

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ на 2018 год**

Волгоград, 21 декабря 2017 года

Администрация Волгоградской области в лице председателя комитета здравоохранения Волгоградской области В.В. Шкарина, заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области А.И. Себелева, государственное учреждение "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области" в лице директора Т.В. Самариной, заместителя директора по мониторингу системы ОМС Т.Г. Грачевой, страховые медицинские организации в лице директора Волгоградского филиала акционерного общества "Страховая компания "СОГАЗ-Мед" В.В. Глазова и начальника отдела защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи филиала общества с ограниченной ответственностью "Росгосстрах-Медицина" в Волгоградской области" Н.В. Гаркавенко, медицинские организации в лице главного врача ГУЗ "Клиническая больница № 4" Е.В. Щербининой, главного врача ГУЗ "Клиническая поликлиника №12" И.А. Бочковой, Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя И.В. Ерохиной, члена президиума Н.В. Трубиной, Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации "Российская медицинская ассоциация" в лице члена правления Е.Н. Зюбиной, члена правления С.В. Симакова, действующие в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Администрации Волгоградской области от 13 февраля 2017 г. N 51-п "О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области", именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- постановлением Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2017 года N 1492 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов";
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 N 555н "Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи";
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг";

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации", от 11.04.2013 N 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 N 514н "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения";

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 N 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи", от 22.01.2016 N 36н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи";

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению";

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты";

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 N 200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения";

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию";

- проектом закона Волгоградской области "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов";

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080 и Федерального фонда ОМС от 21.11.2017 №13572/26-2/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования";

- письмом Федерального фонда ОМС от 12.12.2017 № 14531/26-2/и о направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных

классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.

- и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на 2018 год, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС).

1.3. Тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи, а также состав расходов, включаемых в тарифы.

1.4. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС лицам, застрахованным на территории Волгоградской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Волгоградской области лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, в объеме, установленном базовой программой ОМС.

1.5. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при выполнении Территориальной программы ОМС.

2. Основные термины и определения

2.1. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

2.2. Посещение - это контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

2.3. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания (травмы или иного состояния, а также диспансерного наблюдения лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями) у врача одной специальности, фельдшера (акушерки) при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Обращение с целью медицинской реабилитации в амбулаторных условиях - это законченный случай медицинской реабилитации у врачей нескольких специальностей и набором лечебно-диагностических процедур в соответствии с нормативными документами, регламентирующими оказание медицинской реабилитации.

2.4. Клинико-статистическая группа заболеваний (далее - КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной или стационарзамещающей медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней

ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

2.5. Законченный случай госпитализации - это оказание пациенту в одной медицинской организации стационарной (стационарзамещающей) медицинской помощи от момента поступления до момента выбытия, включая пребывание в нескольких профильных отделениях и все оперативные вмешательства, выполненные в течение этого времени.

2.6. Законченный случай лечения заболевания, при лечении которого применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, - это оказание пациенту в одной медицинской организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи от момента поступления до момента выбытия, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях с применением определенного метода высокотехнологичного лечения.

2.7. Медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу (далее - МО), - амбулаторно-поликлинические организации, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы ОМС на соответствующий год, которые в установленном порядке выбрали застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи.

2.8. Подушевой норматив финансирования - плановая сумма финансовых средств на одно прикрепившееся к МО застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для оплаты амбулаторной медицинской помощи прикрепившемуся к МО застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС.

2.9. Финансовый результат - сумма финансовых средств, рассчитанная как разница между расчетной суммой финансовых средств, предназначенных на оплату медицинской помощи прикрепившимся к МО застрахованным лицам, и суммой финансовых средств по зарегистрированным счетам за оказанную медицинскую помощь прикрепившимся к МО застрахованным лицам в данной МО и в иных МО.

2.10. Тарифы на оплату медицинской помощи - стоимости единиц оплаты медицинской помощи (законченного случая госпитализации, законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, посещения, обращения, лечебно-диагностической услуги и т.п.), определяющие уровень возмещения по статьям расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.

3. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских

организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели выполнения объемов медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной, за исключением:

1. Медицинской помощи по следующим профилям:

- акушерство и гинекология,
- дерматовенерология (в части оказания помощи дерматологическим больным),
- колопроктология,
- онкология,
- сердечно-сосудистая хирургия,
- травматология и ортопедия,
- неотложная медицинская помощь, оказываемой в амбулаторных кабинетах (отделениях) медицинских организаций, на станциях скорой медицинской помощи,
- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия,
- медицинская реабилитация.

2. Услуг центров здоровья, перитонеального диализа, КТ и МРТ-исследований, диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий населения, консультативной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара (в том числе стационара по профилю «скорая медицинская помощь») без последующей госпитализации в данную медицинскую организацию.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки и порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей представлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских

организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, в том числе оплачиваемую по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, представлен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

4.1. Структура тарифов

4.1.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области определяется Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на текущий год и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи, утверждаемой ежегодно Законом Волгоградской области.

Удельный вес расходов по статьям для каждой медицинской организации формируется исходя из потребности медицинской организации в покрытии расходов, связанных с оказанием медицинской помощи и содержанием медицинской организации в рамках установленных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения территориальной программы ОМС на соответствующий год.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, представлена в таблице 1. Медицинские организации негосударственной формы собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 N 94н.

Таблица 1

Статья КОСГУ	Подстатья КОСГУ	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
210 "оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда"	211 "заработная плата"	Расходы по оплате труда работников медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной программы ОМС
	212 "прочие выплаты"	Расходы медицинских организаций на дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых отношений с работниками, участвующими в выполнении территориальной программы ОМС, в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления. В состав расходов не включаются: расходы заграничных командировок
	213 "начисления на выплаты по оплате труда"	Расходы по уплате медицинскими организациями страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования", а также страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
220 "оплата работ, услуг"	221 "услуги связи"	Расходы медицинских организаций по оплате услуг связи, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС: по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций; по договорам на оказание услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем медицинских организаций перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо для выполнения территориальной программы ОМС использование сотовой связи в пределах лимита, утвержденного руководителем медицинской организации
	222 "транспортные услуги"	Расходы на приобретение транспортных услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, в том числе по найму транспортных средств, пассажирских и грузовых перевозок, иных транспортных расходов, связанных с перемещением работников и перевозкой имущества, оплату проезда по служебным командировкам.

		<p>В состав расходов не включаются:</p> <p>расходы заграничных командировок;</p> <p>расходы на предоставление мер социальной поддержки в рамках договора о целевом обучении;</p> <p>транспортировка пациентов на процедуры заместительной почечной терапии,</p> <p>перевозка умерших пациентов в морг</p>
	223 "коммунальные услуги"	<p>Расходы медицинских организаций на приобретение коммунальных услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание коммунальных услуг в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций</p>
	224 "арендная плата за пользование имуществом"	<p>Расходы медицинских организаций по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды имущества, найма, проката) объектов нефинансовых активов, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС</p>
	225 "работы, услуги по содержанию имущества"	<p>Расходы медицинских организаций на оплату работ, услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде медицинских организаций, в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций, в том числе расходы на проведение пусконаладочных работ основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу).</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>расходы на проведение пусконаладочных работ, за исключением вышеуказанных;</p> <p>расходы на новое строительство, реконструкцию, капитальный ремонт зданий и сооружений</p>
	226 "прочие работы, услуги"	<p>Экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинских организаций: по проведению лабораторных, инструментальных и диагностических исследований, производимых в других медицинских организациях (у индивидуальных предпринимателей) (при отсутствии (или временном закрытии) своей лаборатории и диагностического оборудования), необходимых для выполнения территориальной программы ОМС; на оплату обеспечения застрахованных лиц необходимым лечебным питанием при оказании</p>

