

Начальник
управления здравоохранения
Липецкой области



Ю.Ю. Шуршуков

«28» *сентября* 2022г.

Заместитель директора –
начальник финансово-
экономического управления
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Липецкой области



О.В. Перфилова

«28» *сентября* 2022г.

Председатель
Липецкой областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Н.Ю. Зубова

«28» *сентября* 2022г.

Представитель страховых
медицинских организаций
директор Липецкого филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ –
Мед»



А.С. Неугодов

«28» *сентября* 2022г.

Председатель
Липецкой областной общественной
организации «Ассоциация медицинских
работников»



С.А. Шинкарев

«28» *сентября* 2022г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №1 К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ

на оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Липецкой области на 2022 год

Липецк 2022

Управление здравоохранения Липецкой области в лице начальника управления Шуршукова Юрия Юрьевича, действующего на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Управление»,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области в лице заместителя директора – начальника финансово-экономического управления фонда Перфиловой Ольги Васильевны, действующей на основании Положения, именуемый в дальнейшем «ТФОМС Липецкой области»,

Страховые медицинские организации в лице директора Липецкого филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Неугодова Александра Сергеевича, действующего на основании доверенности, именуемые в дальнейшем «Страховщики»,

Липецкая областная общественная организация «Ассоциация медицинских работников» в лице председателя ассоциации Шинкарева Сергея Алексеевича, действующего на основании Устава,

Липецкая областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Зубовой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Профсоюз»,

далее все вместе именуемые «Стороны» в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 №1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Липецкой области на 2022 год (далее Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Во исполнение письма Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 16.02.2022г. №00-10-26-2-26/1236 и в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.02.2022 № 11-7/И/2-1619, 00-10-26-2-6/750 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» внести следующие изменения в Тарифное соглашение:

- раздел «СОДЕРЖАНИЕ» изложить в следующей редакции:

- абзац 1 пункта 2.2. изложить в следующей редакции:

«Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в разрезе групп представлен в приложении № 1 к Тарифному соглашению.»;

- из пункта 2.2.1. исключить текст следующего содержания: «, и по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц»;

- в пункте 2.2.1.1. абзац 4 изложить в следующей редакции:

«Не включаются в расчет подушевых нормативов расходы на проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях, средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, средства, направляемые на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации), на финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, профпатологии, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ), расходы на финансирование амбулаторной медицинской помощи в МО, не имеющих прикрепившихся лиц, расходы на медицинскую помощь, оказанную в круглосуточных стационарах, дневных стационарах, скорую медицинскую помощь.»;

- в пункте 2.2.1.8. текст после слов «в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).» изложить в следующей редакции:

«При оплате углубленной диспансеризации применяются следующие способы:

в рамках 1 этапа углубленной диспансеризации:

- за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови) из средств, не включенных в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц;

- за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу при проведении теста с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность), определении концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19) из средств, не включенных в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц – при проведении рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года), приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики);

в рамках 2 этапа углубленной диспансеризации - за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу.

Оплата за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови) осуществляется в случае выполнения 100% исследований и медицинских вмешательств, предусмотренных комплексным посещением. В случае, если отдельные исследования и/или медицинские вмешательства не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

»;

- дополнить тарифное соглашение пунктом 2.2.1.14. следующего содержания:

«

2.2.1.14. Оплата за проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется за комплексное посещение по

профилю «Медицинская реабилитация», из средств, не включенных в расчет подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

»;

- из пункта 2.3.1. исключить слова «-услуг диализа»;

- текст пункта 2.5. изложить в следующей редакции:

«Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в разрезе групп представлен в приложении №6 к Тарифному соглашению.»;

- наименование раздела 3 изложить в следующей редакции:

«3. Тарифы на оплату медицинской помощи»;

- в пункте 3 текст перед словами «...равен 1» дополнить текстом следующего содержания «(далее – Постановление № 462)»;

- наименование пункта 3.1. изложить в следующей редакции **«3.1. Тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи»;**

- пункт 3.1.3. исключить, пункт 3.1.4. считать пунктом 3.1.3. и далее по порядку;

- Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение изложить в следующей редакции:

«3.1.4. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности) приведен в таблице.

