**Дополнительное соглашение № 2/194-ОМС**

**к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30 декабря 2021 года № 194-ОМС**

30 марта 2022 года

Министерство здравоохранения Челябинской области в лице:

- Министра здравоохранения Челябинской области Семенова Юрия Алексеевича,

- первого заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Тарасова Дмитрия Алексеевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области в лице:

- директора Ткачевой Агаты Геннадьевны,

- заместителя директора по финансовым вопросам Мироновой Натальи Юрьевны,

Челябинский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» в лице Коноваленко Яны Александровны, Полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области,

Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская компания «АСТРА-МЕТАЛЛ» в лице исполнительного директора по медицинским проектам, связям с государственными органами и обеспечению бизнеса Ковтуна Александра Алексеевича,

Союз медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» в лице:

- председателя Альтмана Давида Шуровича,

- члена Союза Москвичевой Марины Геннадьевны,

Челябинская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице:

- исполняющего обязанности председателя Рываева Дениса Петровича,

- главного специалиста по социально-экономическим вопросам Кинихиной Валентины Николаевны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30 декабря 2021 года № 194-ОМС (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. В раздел I «Общие положения» внести следующие изменения:

1.1. В пункте 3:

1.1.1. После абзаца 3 дополнить абзацем следующего содержания: «- Базовая стоимость КСГ для оплаты услуг диализа (БТксг гд) -стоимость КСГ А18.05.002 «Гемодиализ».».

1.1.2. Подпункт 1 определения понятия «Дополнительный тариф» изложить в новой редакции:

«1) в рамках базовой программы ОМС на оплату специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;».

1.1.3. Абзац 15 изложить в новой редакции: «- стоимости услуг диализа к базовому тарифу на оплату диализа, стоимости КСГ для оплаты услуг диализа к базовой стоимости КСГ для оплаты услуг диализа.».

1.2. Пункт 5 дополнить абзацем следующего содержания: «Из средств иных межбюджетных трансфертов не подлежит оплате первичная медико-санитарная помощь, оказанная лицам с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID - 19), застрахованным в иных субъектах Российской Федерации.».

2. В раздел II «Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области» внести следующие изменения:

2.1. Абзац 10 подпункта 1 дополнить словами «эндоскопических диагностических исследований; компьютерной томографии, в том числе при наличии подозрения у пациента пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19;».

2.2. Абзац 4 подпункта 2 исключить.

2.3. Подпункт 4 дополнить абзацем следующего содержания:   
«- за законченный случай лечения заболевания - при оплате медицинской помощи оказанной в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения процедуры криопереноса эмбриона.».

2.4. В главу 1 «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

2.4.1. В пункте 1.1.2.3:

2.4.1.1. Абзац 2 изложить в новой редакции:

«, где».

2.4.1.2. После абзаца 6 дополнить абзацем следующего содержания:   
« - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;».

2.4.1.3. После абзаца 9 дополнить абзацем следующего содержания:   
« - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;».

2.4.2. Абзац 10 пункта 1.1.2.5 изложить в новой редакции: «ОСЕО - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Челябинской области лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация»), рублей.».

2.4.3. В абзаце 4 пункта 1.1.2.6 цифры «0,05» заменить цифрами «0,08».

2.4.4. В абзаце 2 пункта 1.1.5 цифры «0,05» заменить цифрами «0,08».

2.4.5. Пункт 1.2.7 исключить.

2.4.6. Абзац 3 пункта 1.2.11 изложить в новой редакции: «- оказанная медицинскими организациями в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 17.04.2020 № 553 «О закреплении центров амбулаторной онкологической помощи ООО МЦ «Лотос» и ООО «НовоМед» за медицинскими организациями на проведение сцинтиграфии скелета и гистологических исследований биоптата (1-5 категории сложности) и/или иммуногистохимических исследований биоптата», от 24.03.2022 № 513   
«Об утверждении схемы закрепления медицинских организаций в Челябинской области, осуществляющих деятельность по проведению прижизненных патологоанатомических и иммуногистохимических исследований операционно-биопсийного материала, забор которого осуществляется в Центрах амбулаторной онкологической помощи».»

