|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1.3  к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию  от 28.12.2017 года № 1/2018 |

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2018 году**

1.Основные термины и определения.

Настоящий Порядок распространяется на медицинские организации, указанные в приложении 1.2 к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В настоящем Порядке используются следующие термины и определения:

- медицинская организация - фондодержатель (далее - МО-ФД) – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (самостоятельная поликлиника, поликлиническое отделение в составе медицинской организации), участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Камчатского края и имеющая прикрепленных граждан~~, в том числе обслуживаемых стоматологическими поликлиниками[[1]](#footnote-1)~~ (далее – прикрепленных граждан), застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, оплата амбулаторной медицинской помощи (далее-АМП) которой осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного гражданина;

- дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-ФД – показатель, предназначенный для определения ежемесячного размера финансового обеспечения АМП конкретной МО-ФД на 1 прикрепленного гражданина, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

- базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи – средний показатель ежемесячного объема финансирования на 1 гражданина, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях МО-ФД.

2. Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированному подушевому нормативу МО-ФД

В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи МО-ФД, указанные в приложении 1.2 к Соглашению 1/2018, представляют в страховые медицинские организации списки застрахованных лиц, выбравших организацию для оказания АМП.

В течение текущего года МО-ФД направляет в страховые медицинские организации уведомления о принятии гражданина на медицинское обслуживание (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Камчатского края и территориального фонда ОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81 «Об утверждении Порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Камчатском крае») и сведения о гражданах, снятых с медицинского обслуживания.

Страховые медицинские организации направляют указанные изменения в территориальный фонд ОМС Камчатского края для уточнения сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных граждан.

«Сведения о численности застрахованных лиц, выбравших организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи» по форме приложения № 2 к договору на оказание и оплату медицинской помощи подписываются страховыми медицинскими организациями и МО-ФД ежемесячно и являются основанием для определения ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированным подушевым нормативам конкретной МО-ФД, оказывающей АМП.

В Соглашении об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на текущий финансовый год устанавливаются:

1) размер базовых (средних) подушевых норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на месяц;

2) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитывающие различия в уровне затрат на оказания медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в зависимости от половозрастной структуры застрахованного населения;

3) интегрированные коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для МО-ФД;

4) численность застрахованных граждан, прикрепленных к МО-ФД по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в Камчатском крае по состоянию на 01.12.2017 года.

Базовый (средний) по Камчатскому краю подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на месяц определяется на основании объема финансовых средств, предусмотренных Территориальной программой ОМС Камчатского края в расчете на одно застрахованное лицо, и численности застрахованного населения Камчатского края.

При расчете базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не учитываются средства на оплату:

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

- медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края;

- посещений по неотложной медицинской помощи – при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения, при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации, при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом 2.2.14 Соглашения 1/2018 в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации), а также в случаях оказания консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы;

- консультативных посещений и консультативных обращений, а также посещений в Центре здоровья ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер»;

- обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом;[[2]](#footnote-2)

- отдельных диагностических услуг, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 3.3 Соглашения 1/2018.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, страховыми медицинскими организациями рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для МО-ФД (округляется до двух знаков после запятой) по следующей формуле:

ДПн = Пнбаз \* КДинт, где

ДПн– дифференцированный подушевой норматив для МО-ФД;

Пнбаз - базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на месяц;

КДинт - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для МО-ФД.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой МО-ФД по следующей формуле:

КДинт = КДпв \* КДси \* КДсуб \* КДзп, где

КДинт - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для МО-ФД;

КДпв – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для МО-ФД;

КДси – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества МО-ФД;

КДсуб – коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по средневзвешенному значению;

КДзп – коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Камчатском крае.

Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения МО-ФД производится страховыми медицинскими организациями не позднее 25 числа месяца, в котором оказывается медицинская помощь, с учетом дифференцированного подушевого норматива МО-ФД и численности прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 01 число текущего месяца по формуле:

ФОмес= ДПн \* Чзпр, где

ФОмес – размер финансового обеспечения МО-ФД, имеющей прикрепившихся лиц, на текущий месяц;

Чзпр – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО-ФД, по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь.

Сведения о размере финансового обеспечения на очередной месяц направляются страховой медицинской организацией в МО-ФД и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца в соответствии с приложением № 2 к настоящему Порядку.

3. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной

МО-фондодержателем

**3.1. МО-ФД** в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи, представляет страховой медицинской организации (территориальному фонду ОМС Камчатского края за граждан, застрахованных за пределами Камчатского края, – в течение десяти рабочих дней) сформированные реестры счетов и счета на оплату оказанной медицинской помощи, с учетом следующих особенностей:

3.1.1. отдельно формируется реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края.

Указанные реестр счета и счет направляются в территориальный фонд ОМС Камчатского края по тарифам основных медицинских специальностей, установленным приложением 1.5 к Соглашению № 1/2018, в порядке, предусмотренном для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.1.2. Отдельно формируются реестр счета и счет на оплату по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным в Камчатском крае.

3.1.2.1. В реестр счета включаются сведения об оказанной гражданам медицинской помощи в амбулаторных условиях:

– обращения по поводу заболеваний, за исключением консультативных обращений в ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер» и обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом[[3]](#footnote-3);

– посещения с профилактической и иными целями, за исключением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами и консультативных посещений, а также посещений в Центре здоровья ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер».

В реестре счета заполняются персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде амбулаторной медицинской помощи по тарифам, установленным пунктом 3.4 Соглашения 1/2018 и приложением 1.5 к Соглашению 1/2018.