№	Наименование показателя	Предположи- тельный результат	Индикаторы выполнения показателя ***	Макс. балл**
Блок 1. Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				25
Оценка эффективности профилактических мероприятий				

1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	1
2	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла	2
3	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	1
4	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	1
5	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	1
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	Достижение планового показателя выполнение плана вакцинации от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше	100 % плана или более	2

		при первичной вакцинации - 25 %		
		при вторичной вакцинации - 60 %		
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла	2
8	Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1
9	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя (90 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более	1
10	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.	Достижение планового показателя (100 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более	1
11	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный	Достижение планового показателя (100 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более	2

	диабет за период.			
12	Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1
13	Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 1 балл; Уменьшение ≥ 10 % - 2 балла	2
14	Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1

Оценка смертности

15	Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде (среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы)	Увеличение показателя смертности или уменьшение < 2% - 0 баллов; Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл; Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 3 балла	3
16	Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 1,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 3 балла	3

Блок 2. Детское население (от 0 до 17 лет включительно)

10

Оценка эффективности профилактических мероприятий

17	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя (95 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % плана или более	1
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	Достижение планового показателя (80 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя (80 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
21	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	2
22	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
Оценка смертности				

23	Смертность детей в возрасте 0 – 17 лет за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Увеличение показателя смертности или уменьшение < 2% – 0 баллов; Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл; Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла; Уменьшение $\geq 10\%$ - 3 балла	3
Блок 3. Оказание акушерско-гинекологической помощи				6
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
24	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Прирост $\geq 10\%$ - 1 балл	1
25	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя (50 % от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода)	100 % плана или более	1
26	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Прирост $\geq 10\%$ - 1 балл	1
27	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Прирост $\geq 10\%$ - 1 балл	1
28	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя (98 % от общего числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам за период)	100 % плана или более	2

* по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

** по решению Комиссии рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица).

*** выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов.

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, относится любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
<p>Ишемические болезни сердца (I20-I25)</p> <p>Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I13)</p> <p>Цереброваскулярные болезни (I60-I69)</p>	<p>Сахарный диабет (E10-E11)</p> <p>Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44.0-J44.9)</p> <p>Хроническая болезнь почек (N18.1-N18.9)</p>	<p>Сердечная недостаточность (I50.0-I50.9)</p> <p>Фибрилляция и трепетание предсердий (I48)</p> <p>Другие нарушения сердечного ритма (I49)</p> <p>Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка Гиса (I44)</p> <p>Другие нарушения проводимости (I45)</p> <p>Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)</p> <p>Гипостатическая пневмония неуточненная (J18.2)</p> <p>Хроническая болезнь почек неуточненная (N18.9)</p> <p>Уремия (N19)</p> <p>Гангрена (R02)</p> <p>Другие поражения легкого (J98.4)</p> <p>Эмфизема (легкого) (J43.9)</p>

Показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

В случае, когда группа показателей результативности одного из блоков неприменима для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитываются без учета этой группы показателей.

Оценка показателей, входящих в 1 блок осуществляется в медицинских организациях, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях взрослому населению.

Оценка показателей, входящих во 2 блок осуществляется в медицинских организациях, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению.

Оценка показателей, входящих в 3 блок осуществляется в медицинских организациях, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю акушерство-гинекология.

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 25 баллов для показателей блока 1;
- 10 баллов для показателей блока 2;
- 6 баллов для показателей блока 3.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 50 процентов показателей, II – от 50 до 70 процентов показателей, III – свыше 70 процентов показателей.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций определен приложением 14 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{\sum \text{Числ}}$$

где:

$ОС_{РД(нас)}^j$ – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС_{РД}^j$ – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Числ}$ – численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств

с учетом показателей результативности ($OC_{РД(нас)_i}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(нас)_i}^j = OC_{РД(нас)}^j \times \text{Числ}_i^j,$$

где

Числ_i^j – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$OC_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 \times OC_{РД}^j}{\sum \text{Балл}},$$

где:

$OC_{РД(балл)}^j$ – объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$OC_{РД}^j$ – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Балл}$ – количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($OC_{РД(балл)_i}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(балл)_i}^j = OC_{РД(балл)}^j \times \text{Балл}_i^j,$$

где:

Балл_i^j – количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи с

профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяются понижающие коэффициенты в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

Размер понижающего коэффициента определяется как отношение фактического объема медицинской помощи к объему в размере 90% от объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС. При расчете понижающего коэффициента учитывается средний процент выполнения объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, и по поводу заболеваний.