2.4.7. Пункт 1.2.17.7 изложить в новой редакции: «1.2.17.7. Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований; эндоскопических диагностических исследований; компьютерной томографии, в том числе при наличии подозрения у пациента пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.».

2.4.8. В пункте 1.2.19.1:

2.4.8.1. Абзац 6 изложить в новой редакции: «Тариф на оплату услуг диализа определяется по следующей формуле:».

2.4.8.2. Абзац 10 изложить в новой редакции: «КЗд - коэффициент относительной затратоемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен таблицей 1 приложения 151 к Тарифному соглашению;».

2.4.8.3. В абзаце 12 слова «в размере 20%» заменить словами «приложением 15».

2.4.8.4. Абзац 12 изложить в новой редакции: «Дзп - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена таблицей 1 приложения 151 к Тарифному соглашению.».

2.5. В главу 2 «Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» внести следующие изменения:

2.5.1. В пункте 2.1.2.2:

2.5.1.1. В абзаце 10 подпункта 1) слова «в размере 20%» заменить словами «приложением 15».

2.5.1.2. Подпункт 1) изложить в новой редакции: «1) Стоимость случая госпитализации в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс) с оказанием пациентам услуг диализа определяется по следующей формуле:

, где:

Тксг дi - стоимость КСГ для оплаты услуг диализа;

Чксг фi - количество КСГ для оплаты услуг диализа.

Стоимость КСГ для оплаты услуг диализа определяется по следующей формуле:

Тксг дi = БТксг гд КЗд (КД Дзп+ (1 – Дзп)), где

БТксг гд - базовая стоимость КСГ для оплаты услуг диализа;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости КСГдля оплаты услуг диализа, применяемый к базовой стоимости КСГ для оплаты услуг диализа, установлен таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

Дзп - доля расходов на заработную плату в КСГдля оплаты услуг диализа установлена таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению.

К стоимости КСГ для оплаты услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются.».

2.5.1.3. Подпункт 2) изложить в новой редакции: «2) Стоимость случая госпитализации в круглосуточном стационаре по КСГ (ССкс), в том числе с оказанием пациентам медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области по профилю медицинской помощи «медицинская реабилитация» для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной центр реабилитации», Общества с ограниченной ответственностью «Санаторий «Карагайский бор» определяется по следующей формуле**:**

, где:

Тдоп - дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».».

2.5.1.4. Подпункт 4) изложить в новой редакции: «4) Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, с оказанием услуг диализа определяется по следующей формуле:

».

2.5.2. В абзаце 2 пункта 2.2.1.2 слова «2-9» заменить словами «2-10».

2.5.3. В пункте 2.2.3 после абзаца 16 дополнить абзацем следующего содержания: «10. Проведение диализа.».

2.5.4. Абзац 1 пункта 2.2.6.1 изложить в новой редакции: «Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара осуществляется с учетом фактического количества КСГ для оплаты услуг диализа, установленных таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению, только в сочетании:».

2.5.5. Пункт 2.2.6.2 изложить в новой редакции: «Формирование КСГ для оплаты услуг диализа осуществляется с применением кодов номенклатуры в соответствии с таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению.».

2.5.6. В абзаце 4 пункта 2.2.10.1 после слов «синтетическая малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК) (stt2.9),» дополнить словами «тофацитиниб (stt2.10),».

2.5.7. В пункте 2.4.3.2 слова «16/2» заменить словами «16/1».

2.6. В главу 3 «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров» внести следующие изменения:

2.6.1. В абзаце 10 подпункта 1) пункта 3.1.2.2 слова «в размере 20%» заменить словами «приложением 15».