		<p>медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС, по нормам, утвержденным в установленном порядке, предприятиями общественного питания (при отсутствии в медицинских организациях или временном закрытии своего пищеблока);</p> <p>по договорам за консультационную и иную помощь, оказываемую медицинскими работниками сторонних медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС;</p> <p>услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов;</p> <p>на оплату программного обеспечения;</p> <p>приобретение бланков строгой отчетности;</p> <p>пусконаладочные работы по комплексному опробованию и наладке основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу);</p> <p>монтажные работы основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу);</p> <p>по договорам на оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221 - 225 (в том числе расходы медицинских организаций по оплате банковских услуг банка за осуществление операций со средствами ОМС), в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>по проведению научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических работ, по разработке проектной и сметной документации для строительства, реконструкции и капитального ремонта зданий и сооружений;</p> <p>пусконаладочные работы по комплексному опробованию и наладке основных средств, за исключением вышеуказанных;</p> <p>монтажные работы основных средств, за исключением вышеуказанных;</p> <p>расходы на добровольное страхование работников</p>
260 "социальное обеспечение"	262 "пособия по социальной помощи населению"	<p>Расходы медицинских организаций на выплаты в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, в рамках исполнения полномочий работодателя.</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>расходы на предоставление мер социальной поддержки</p>

		в рамках договора о целевом обучении
290 "прочие расходы"		<p>Расходы медицинских организаций на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации;</p> <p>расходы медицинских организаций на уплату государственных пошлин и сборов в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе расходы медицинских организаций, связанные с получением медицинскими организациями лицензий на осуществление медицинской деятельности);</p> <p>расходы по возмещению физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;</p> <p>расходы по уплате штрафов и пени медицинских организаций, в том числе штрафов за нарушение требований пожарной безопасности;</p> <p>расходы на оплату иных расходов, отнесенных к статье 290 "прочие расходы" в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещение морального и материального вреда, исполнение обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС;</p> <p>по возврату средств ОМС, использованных не по назначению;</p> <p>на предоставление мер социальной поддержки в рамках договора о целевом обучении</p>
310 "увеличение стоимости основных средств"		<p>Расходы медицинских организаций на приобретение необходимых для выполнения территориальной программы ОМС основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до ста тысяч рублей за единицу).</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>расходы по оплате контрактов (договоров) на строительство и приобретение (изготовление) объектов, относящихся к основным средствам (за исключением вышеуказанных);</p> <p>расходы на реконструкцию, техническое перевооружение, расширение, модернизацию и дооборудование основных средств</p>
340 "увеличение стоимости материальных"		<p>Экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС в</p>

запасов"		<p>части приобретения в соответствии с приложением 5 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной Законом Волгоградской области (далее - приложение 5):</p> <p>лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, в стационарных условиях;</p> <p>лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;</p> <p>лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной;</p> <p>пломбирочных материалов, лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической медицинской помощи;</p> <p>препаратов, не входящих в приложение 5, в случаях нетипичного течения болезни, наличия осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных препаратов, а также при непереносимости лекарственных препаратов, входящих в приложение 5: лекарственные препараты, зарегистрированные в установленном порядке в Российской Федерации и разрешенные к медицинскому применению, но не входящие в стандарты медицинской помощи и Перечень приложения 5, по заключению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах больного и журнале врачебной комиссии;</p> <p>продуктов питания для обеспечения необходимым лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС, по нормам, утвержденным в установленном порядке;</p> <p>молока и лечебно-профилактического питания для выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, в соответствии с нормами, установленными приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.02.2009 N 45н;</p> <p>мягкого инвентаря и обмундирования, необходимых в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды в рамках территориальной программы ОМС;</p>
----------	--	--

		<p>горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо; всех видов котельно-печного топлива; строительных материалов, используемых для текущего ремонта; кухонного инвентаря; хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей; запасных частей и прочих материальных запасов. В состав расходов не включаются: расходы на приобретение строительных материалов для капитального ремонта, нового строительства, реконструкции зданий и сооружений, спецоборудования для научно-исследовательских работ; приобретение материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств, используемых в качестве запасов, создаваемых в целях подготовки и проведения мероприятий по гражданской обороне.</p>
--	--	--

4.1.2. Расходы на заработную плату производятся исходя из размеров и условий оплаты труда, установленных в соответствии с федеральными, региональными нормативными документами и иными документами, регулирующими вопросы оплаты труда.