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности составляет 5% от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией по разработке территориальной программы ОМС ежеквартально.

В медицинские организации сумма стимулирующих выплат, распределенная с учетом выполнения показателей, перечисляется страховыми медицинскими организациями при оплате счетов за медицинскую помощь, оказанную в последнем месяце полугодия (года).

»;

- в классификаторе основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях строки с кодами услуг А16.07.002.005, А16.07.002.006 изложить в следующей редакции:

«

А16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цемента ²	2,45	2,45
А16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	3,25	3,25

»;

- в справочнике тарифов на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи строки с кодами 300133, 100046, 100319, 100320 и 100340 изложить в следующей редакции:

«

300133	А07.03.003, А07.03.003.001, А07.06.006, А07.09.004, А07.10.003, А07.10.003.001, А07.10.003.002, А07.14.003, А07.14.004, А07.20.007, А07.22.007, А07.22.008, А07.22.009, А07.22.010, А07.23.006, А07.23.006.001,	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография	2403,85
--------	---	--	---------

	A07.28.006, A07.30.032, A07.30.040		
100046	A05.10.008	Холтеровское мониторирование сердечного ритма	727,57
100319	B01.023.001, B01.057.001, B01.053.001, B01.001.001, B01.015.001, B01.050.001, B01.028.001, B01.029.001, B01.058.001, B01.027.001, B01.014.001, B01.008.001, B01.037.001	Посещение на дому по неотложной помощи врачом-специалистом	622,27
100320	B01.023.001, B01.001.001	Посещение на дому по неотложной помощи врачом-специалистом (дети)	994,91
100340	B01.030.002	Проведение комплексного аутопсийного исследования (из средств сверх базовой программы ОМС)	346,36

»;

- справочник тарифов на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи дополнить строками следующего содержания:

«

100452	A08.30.004	Иммуноцитохимическое исследование биологического материала (3 антитела)	4802,69
100453	A08.30.027.001	Иммуноцитохимическое исследование дренажной жидкости (экссудаты, трансудаты) (6 антител)	9516,46
100454	A08.30.002	Иммуноцитохимическое исследование с моноклональными антителами материала из различных тканей и органов для выявления метастазов опухоли (онкомаркеры-цитокератины, nm23, SCC, РЭА и другие) (6 антител)	9516,46

»;

- из справочника тарифов на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи удалить строки следующего содержания:

«

300065	A05.10.008	Холтеровское мониторирование сердечного ритма	727,57
300101	A06.09.006	Флюорография легких	69,33
300296	A11.26.005	Зондирование слезно-носового канала	96,22
300674	A04.28.003	Ультразвуковое исследование органов мошонки	285,98

»;

- в справочнике тарифов на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов строки с кодами 100050 и 100274 изложить в следующей редакции:

«

100050	A05.01.002.001, A05.03.002.001, A05.03.004.001, A05.04.001.001, A05.10.009.001, A05.17.001.001, A05.18.001.001, A05.20.003.001, A05.21.001.001, A05.22.001.001, A05.22.002.001, A05.23.009.001, A05.23.009.007, A05.23.009.011, A05.23.009.015, A05.23.009.016, A05.26.008.001, A05.28.002.001, A05.28.003.001, A05.30.004.001, A05.30.005.001, A05.30.005.002, A05.30.006.001, A05.30.007.001, A05.30.008.001, A05.30.010.001, A05.30.011.001, A05.30.012.001	Магнитно-резонансная томография с применением контрастных веществ	6 622,64
100274	A06.01.001, A06.03.002, A06.03.021.001, A06.03.036.001, A06.03.058, A06.03.058.001, A06.03.062, A06.03.067, A06.03.068, A06.03.069, A06.04.017, A06.04.020, A06.07.013, A06.08.007, A06.08.009, A06.09.005, A06.09.008, A06.09.008.001, A06.09.011, A06.10.009, A06.10.009.002, A06.11.004, A06.20.002, A06.21.003, A06.22.002, A06.23.004, A06.23.004.008, A06.25.003, A06.26.006, A06.28.009, A06.30.005, A06.30.005.001, A06.30.007	Компьютерная томография без применения контрастных веществ	1 201,61