2.6.2. Пункт 3.1.2.2. изложить в новой редакции: «3.1.2.2. Расчет стоимости случаев лечения в дневном стационаре по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 3.1.2.1:

1) Стоимость случая лечения в дневных стационарах по КСГ (Сд) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, определяется по формуле:

Cд = (Тксг дi × Чксг фi) + , где

Тксг дi **-** стоимость КСГдля оплаты услуг диализа;

Чксг фi **-** количество КСГ для оплаты услуг диализа.

Стоимость КСГдля оплаты услуг диализа определяется по следующей формуле:

Тксг дi = БТксг гд × КЗд× (КД × Дзп+ (1 – Дзп)), где

БТксг гд **-** базовая стоимость КСГ для оплаты услуг диализа;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости КСГдля оплаты услуг диализа, применяемый к базовой стоимости КСГ для оплаты услуг диализа, установлен таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению;

КД **-** коэффициент дифференциации установлен в размере 1,113;

Дзп **-** доля расходов на заработную плату в КСГдля оплаты услуг диализа установлена таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению.

К стоимости КСГ для оплаты услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются.

- дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС, рассчитанный для i-ой медицинской организации и применяемый к стоимости КСГ для оплаты услуг диализа

, где

**-** сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2022 год, установленная для i-ой медицинской организации;

**-** фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i-ой медицинской организации;

**-** количество КСГ для оплаты услуг диализа в дневных стационарах, установленных Комиссией на 2022 год для i-ой медицинской организации;

- фактическое количество КСГ для оплаты услуг диализа, оказанных в дневных стационарах i-ой медицинской организацией.

2) Стоимость случая лечения в условиях дневных стационаров по КСГ (ССдс) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, определяется по следующей формуле:

3) Стоимость одного случая лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

, где:

- доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная в приложении 7/8 к Тарифному соглашению.

4) Стоимость одного случая лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, с оказанием услуг диализа определяется по следующей формуле:

».

2.6.3. Абзац 2 пункта 3.2.1.2 изложить в новой редакции: «При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-5, установленным пунктом 3.2.5, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 3.2.1.1.».

2.6.4. Пункт 3.2.5 дополнить абзацем следующего содержания: «5. Проведение диализа.».

2.6.5. Пункт 3.2.7.1. изложить в новой редакции: «3.2.7.1. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, осуществляется с учетом фактического количества КСГ для оплаты услуг диализа, установленных таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению, и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, являющееся поводом для госпитализации в дневной стационар.».

Формирование КСГ для оплаты услуг диализа осуществляется с применением кодов номенклатуры в соответствии с таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению.

В период лечения в дневном стационаре пациент, получающий диализ, должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.6.6. Дополнить пунктом 3.4 следующего содержания: «3.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области в условиях дневного стационара, в части проведения процедуры криопереноса эмбриона, оказанной, производится в размере 100% стоимости законченного случая лечения по тарифу «Гинекологические (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)»в рамках утвержденных бюджетных ассигнований при условии применения кода медицинской услуги А11.20.030.001 «Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона».

В рамках одного случая лечения в движении пациента должна быть одна койка по профилю «гинекологические для вспомогательных репродуктивных технологий», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, установленными Комиссией в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области.».

3. В раздел III «Тарифы на оплату медицинской помощи» внести следующие изменения:

3.1. В абзаце 1 после слов «расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу» дополнить словами «, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования».

3.2. После абзаца 19 дополнить абзацем следующего содержания:  
«- приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.».

3.3. В главу 1 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

3.3.1. Пункт 1.1.6 изложить в новой редакции: «1.1.6. Тарифы на оплату дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению на дому, для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансированииустановлены приложением 9/6 к Тарифному соглашению.».

3.3.2. В пункте 1.2.1:

3.3.2.1. В абзаце 1 цифры «5 770,23» заменить цифрами «5 829,13».

3.3.2.2. В абзаце 2 цифры «199,63» заменить цифрами «201,41».

3.3.3. В пункте 1.2.3. цифры «0,929» заменить цифрами «0,932».