4.1.3. При расчете фонда оплаты труда учитывается только та часть штатных должностей, которая необходима для реализации объемов медицинской помощи, установленных медицинской организации в сфере ОМС. В медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь, финансирование которой осуществляется из различных источников, в том числе за счет средств федерального бюджета, бюджетных ассигнований областного бюджета и средств бюджета территориального фонда ОМС, средств, полученных в результате оказания платных услуг, расходы на оплату труда прочего немедицинского персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации, включаются в состав расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

При формировании расходов на оплату труда работников медицинских организаций не учитываются расходы на оплату труда штатных единиц, не предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Дополнительные выплаты к заработной плате работников медицинских организаций, принятые нормативно-правовыми актами Волгоградской области и не предусмотренные утвержденной системой оплаты труда, могут подлежать компенсации за счет средств ОМС только при условии увеличения доходной части бюджета ТФОМС и внесения соответствующих изменений в закон Волгоградской области о бюджете ТФОМС.

4.1.4. Для федеральных и ведомственных медицинских организаций, выполняющих территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами

соответствующих министерств и ведомств.

4.1.5. За счет средств ОМС финансируются расходы на текущий ремонт зданий, сооружений.

К текущему ремонту производственных зданий и сооружений относятся работы по систематическому и своевременному предохранению частей зданий и сооружений и инженерного оборудования от преждевременного износа путем проведения профилактических мероприятий и устранения мелких повреждений и неисправностей в зданиях, сооружениях.

4.1.6. За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями по видам медицинской помощи, которые в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на текущий год, утвержденной в установленном порядке, финансируется за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и других источников.

За счет средств ОМС не финансируются (не оплачиваются) мероприятия, финансирование которых предусмотрено за счет иных источников.

4.1.7. Затраты на питание включены в тарифы стационара круглосуточного пребывания.

В структуре тарифов на оплату амбулаторной медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены, за исключением молока и других равноценных пищевых продуктов для выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, в соответствии с нормами, установленными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.02.2009 N 45н.

В структуре тарифов на оплату стационарозамещающей медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены, за исключением детских медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, где в случае согласования с Комитетом здравоохранения Волгоградской области и Государственным учреждением "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области" разрешается обеспечение пациентов питанием при условиях возможности его организации, достаточного финансирования и отсутствия задолженности по оплате труда работников медицинской организации.

4.1.8. Уровень возмещения по статьям расходов (величина тарифа) медицинских организаций при выполнении территориальной программы ОМС определяется объемом средств, предназначенных законом о бюджете ТФОМС на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

4.1.9. Финансирование расходов на оплату услуг связи, коммунальных услуг, арендной платы за пользование имуществом, работ, услуг по содержанию имущества, прочих работ, услуг за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется в части реализации территориальной программы ОМС.

4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях амбулаторно-поликлиническими организациями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

4.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации

территориальной программы ОМС, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет 3920,2 рубля.

4.2.2. Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет 2540,30 рубля.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива составляют:

Наименование группы	Коэффициент
ноль - один год мужчины	1,86321785
ноль - один год женщины	1,81616729
один год - четыре года мужчины	1,75120943
один год - четыре года женщины	1,71535581
пять - семнадцать лет мужчины	1,51166511
пять - семнадцать лет женщины	1,57045880
восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины	0,49508427
восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины	0,99851748
шестьдесят лет и старше мужчины	0,89442884
пятьдесят пять лет и старше женщины	1,16725187

4.2.3. За единицу оплаты медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях, приняты:

- врачебные посещения (с профилактической целью, с иными целями, при оказании медицинской помощи в неотложной форме),

- посещения фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с профилактической целью, с иными целями, при оказании медицинской помощи в неотложной форме),

- обращение (законченный случай, в том числе при проведении медицинской реабилитации, при диспансерном наблюдении)

- законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (а также при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения оплате за законченный случай подлежит первый этап в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации),

- законченный случай проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения,

- законченный случай проведения диспансеризации пребывающих в стационарных

учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

- законченный случай проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью,

- законченный случай проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних,

лечебно-диагностические услуги (при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, в случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации).

- по тарифам лечебно-диагностических услуг (при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в рамках второго этапа)

- лечебно-диагностические услуги профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (состоящих из двух этапов).

