическими и биологическими материалами	15%	260467,12	»;
---	------	----	-------------	---	-----	-----------	----

строку 103 изложить в следующей редакции:

«	103.	77	VS26.77.157	Трансплантация почки	14%	1300291,98	»;
---	------	----	-------------	----------------------	-----	------------	----

строку 113 изложить в следующей редакции:

«	113.	83	VS26.83.588	Микрохирургические и реконструктивно-пластические операции на печени, желчных протоках и сосудах печени, в том числе эндоваскулярные операции на сосудах печени, и реконструктивные операции на сосудах системы воротной вены,	24%	240123,20	
---	------	----	-------------	--	-----	-----------	--

«			стентирование внутри- и внепеченочных желчных протоков		»;
---	--	--	--	--	----

строку 124 изложить в следующей редакции:

124.	88	VS26.88.584	Гастроинтестинальные комбинированные рестриктивно-шунтирующие операции, Рестриктивная гастропластика: Продольная резекция желудка	12%	372402,36	».
------	----	-------------	---	-----	-----------	----

17. Изменения, которые вносятся в приложение 19 к тарифному соглашению

Таблицу 1 «Перечень и основания применения КСЛП к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара» изложить в редакции согласно приложению 9 к настоящему дополнительному соглашению.

18. Изменения, которые вносятся в приложение 20 к тарифному соглашению

18.1. Таблицу 1 «Перечень КСГ, при формировании стоимости случая лечения в условиях круглосуточного стационара, по которым применяется КПУ, равный 1»:

дополнить строкой 82.1:

«	82.1	st36.049	TS2636.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)	»;
---	------	----------	------------	---	----

строку 83 изложить в следующей редакции:

«	83.	st37.004	HS2637.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации)	».
---	-----	----------	------------	---	----

18.2. Таблицу 2 «Перечень КСГ, при формировании стоимости случая лечения в условиях дневного стационара, по которым применяется КПУ, равный 1» изложить в редакции согласно приложению 10 к настоящему дополнительному соглашению.

19. Изменения, которые вносятся в приложение 21 к тарифному соглашению

19.1 В таблице 1 «Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях предполагает хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии»:

строки 101 – 103 изложить в следующей редакции:

«	101.	st25.01 3	CS2625.013	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)	
	102.	st25.01 4	CS2625.014	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)	
	103.	st25.01 5	CS2625.015	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)	»;

дополнить строками 103.1 – 103.8 следующего содержания:

«	103.1	st25.016	CS2625.016	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)	
	103.2	st25.017	CS2625.017	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)	
	103.3	st25.018	CS2625.018	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)	
	103.4	st25.019	CS2625.019	Ишемическая болезнь сердца с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)	
	103.5	st25.020	CS2625.020	Ишемическая болезнь сердца с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)	
	103.6	st25.021	CS2625.021	Ишемическая болезнь сердца с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)	
	103.7	st25.022	CS2625.022	Имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора	
	103.8	st25.023	CS2625.023	Эндоваскулярная тромбэкстракция и стентирование брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте	».

19.2. Таблицу 2 «Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара предполагает хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии» изложить в редакции согласно приложению 11 к настоящему дополнительному соглашению.

20. Изменения, которые вносятся в приложение 22 к тарифному соглашению

Таблицу 1 изложить в редакции согласно приложению 12 к настоящему дополнительному соглашению.

21. Изменения, которые вносятся в приложение 25 к тарифному соглашению

В таблице «Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»:

в абзаце втором сноски 1 цифры «1 132,92» заменить цифрами «1 135,20»;
в абзаце пятом сноски 1 цифры «1 274,64» заменить цифрами «1 277,16».

22. Изменения, которые вносятся в приложение 30 к тарифному соглашению

Приложение 30 изложить в редакции согласно приложению 13 к настоящему дополнительному соглашению.

23. Срок действия дополнительного соглашения

23.1. Изменения вступают в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяются на отношения в сфере ОМС на территории Ставропольского края с 01 января 2026 года, за исключением положений, для которых настоящим пунктом установлены иные сроки вступления их в силу.

23.2. Пункты 6, 8, 10 – 13, 16, 18, 20 – 22 настоящего дополнительного соглашения вступают в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяются на отношения в сфере ОМС на территории Ставропольского края с 01 февраля 2026 года.

23.3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр дополнительного соглашения, хранится в министерстве здравоохранения Ставропольского края, второй – в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Ставропольского края.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения
Ставропольского края



Ю.В. Литвинов
2026 года


Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ставропольского края



Н.С. Павличенко
2026 года

Заместитель директора по
экономическим вопросам АОСП
ООО «СК «Ингосстрах-М» –
филиала в г. Ставрополе




Ю.А. Терещенко
« » 2026 года

Председатель Ставропольской
краевой организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации




А.И. Кривко
« » 2026 года

Президент
общественной организации
«Врачи Ставропольского края»




М.А. Земцов
« » 2026 года

Директор Ставропольского
филиала АО «СК «СОГАЗ-Мед»




Н.М. Зингерова
« » 2026 года