»;

- тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) изложить в следующей редакции:

«

Территориальный код услуги	Код по номенклатуре	Наименование услуги	Тариф. руб.
		1 этап	
175000		Комплексное посещение	771,40
		в том числе:	
175001	A12.09.005	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое	
175002	A12.09.001	Проведение спирометрии или спирографии	
175003	B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	
175004	B03.016.004	Биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)	
175005		Тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность)	63,70
175006	A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	445,20

175007	A06.09.007.001	Проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года)	
175008	B04.047.002	Прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики)	
		2 этап	
175101	A04.10.002	Проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	382,21
175102	A06.09.008.001	Проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1 118,55
175103	A04.12.006.002	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)	382,21

»;

- пункт 3.1.6. изложить в следующей редакции:

«3.1.6. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций на 2022 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1087,7 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1723,1 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1934,9 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов обслуживающий до 100 жителей, согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты, рассчитан с применением коэффициента уровня 0,21 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и составил 228,4 тыс. рублей.

Финансирование фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 2000 и более жителей осуществляется по финансовому нормативу, установленному для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 1500 до 2000 жителей, - 1934,9 тыс. рублей, коэффициент уровня равен 1,0.

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 № 543н равен 1,00.

»;

- пункты 3.1.7., 3.1.8. исключить;

- наименование пункта 3.2. изложить в следующей редакции:

«3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах»;

- из пунктов 3.2.2. и 3.2.5. исключить строки с кодами st36.020, st36.021, st36.022, st36.023;

- пункт 3.2.4.3. изложить в следующей редакции:

«3.2.4.3. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в круглосуточном стационаре к базовой ставке (КП) установлен в размере 0,6505.»;

- в пункте 3.2.5. формулы для расчета стоимости случая госпитализации в круглосуточном стационаре изложить в следующей редакции:

«Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где:}$$

БС базовая ставка, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затроемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

КУС_{МО} коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}) + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (приводится далее);

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

КУС_{МО} коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

»;

- таблицу в пункте 3.2.7. изложить в следующей редакции:

«

№	Код услуги	Наименование услуги (КСГ)	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратно-емкости	Тариф, руб.
Услуги гемодиализа					
1	A18.05.002	Гемодиализ	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по КСГ	1,00	5 949,00
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по КСГ	1,00	5 949,00
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по КСГ	1,05	6 246,45
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по	1,08	6 424,92

			КСГ		
5	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	по КСГ	0,92	5 473,08
6	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	по КСГ	2,76	16 419,24
7	A18.05.003	Гемофильтрация крови	по КСГ	2,88	17 133,12
8	A18.05.004.001	Ультрафильтрация продленная	по КСГ	2,51	14 931,99
9	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	по КСГ	3,01	17 906,49
10	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	по КСГ (сутки)	5,23	31 113,27
11	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	по КСГ (сутки)	5,48	32 600,52
12	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	по КСГ (сутки)	5,73	34 087,77
Услуги перитонеального диализа					
13	A18.30.001	Перитонеальный диализ	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по КСГ (день обмена)	1,00	4 699,71
14	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	по КСГ (день обмена)	4,92	23 122,57
15	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по КСГ (день обмена)	1,24	5 827,64
16	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	амбулаторно – услуга; стационарно, дневной стационар – по КСГ (день обмена)	1,09	5 122,68

»;

- Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию дополнить строкой следующего содержания:

«

st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
----------	--

»;

- пункт 3.2.9. исключить;

- наименование пункта 3.3. изложить в следующей редакции:

«3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах

»;

- из пунктов 3.3.2. и 3.3.5. исключить строки с кодом ds36.011;

- в пункте 3.3.5. формулы для расчета стоимости случая госпитализации в дневном стационаре изложить в следующей редакции:

«Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре ($СС_{КСГ}$) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}), \text{ где:}$$

БС базовая ставка, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);

$КЗ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратноемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$КС_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

$КУС_{МО}$ коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре ($СС_{КСГ}$) по КСГ в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}) + БС \times КД, \text{ где:}$$

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (приводится далее);

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

КУС_{МО} коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

»;

