

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 6**  
**К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ**  
**В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**НА 2021 ГОД**

24.06.2021

г. Н.Новгород

Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее - министерство) в лице заместителя Губернатора Нижегородской области, министра здравоохранения Нижегородской области Мелик-Гусейнова Давида Валерьевича, первого заместителя министра здравоохранения Нижегородской области Михайловой Галины Васильевны и начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Егоровой Татьяны Владимировны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – ТФОМС Нижегородской области) в лице директора Ермоловой Светланы Игоревны, начальника финансово-экономического управления Шумаевой Оксаны Вячеславовны и начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Мальхановой Александры Николаевны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее - СМО), в лице директора Нижегородского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Емелиной Веры Александровны, директора Филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Нижегородской области Платоновой Татьяны Владимировны и директора Нижегородского филиала ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» Кулаковой Ирины Михайловны,

Нижегородская региональная общественная организация «Врачебная палата Нижегородской области» в лице председателя Цопова Александра Владимировича,

Нижегородская региональная общественная организация «Главный врач» в лице председателя Сухачевой Надежды Николаевны,

Ассоциация нижегородских частных медицинских центров в лице председателя правления Душкина Алексея Вадимовича,

Нижегородская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Приказнова Василия Николаевича, заместителя председателя Савельевой Любови Павловны и члена областного комитета Ястребова Павла Викторовича,

именуемые в дальнейшем Сторонами, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на 2021 год от 30 декабря 2020 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. С целью приведения в соответствие с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» и от 26.03.2021 № 254н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н» внести в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на 2021 год от 30 декабря 2020 года (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1 Раздел 4 Тарифного соглашения «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» дополнить словами:

«При работе с Приложением № 34 к Тарифному соглашению руководствоваться таблицей соответствия кодов нарушений/дефектов по приказам Минздрава России от 19.03.2021 № 231н и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36, согласно



совместному письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.06.2021 № 11-8/и/2-9185 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11.06.2021 № 00-10-30-4-04/3243 с распространением на правоотношения, возникшие в период с 01.06.2021 по 30.06.2021:

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи  
(уменьшения оплаты медицинской помощи)

<b>Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36</b>	<b>Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н</b>	<b>Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н</b>
Раздел 5	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.
Раздел 5	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.
Раздел 5	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.
Раздел 5	1.4.	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:</b>
Раздел 5	1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
Раздел 5	1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
Раздел 5	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

Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
		лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
Раздел 5	1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;
Раздел 5	1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
Раздел 5	1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;
Раздел 5	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);
Раздел 5	1.6.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:</b>
Раздел 5	1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;
Раздел 5	1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
Раздел 5	1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
Раздел 5	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 Российской Федерации, 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.
Раздел 5	1.7.	<b>Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:</b>
Раздел 5	1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
Раздел 5	1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не



Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
		соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
Раздел 5	1.8.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:</b>
Раздел 5	1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
Раздел 5	1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
Раздел 5	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).
Раздел 5	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.
Раздел 5	1.10.	<b>Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:</b>
Раздел 5	1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
Раздел 5	1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
Раздел 5	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;
Раздел 5	1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;
Раздел 5	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);
Раздел 5	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.

Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
1.1.3.	2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.1.3.	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.
	2.3.	<b>Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:</b>
1.2.1.	2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;
1.2.2.	2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;
3.2.5.	2.3.3.	приведший к летальному исходу.
1.1.3.	2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение.
1.2.	2.5.	<b>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:</b>
1.2.1.	2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;
1.2.2.	2.5.2.	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);
1.2.2.	2.5.3.	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).
5.5.3.	2.6.	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



Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
		лицензируемого вида деятельности (по факту выявления с учетом информации лицензирующих органов).
3.5.	2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее 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).
5.7.5.	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).
1.4.	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.
1.5.	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 <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).
5.8.	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.

Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
4.1.	2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.
4.3.	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 <3>.
4.4.	2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).
4.5.	2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).
	2.16.	<b>Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:</b>
4.6.1.	2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;
4.6.2.	2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.
4.2.	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.
1.1.3.	2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.
	3.1.	<b>Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:</b>



Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
3.2.1.	3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2.	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);
3.2.3.	3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;
3.2.4.	3.1.4.	приведшее к инвалидизации;
3.2.5.	3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов);
	3.2.	<b>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:</b>
3.2.1.	3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.3.	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);
3.2.4.	3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.5.	3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);

Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
3.2.6.	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;
3.2.6.	3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.
3.3.1.	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.
3.4.	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).
3.5.	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).
3.6.	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.
3.8.	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).



Код нарушения/ дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36	Код нарушения/ дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
3.7.	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.
3.9.	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.
3.12.	3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).
4.2.	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.
1.1.1.	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.
3.10.	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 клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.

<1> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 42, ст. 5979; 2020, № 48, ст. 7813).

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196; № 41, ст. 5780).

<3> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2020, № 29, ст. 4516).»

1.2 Приложение № 34 к Тарифному соглашению «Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинскими организациями штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» изложить в редакции к настоящему Дополнительному соглашению.