- посещения центра здоровья,

- лечебно-диагностические услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, лабораторно-диагностические, день обмена перитонеального диализа),

- подушевой норматив финансирования.

4.2.4. Оплата амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, как имеющих прикрепившееся население, так и не имеющих, осуществляется по единым тарифам соответствующей единицы оплаты.

4.2.5 Оплата проведения хронической заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа осуществляется за медицинскую услугу - один день перитонеального диализа. Выполненные услуги перитонеального диализа при ежедневном обмене с эффективным объемом диализата в течение одного календарного месяца учитывается как одно обращение с целью проведения заместительной почечной терапии. Заместительная почечная терапия методом перитонеального диализа проводится в рамках первичной специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке, включающим в себя приобретение расходных материалов и медикаментов, необходимых для проведения диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Тарифы на оплату заместительной почечной терапии, оказываемой медицинскими организациями, представлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

4.2.6 Тарифы на лечебно-диагностические услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, лабораторно-диагностические, день обмена перитонеального диализа) включают в себя расходы на все необходимые для их проведения лекарственные

препараты, расходные материалы и реактивы, а также средние сложившиеся общеучрежденческие расходы.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, представлены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

4.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет 5 155,1 рублей.

Базовая ставка законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу, составляет 20 336,1 рублей.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний стационарной медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратоемкости и управленческих представлен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

4.3.2. За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационара медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, приняты:

- законченный случай госпитализации, входящий в клинико-статистическую группу (далее - законченный случай госпитализации);

- прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи стационарного лечения при оказании специализированной медицинской помощи в рамках утвержденных объемов медицинской помощи.

В случае, если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 20% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

При проведении медицинской реабилитации, если длительность лечения составила менее 10 койко-дней, случай оплачивается в размере 20% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

В случае, если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном

исходе) составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, а также для случаев реабилитации длительностью менее 10 койко-дней, случай оплачивается в размере 20% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

По случаям, относящимся к КСГ, на оплату по которым не влияет длительность пребывания, в том числе сверхкоротким (указаны в Приложении 7) оплата производится по полному тарифу, определенному тарифным соглашением для данной КСГ. По ряду КСГ (указаны в Приложении 7) оплата производится без влияния коэффициента уровня стационара, т.е. для всех медицинских организаций тарифы по данной КСГ едины.

При оплате случаев оказания специализированной стационарной медицинской помощи к тарифу законченного случая госпитализации по КСГ применяются коэффициенты сложности лечения пациентов (далее - КСЛП):

- при лечении пациента в возрасте от 0 до 1 года (кроме КСГ, относящихся к профилю "неонатология" – КСГ №107 - №113) (КСЛП1) в размере 1,1;

- при лечении пациента в возрасте от 1 до 3 включительно (КСЛП2) в размере 1,1;

- при лечении пациента в возрасте 75 лет и старше (КСЛП4) в размере 1,05. Применяется ко всем КСГ, кроме КСГ по профилю «гериатрия» №339.

- при лечении пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее) (КСЛП5) в размере 1,1. Применяется только для КСГ по профилю «гериатрия» №339.

Отдельные особенности отнесения случаев стационарного лечения к соответствующим КСГ стационара и оплаты по тарифу законченного случая госпитализации описаны в Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, в условиях стационара, дневного стационара и стационара на дому на территории Волгоградской области на 2018 год (далее - Инструкция по КСГ на 2018 год).

Проведение экстренной заместительной почечной терапии оплачивается дополнительно за фактическое количество проведенных процедур диализа в рамках утвержденных объемов и тарифов на эти цели (пример описан в Инструкции по КСГ на 2018 год. КСЛП к тарифам заместительной почечной терапии не применяются).

Оплате по тарифу законченного случая лечения подлежат все случаи госпитализации при проведении высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС по методам, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи. КСЛП к тарифам высокотехнологичной медицинской помощи не применяются.

4.3.3. Базовая ставка финансового обеспечения специализированной стационарной медицинской помощи (далее - Базовая ставка, БСсп) - размер средней стоимости случая госпитализации специализированной стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, в рамках средств, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на финансирование специализированной стационарной помощи.