3.3.4. В пункте 1.2.4:

3.3.4.1. Абзац 2 изложить в новой редакции: «Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий менее 100 жителей (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 0,758, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации*,* обслуживающего от 100 до 900 жителей) - 917,61 тыс. рублей,».

3.3.4.2. Абзац 6 изложить в новой редакции: «Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, более 2000 жителей   
(с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 1,000, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей) - 2 153,54 тыс. рублей.».

3.3.5. Пункт 1.2.5 изложить в новой редакции: «1.2.5. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), коэффициенты уровня медицинской организации, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.».

3.3.6. В пункте 1.3 цифры «5 949,00» заменить цифрами «6 651,00».

3.3.7. Пункт 1.4 изложить в новой редакции: «Тарифы на оплату услуг диализа установлены таблицей 1 приложения 151 к Тарифному соглашению.».

3.4. В главу 2 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» внести следующие изменения:

3.4.1. В пункте 2.1:

3.4.1.1. В абзаце 1 цифры «42 184,20» заменить цифрами «41 830,10».

3.4.1.2. В абзаце 2 цифры «27 419,73» заменить цифрами «27 189,57», цифры   
«24 635,88» заменить цифрами «24 429,08».

3.4.2. В пункте 2.10 цифры «5 949,00» заменить цифрами «6 651,00».

3.4.3. Пункт 2.10 изложить в новой редакции: «Базовая стоимость КСГ для оплаты услуг диализа А18.05.002 «Гемодиализ» установлена в размере 6 651,00 рублей.».

3.4.4. Пункт 2.11 изложить в новой редакции: «Стоимость КСГ для оплаты услуг диализа установлена таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению.».

3.4.5. Пункт 2.13 исключить.

3.5. В главу 3 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» внести следующие изменения:

3.5.1. В пункте 3.8 цифры «5 949,00» заменить цифрами «6 651,00».

3.5.2. Пункт 3.8 изложить в новой редакции: «Базовая стоимость КСГ для оплаты услуг диализа А18.05.002 «Гемодиализ» установлена в размере 6 651,00 рублей.».

3.5.3. Пункт 3.9 изложить в новой редакции: «Стоимость КСГ для оплаты услуг диализа установлена таблицей 2 приложения 151 к Тарифному соглашению.».

3.5.4. После пункта 3.11 дополнить пунктом 3.12 следующего содержания:   
«3.12. Тариф на оплату медицинской помощи (проведение процедуры криопереноса эмбриона), оказанной в условиях дневного стационара в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, «Гинекологические (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)» установлен в размере 26 140,51 рублей.».

3.6. Пункт 4.6 главы 4 «Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи» изложить в новой редакции: «4.6. Коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, коэффициенты дифференциации, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, транспортную доступность, уровень медицинской организации, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены приложением 17/1 к Тарифному соглашению.».

4. В раздел IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» внести следующие изменения:

4.1. В пункте 2:

4.1.1. Пункт 2.1 изложить в новой редакции: «2.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в размере 610,29 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере 729,61 рублей;

- посещение с иными целями в размере 877,05 рублей;

- посещение по неотложной медицинской помощи в размере 428,92 рублей;

- обращение в размере 3 183,18 рублей;».

4.1.2. Абзац 3 пункта 2.1 изложить в новой редакции: «- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере 729,61 рублей, в том числе для проведения углубленной диспансеризации в размере 47,59 рублей;».

4.1.3. Пункт 2.1 дополнить абзацем следующего содержания: «- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в размере 58,90 рублей;».