2. В Приложении № 1 «Перечень ФП/ФАП, соответствующих и не соответствующих требованиям Положения» к Методике расчета и порядку оплаты финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов» Приложения № 2 к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

2.1. в разделе I «Перечень ФП/ФАП, соответствующих требованиям Положения» строку:

«	19.	ГБУЗ НО "Ковернинская центральная районная больница"	ФАП с. Горевое	от 100 до 900	1	1 014,70	84 558,33	»
---	-----	--	----------------	---------------	---	----------	-----------	---

изложить в следующей редакции:

«	19.	ГБУЗ НО "Ковернинская центральная районная больница"	ФАП с. Горевое	от 100 до 900	0	422,79	0	с 01.06.2021 изменился месячный объем финансирования с 84 558,33 рублей до 0 рублей	».
---	-----	--	----------------	---------------	---	--------	---	---	----

2.2. В разделе II «Перечень ФП/ФАП, не соответствующих требованиям Положения» строки:

«	70.	ГБУЗ НО "Кулебакская центральная районная больница"	Велетьменский ФАП	от 900 до 1500	0,46	739,50	61 625,00		
	75.	ГБУЗ НО "Богородская центральная районная больница"	Доскинский ФАП	от 1500 до 2000	0,54	991,36	81 234,17	с 01.02.2021 изменился месячный объем финансирования с 81 234,17 рублей до 97 781,67 рублей с 01.03.2021 изменился месячный объем финансирования с 97 781,67 рублей до 81 234,17 рублей	»



изложить в следующей редакции:

«	70.	ГБУЗ НО "Кулебакская центральная районная больница"	Велетьменский ФАП	от 900 до 1500	0	308,13	0	с 01.06.2021 изменился месячный объем финансирования с 61 625,00 рублей до 0 рублей
	75	ГБУЗ НО "Богородская центральная районная больница"	Доскинский ФАП	от 1500 до 2000	0	422,72	0	с 01.02.2021 изменился месячный объем финансирования с 81 234,17 рублей до 97 781,67 рублей с 01.03.2021 изменился месячный объем финансирования с 97 781,67 рублей до 81 234,17 рублей с 01.06.2021 изменился месячный объем финансирования с 81 234,17 рублей до 0 рублей

».

3. Настоящее Дополнительное соглашение действует с момента подписания:

3.1. и распространяется на правоотношения, возникшие:

- в части пункта 1.1 - с 01 июня по 30 июня 2021 года;

- в части пункта 2 - с 1 июня 2021 года.

3.2. в части пункта 1.2 - с 1 июля 2021 года.

4. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в министерстве, второй – в ТФОМС Нижегородской области. Для других Сторон соглашения предоставляются копии настоящего Дополнительного соглашения, заверенные ТФОМС Нижегородской области.

Настоящее Дополнительное соглашение подлежит хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного фонда.

## Юридические адреса Сторон:

Министерство здравоохранения Нижегородской области:  
603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78

Территориальный фонд обязательного медицинского  
страхования Нижегородской области:  
603006, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6

Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»:  
603000, г. Нижний Новгород, ул. Славянская, д. 8

Филиал ООО «Капитал МС» в Нижегородской области:  
603000, г. Нижний Новгород, ул. Белинского, д. 32

Нижегородский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед»:  
603606, г. Нижний Новгород, ул. Ошарская, д. 18/1

Нижегородская региональная общественная организация  
«Врачебная палата Нижегородской области»:  
603057, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13а, оф.118 а

Нижегородская региональная общественная организация  
«Главный врач»:  
603000, г. Нижний Новгород, ул. Вокзальная, д. 20/2

Нижегородская областная организация профсоюза  
работников здравоохранения Российской Федерации:  
603057, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 29, оф. 414

Подписи Сторон:

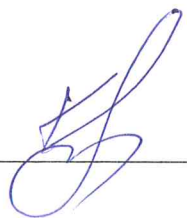
от министерства здравоохранения Нижегородской области:

Заместитель Губернатора  
Нижегородской области, министр  
здравоохранения Нижегородской  
области

Д.В.Мелик-Гусейнов



Первый заместитель министра  
здравоохранения Нижегородской  
области



Г.В.Михайлова

Начальник отдела организации  
медицинской помощи взрослому  
населению



Т.В.Егорова

от Территориального фонда обязательного медицинского страхования  
Нижегородской области:

Директор



С.И.Ермолова

Начальник финансово-  
экономического управления



О.В.Шумаева

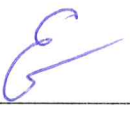
Начальник отдела организации  
обязательного медицинского  
страхования

отсутствует

А.Н.Мальханова

от страховых медицинских организаций:

Директор Нижегородского  
филиала АО «Страховая  
компания  
«СОГАЗ-Мед»



В.А.Емелина

Директор филиала  
ООО «Капитал МС» в  
Нижегородской области

отпуск

Т.В.Платонова

Директор Нижегородского  
филиала ООО «СМК РЕСО-Мед»



И.М.Кулакова

от медицинских профессиональных некоммерческих ассоциаций:

Председатель Нижегородской  
региональной общественной  
организации «Врачебная палата  
Нижегородской области»



А.В.Цопов

Председатель Нижегородской  
региональной общественной  
организации «Главный врач»

Отсутствует

Н.Н.Сухачева

Председатель правления  
Ассоциации нижегородских частных  
медицинских центров



А.В.Душкин

от Нижегородской областной организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации:

Председатель



В.Н.Приказнов

Заместитель председателя

Отсутствует

Л.П.Савельева

Член областного комитета

Отсутствует

П.В.Ястребов