- пункт 3.3.7. исключить;

- наименование пункта 3.4. изложить в следующей редакции:

«Тарифы на оплату скорой медицинской помощи»;

- пункт 3.4.3. исключить, пункт 3.4.4. считать пунктом 3.4.3. и далее по порядку;

- пункты 3.4.5., 3.4.6. исключить;

- наименование раздела 4 изложить в следующей редакции:

«4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

»;

- из пункта 4 исключить текст следующего содержания:

«В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.»;

- приложение № 1 изложить в следующей редакции:

«Приложение №1

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в разрезе групп:

1 группа

1. Ассоциация «Новолипецкий медицинский центр»
2. ФКУЗ МСЧ МВД России по Липецкой области

2 группа

1. ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1»
2. ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №1»
3. ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №2»
4. ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №4»
5. ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №5»
6. ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №7»
7. ГУЗ «Елецкая городская больница №1 им. Семашко Н.А.»
8. ЧУЗ «Больница «РЖД-Медицина» города Елец»
9. ГУЗ «Елецкая РБ»
10. ГУЗ «Краснинская РБ»
11. ГУЗ «Лев-Толстовская РБ»
12. ГУЗ «Липецкая РБ»
13. ГУЗ «Становлянская РБ»
14. ГУЗ «Хлевенская РБ»

3 группа

1. ГУЗ «Липецкая городская больница №3 «Свободный Сокол»
2. ГУЗ «Елецкая городская больница №2»
3. ГУЗ «Грязинская ЦРБ»
4. ГУЗ «Данковская ЦРБ»
5. ГУЗ «Добровская РБ»
6. ГУЗ «Долгоруковская РБ»
7. ГУЗ «Задонская ЦРБ»
8. ГУЗ «Измалковская РБ»
9. ГУЗ «Лебедянская ЦРБ»
10. ГУЗ «Усманская ЦРБ»
11. ГУЗ «Чаплыгинская РБ»

4 группа

1. ГУЗ «Липецкий областной клинический центр» (в части оказания первичной и специализированной медико-санитарной амбулаторной медицинской помощи)

2. ГУЗ «Липецкая городская больница №4 «Липецк-Мед»
3. ГУЗ «Липецкая городская детская больница»
4. ГУЗ «Елецкая городская детская больница»
5. ГУЗ «Воловская РБ»
6. ГУЗ «Добринская ЦРБ»
7. ГУЗ «Тербунская ЦРБ»

Медицинские организации, не имеющие прикрепившихся лиц, оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий

1. ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» (в части оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих взаиморасчетов)
2. ГУЗ «Областная детская больница» (в части оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих взаиморасчетов)
3. ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер» (в части оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих взаиморасчетов)
4. ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр» (в части оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих взаиморасчетов)
5. ООО «МК Доктор рядом» (в части оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих взаиморасчетов)

»;

- в приложение № 3 наименование последнего столбца изложить в следующей редакции: «Коэффициент уровня»;

- приложение № 6 изложить в следующей редакции:

«Приложение №6

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в разрезе групп:

1 группа

1. ГУЗ «Грязинская ЦРБ»
2. ГУЗ «Данковская ЦРБ»
3. ГУЗ «Елецкая РБ»
4. ГУЗ «Лебедянская ЦРБ»
5. ГУЗ «Липецкая РБ»
6. ГУЗ «Усманская ЦРБ»

2 группа

1. ГУЗ «Добринская ЦРБ»
2. ГУЗ «Задонская ЦРБ»

3. ГУЗ «Становлянская РБ»
4. ГУЗ «Чаплыгинская РБ»

3 группа

1. ГУЗ «Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Липецкой области»
2. ГУЗ «Воловская РБ»
3. ГУЗ «Добровская РБ»
4. ГУЗ «Долгоруковская РБ»
5. ГУЗ «Измалковская РБ»
6. ГУЗ «Краснинская РБ»
7. ГУЗ «Лев-Толстовская РБ»
8. ГУЗ «Хлевенская РБ»
9. ГУЗ «Тербунская ЦРБ»

Медицинские организации, не имеющие обслуживаемое население

1. ООО «Липецк-Неотложка +» (в рамках межучрежденческих взаиморасчетов)
»;

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.02.2022.

3. Настоящее Соглашение изготовлено в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.