4.1.4. В пункте 2.3 цифры «7 016,75» заменить цифрами «6 957,85»;

4.2. Пункт 3 изложить в новой редакции:

«3. Перечень оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и 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

| Код нарушения/дефекта | Перечень оснований | Значение коэффициента для определения **размера неоплаты или неполной оплаты** затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно) | Значение коэффициента для определения размера **штрафа** за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт) |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ** | | | |
| 1.1. | Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. | 0 | 0,3 |
| 1.2. | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи). | 0 | 1 |
| 1.3. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей. | 1 | 0,3 |
| 1.4. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | |
| 1.4.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 1 | 0 |
| 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 1 | 0 |
| 1.4.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; | 1 | 0 |
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 1 | 0 |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 1 | 0 |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 1 | 0 |
| 1.5. | Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе); | 1 | 0 |
| 1.6. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 1.6.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 1 | 0 |
| 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1 | 0 |
| 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1 | 0 |
| 1.6.4. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. | 1 | 0 |
| 1.7. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | |
| 1.7.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1 | 0 |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. | 1 | 0 |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований: | | |
| 1.8.1. | включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 1 | 0 |
| 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации; | 1 | 0 |
| 1.8.3. | предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов). | 1 | 0 |
| 1.9. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи. | 1 | 0 |
| 1.10. | Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | |
| 1.10.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 1 | 0 |
| 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 1 | 0 |
| 1.10.3. | стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 1 | 0 |
| 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. | 1 | 0 |
| 1.10.5. | включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме); | 1 | 0 |
| 1.10.6. | включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 1 | 0 |
| **РАЗДЕЛ 2. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ** | | | |
| 2.1. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования; | 0 | 0,3 |
| 2.2. | Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи. | 1 | 3 |
| 2.5. | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: |  |  |
| 2.7. | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией). | 1 | 0,3 |
| 2.8. | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). | 1 | 0,3 |
| 2.9. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования. | 0 | 1 |
| 2.10. | Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. | 0,5 | 0,5 |
| 2.11. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. | 0 | 0,6 |
| 2.12. | Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению. | 1 | 0 |
| 2.13. | Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 0,1 | 0 |
| 2.14. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы). | 0,5 | 0 |
| 2.15. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней). | 1 | 0 |
| 2.16. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | |
| 2.16.1. | оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании\*; | 0,1 | 0,3 |
| 2.16.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу; | 1 | 1 |
| 2.16.3. | некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации. | 1 |  |
| 2.17. | Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. | 0 | 0,3 |
| 2.18. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования. | 0 | 0,3 |
| **РАЗДЕЛ 3 НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** | | | |
| 3.1. | Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | |
| 3.1.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | 0 |
| 3.1.2. | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях; | 0,3 | 0 |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | 0,4 | 0,3 |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; | 0,9 | 1 |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов); | 1 | 3 |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | 0 |
| 3.2.2. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,4 | 0,3 |
| 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,9 | 1 |
| 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 1 | 3 |
| 3.2.5. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; | 0,9 | 1 |
| 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения | 0,9 | 1 |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания. | 0,5 | 0,6 |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях). | 0,5 | 0,3 |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация). | 0,3 | 0 |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 0,8 | 1 |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций). | 1 | 0,3 |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки. | 1 | 0,3 |
| 3.9. | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. | 1 | 0,3 |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме). | 0,9 | 0,5 |
| 3.11. | Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. | 0,5 | 0 |
| 3.12. | Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача. | 0 | 0,3 |
| 3.13. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента. | 0,5 | 0,6 |
| 3.14. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 3.14.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 1 |
| 3.14.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья; |  | 2 |
| 3.14.3. | приведший к летальному исходу. |  | 3 |
| 3.15. | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе: | | |
| 3.15.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 1 |
| 3.15.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); |  | 2 |
| 3.15.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения). |  | 3 |

\* В соответствии с п. 154 Правил ОМС в случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.».

5. В пункте 2.1 главы 2 раздела V «Заключительные положения» слова «, за исключением пунктов в части оплаты специализированной стационарной медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция», которые действуют с 01.04.2022» исключить.

6. Приложение 7/1 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 1).