3.1.2.2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования заполняется по форме в соответствии с приложением № 1 к настоящему Порядку, с обязательным указанием:

- количества прикрепленных граждан;

- размера финансового обеспечения на текущий месяц (на основании данных, полученных от соответствующей страховой медицинской организации);

- суммы к оплате, соответствующей рассчитанному размеру финансового обеспечения на текущий месяц.

3.1.2.3. При предъявлении к оплате в страховые медицинские организации счетов и реестров счетов за оказанную АМП, осуществляется расчет индивидуального коэффициента соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером суммы по счету на оплату по подушевому финансированию амбулаторной медицинской помощи, за расчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш) рассчитывается медицинской организацией для реестров счетов по каждой страховой медицинской организации отдельно для посещений с профилактической и иной целью, отдельно для обращений по поводу заболевания, по следующей формуле:

Кподуш = СУМ подуш / СУМ, где

СУМ подуш – сумма по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения АМП на текущий месяц;

СУМ – стоимость оказанной АМП по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

Индивидуальный коэффициент соответствия (округляется до четырех знаков после запятой) применяется ко всем услугам, включенным в реестр счета на оплату оказанной медицинской помощи. В реестре на бумажном носителе в графе «Стоимость оказанной медицинской помощи по тарифу», в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV»[[4]](#footnote-4) ~~«SUMM 1»~~ по каждой строке отражается сумма с учетом индивидуального коэффициента соответствия (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

Далее рассчитывается сумма коррекции, как разница между суммой по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения АМП на текущий месяц и стоимости по тарифу в соответствии с реестром счета после применения индивидуального коэффициента, которая применяется к сумме, указанной в счете.

После применения индивидуального коэффициента соответствия и корректировки суммы по счету соответствующий счет и реестр счета предъявляются к оплате в установленном порядке.

3.1.2.4. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные страховой медицинской организацией после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по форме в соответствии с приложением 5 к Соглашению 1/2018) по тарифам в соответствии с приложением 1.5 к Соглашению 1/2018 с учётом Кподуш [[5]](#footnote-5)~~без учета Кподуш.~~ В данных случаях значение элемента «IDSP» устанавливается «26» либо «27» в зависимости от способа оплаты по подушевому финансированию за посещение или обращение соответственно.

3.1.3. Отдельно формируются счета и реестры счетов на оплату диагностических услуг, указанных в пункте 3.3 Соглашения 1/2018, обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом[[6]](#footnote-6), а также на оплату медицинской помощи, оказанной в связи с проведением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами.

~~Указанные счета и реестры счетов заполняются в соответствии с Порядком, установленным приложением 1.6 к настоящему Соглашению[[7]](#footnote-7)~~.

**3.1.4. Для МО-ФД** оплата диагностических услуг, указанных в пункте 3.3 Соглашения 1/2018, обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом,[[8]](#footnote-8) оплата консультативных обращений, консультативных посещений, посещений в Центре здоровья, посещений по неотложной медицинской помощи – при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения, при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации, при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом 2.2.14 Соглашения 1/2018 в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации), а также в случаях оказания консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы, а также посещений в связи с проведением диспансеризации, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, **является дополнительным финансированием к подушевому финансированию и** **не подлежит включению в реестр счета по подушевому нормативу финансирования**.

**3.2. Страховые медицинские организации** ежемесячно в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета МО-ФД за оказанную медицинскую помощь с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Уменьшение оплаты, применение штрафных санкций по результатам контроля осуществляется исходя из тарифов за 1 посещение с профилактической и иной целью, обращение по заболеванию с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.

Направление аванса МО-ФД осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1  к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2018 году |

**СЧЕТ**

**на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УФК по Камчатскому краю (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)/наименование организации и № лицевого счета/

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ корреспондирующего счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КБК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Плательщик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ расчетного счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ корреспондирующего счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС в Камчатском крае в соответствующей СМО | Период (наименование месяца, период с ДД.ММ. по ДД.ММ.) | | |
| ВСЕГО  к оплате за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования | в том числе: | |
| за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, в части посещений с профилактической и иной целью | за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, в части обращений по заболеванию |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

Всего сумма к оплате с учетом сумм коррекции (сумма прописью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

М.П.

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2018 году |

Сведения о размере финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу, в рублях

на ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц 2018 года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в части посещений с профилактической и иной целью (ДПн проф) | Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в части обращений по заболеванию  (ДПн обр) | Численность прикрепленных граждан | Размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу в части посещений с профилакти-ческой и иной целью, в рублях | Размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу в части обращений по заболеванию, в рублях |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

­­

Исполнитель:

1. В редакции Соглашения 8/2018 от 28.09.2018г. с 01.10.2018г. [↑](#footnote-ref-1)
2. В редакции Соглашения 8/2018 от 28.09.2018г. с 01.10.2018г. [↑](#footnote-ref-2)
3. В редакции Соглашения 8/2018 от 28.09.2018г. с 01.10.2018г. [↑](#footnote-ref-3)
4. В редакции Соглашения 7/2018 от 30.08.2018г. с 01.01.2018г [↑](#footnote-ref-4)
5. В редакции Соглашения 11/2018 от 27.12.2018г., распространить на правоотношения, возникшие при доработке счетов и реестров счетов, отклоненных от оплаты в декабре 2018 года [↑](#footnote-ref-5)
6. В редакции Соглашения 8/2018 от 28.09.2018г. с 01.10.2018г [↑](#footnote-ref-6)
7. В редакции Соглашения 8/2018 от 28.09.2018г. с 01.10.2018г [↑](#footnote-ref-7)
8. В редакции Соглашения 8/2018 от 28.09.2018г. с 01.10.2018г [↑](#footnote-ref-8)