

Дополнительное соглашение № 1
к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области
от 31.12.2025г.

г. Иркутск

«29» января 2026 г.

Модестов Андрей Арсеньевич – исполняющий обязанности министра здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Сосова Кристина Вилорьевна - полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Иркутской области, директор Иркутского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - Председатель Общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области»;

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 31 декабря 2025 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 31.12.2025 года (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1. Дополнить пункт 2 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения абзацами 20 и 21 следующего содержания:

«Оплата за проведение планового диализа в амбулаторных условиях осуществляется вне подушевого норматива финансирования по стоимости медицинской услуги в соответствии с тарифами, установленными в Приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

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.»

2. Абзац 2 пункта 10 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к иной медицинской организации, медицинской организацией, оказавшей медицинскую услугу, составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление (за исключением медицинской помощи в неотложной форме), в том числе: код медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), дата и номер направления. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.»

Абзац 2 пункта 9 Главы 2 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление, в том числе: код медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), дата и номер направления. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.»

3. Абзац 2 пункта 9 Главы 3 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской

организации, выдавшей направление, в том числе: код медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), дата и номер направления. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.»

4. Абзац 2 пункта 2 Главы 5 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«При определении базового (среднего) подушевого норматива финансирования из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы 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 - молекулярногенетические 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 скintiграфических 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 полимеазной 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, финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), расходы на проведение планового диализа в амбулаторных условиях, а также медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.»

5. Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 1 к настоящему Дополнительному соглашению).

6. Приложение № 20 «Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 2 к настоящему Дополнительному соглашению).

7. Приложение № 25 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение по заболеванию» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).

8. Приложение № 26 «Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 4 к настоящему Дополнительному соглашению).

9. Приложение № 27 «Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 5 к настоящему Дополнительному соглашению).

10. Приложение № 28 «Перечень фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 6 к настоящему Дополнительному соглашению).

11. Приложение № 29 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).

12. Приложение № 31 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 8 к настоящему Дополнительному соглашению).

13. Приложение № 38 «Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в том числе в разрезе врачей-специалистов» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).

14. Приложение № 39 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за комплексное посещение» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 10 к настоящему Дополнительному соглашению).

15. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной с 1 января 2026 года, за исключением абзаца 2 пункта 1, а также пункта 4 настоящего Дополнительного соглашения.

16. Абзац 2 пункта 1, а также пункт 4 настоящего Дополнительного соглашения распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2026 года.

17. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в

пяти экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН


_____ А.А. Модестов


_____ К.В. Сосова


_____ Г.М. Гайдаров


_____ Е.В. Градобоев


_____ С.В. Никифорова