7. В приложении 8 к Тарифному соглашению ссылку <1> таблицы 1 «Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента в стационарных условиях» дополнить словами:

«- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5);

- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3);

- Дефект в системе комплемента (D84.1);

- Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8);

- Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1);

- Тирозинемия (E70.2);

- Болезнь «кленового сиропа» (E71.0);

- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1);

- Нарушения обмена жирных кислот (E71.3);

- Гомоцистинурия (E72.1);

- Глютарикацидурия (E72.3);

- Галактоземия (E74.2);

- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2);

- Острая перемежающая (печеночная) порфирия (E80.2);

- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0);

- Незавершенный остеогенез (Q78.0);

- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0);

- Сахарный диабет I типа (Е10)*.».*

8. Приложение 9/1 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 2).

9. Приложение 9/6 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 3).

10. После пункта 8 таблицы 2 «Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС взрослому и детскому застрахованному населению» приложения 9/7 к Тарифному соглашению дополнить пунктами 9-14 следующего содержания:

| № п/п | Наименование медицинской услуги | Вид | Тариф на оплату медицинских услуг |
| --- | --- | --- | --- |
| А | 1 | 2 | 3 |
| 9 | КТ без контрастирования при подозрении у пациента COVID-19 (сверх БП ОМС) | взр | 2 063,30 |
| 10 | КТ без контрастирования при прочих заболеваниях и состояниях (сверх БП ОМС) | взр | 2 063,30 |
| 11 | Бронхоскопия (сверх БП ОМС) | взр | 1 392,80 |
| 12 | Эзофагогастродуоденоскопия (сверх БП ОМС) | взр | 1 273,20 |
| 13 | Колоноскопия (сверх БП ОМС) | взр | 1 487,30 |
| 14 | Эндосонография (сверх БП ОМС) | взр | 1 629,60 |

11. Приложение 13 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 4).

12. Приложение 15 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 5).

13. Дополнить приложением 151 (приложение 6).

14. Приложение 16/2 к Тарифному соглашению исключить.

15. Приложение 17/1 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 7).

16. Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 01 марта 2022 года,** за исключением пунктов, для которых настоящим пунктом установлены иные сроки вступления в силу:

- подпункты 2.1, 2.3, 2.4.7, 2.6.6 пункта 2, подпункты 3.3.4, 3.5.4 пункта 3, пункт 10 распространяют свое действие на правоотношения, возникшие   
**с 01 января 2022 года;**

- подпункт 1.2 пункта 1 распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 01 февраля 2022 года;**

- подпункт 4.2 пункта 4 распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 12 марта 2022 года;**

- подпункты 3.1, 3.2 пункта 3 распространяют свое действие на правоотношения, возникшие **с 14 марта 2022 года;**

-подпункт 2.4.6 пункта 2 распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 24 марта 2022 года;**

- подпункты 2.2, 2.5.7 пункта 2, подпункты 4.1.2-4.1.4 пункта 4, пункт 14 распространяют свое действие на правоотношения, возникшие **с 28 марта 2022 года;**

- подпункт 1.1.2 пункта 1, подпункты 2.4.1-2.4.4, 2.5.1.3 пункта 2, подпункты 3.3.2, 3.3.3, 3.3.5, 3.3.6, 3.4.1, 3.4.5, 3.6 пункта 3, пункты 5, 6, 7, 11, 15 вступают в силу **с 01 апреля 2022 года;**

- подпункты 2.4.8.3, 2.5.1.1, 2.6.1 пункта 2, подпункты 3.4.2, 3.5.1 пункта 3, пункт 12 вступают в силу **с 01 апреля 2022 года и действуют по 30 июня 2022 года;**

- подпункты 1.1.1, 1.1.3 пункта 1, подпункты 2.4.8.1, 2.4.8.2, 2.4.8.4, 2.5.1.2, 2.5.1.4, 2.5.2-2.5.5, 2.6.2-2.6.5 пункта 2, подпункты 3.3.7, 3.4.3, 3.4.4, 3.5.2, 3.5.3 пункта 3, пункт 13 вступают в силу **с 01 июля 2022 года.**