4.3.4. Тарифы законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистические группы, включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, в том числе и из других медицинских организаций, оперативные пособия, в том числе выполненные лапароскопическими и (или) эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ангиографию, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

Тарифы законченных случаев госпитализации, входящих в КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, представлены в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

4.3.5. Тарифы законченных случаев лечения заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, включают затраты по всем статьям расходов.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению.

4.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров

4.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет 877,2 рубля.

Базовая ставка законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в клинико-статистическую группу, составляет 8 674,3 рубля.

4.4.2. За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому, приняты законченный случай лечения, входящий в клинико-статистическую группу (далее - законченный случай лечения).

Оплате по тарифу законченного случая лечения подлежат все случаи госпитализации при оказании медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому независимо от длительности лечения и причин выбытия из дневного стационара в рамках утвержденных объемов стационарозамещающей медицинской помощи. Для ряда случаев лечения в условиях дневного стационара с длительностью от 1 до 3 дней (для случаев медицинской реабилитации 1 - 9 пациенто-дней) предусмотрена оплата по тарифам, составляющим 20% от полного

тарифа соответствующей КСГ. Лекарственная терапия при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре при длительности лечения менее 28 дней оплачивается по тарифам, составляющим 20% от полного тарифа соответствующей КСГ.

Исключением из таких случаев являются случаи, при которых пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая госпитализации к конкретной КСГ. Оплата по таким случаям производится в размере 80% от полного тарифа. По случаям, относящимся к КСГ, на оплату по которым не влияет длительность пребывания, в том числе сверхкоротким (указаны в Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, в условиях стационара, дневного стационара и стационара на дому на территории Волгоградской области (далее - Инструкция на 2018 год), оплата происходит по полному тарифу. Отдельные особенности отнесения случаев стационарного лечения к соответствующим КСГ стационара и оплаты по тарифу законченного случая госпитализации описаны в Инструкции на 2018 год.

4.4.3 Оплата проведения хронической заместительной почечной терапии (далее - ЗПТ) методом гемодиализа осуществляется за медицинскую услугу - один день гемодиализа. Выполненные пациенту в течение одного календарного месяца услуги гемодиализа учитываются как один случай проведения ЗПТ. Тарифы на оплату включают расходы на все необходимые лекарственные препараты, медикаменты и расходные материалы. В тариф не входят расходы на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи и обратно.

Оплата отдельных процедур заместительной почечной терапии, оказанная в условиях дневного стационара застрахованным гражданам, не прикрепленным на постоянной основе к медицинской организации для проведения "хронической" ЗПТ, производится по случаям, включающим одну процедуру в соответствии с методикой проведения ЗПТ в условиях дневного стационара. Тарифы на услуги заместительной почечной терапии представлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

4.4.4. Тарифы на законченные случаи госпитализации в дневном стационаре (за исключением стационара на дому) включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс (для случаев проведения реабилитации - реабилитационный лечебно-диагностический процесс) в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, процедур проведения хронической заместительной почечной терапии), другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

4.4.5. Тарифы законченных случаев экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара учитывают возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с

последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ № 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № 5 с применением КСЛП в размере 0,19.

Тарифы на проведение I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов не предусмотрены, так как проведение этапов в указанных сочетаниях в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о некачественном проведении программы ЭКО. В связи с этим, если выполнены I и II этапы или I, II и III этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу с применением КСЛП для I этапа ЭКО (0,6).

С учетом КСЛП оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно таблице 1:

Таблица 1

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6
2	Проведение I - III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

4.4.6. Тарифы законченных случаев госпитализации пациента в стационаре на дому включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы врача, медицинской сестры, а также затраты на лечебные манипуляции и процедуры по показаниям,

медикаментозную терапию, в том числе с использованием парентеральных путей введения, и обеспечение изделиями медицинского назначения).

Перечень клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затроемкости представлен в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы законченных случаев лечения, входящих в КСГ при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, представлены в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению.

4.5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

4.5.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет 667,40 рубля.

4.5.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 617,00 рубля.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляют:

Наименование группы	Коэффициент
ноль - один год мужчины	2,23296851
ноль - один год женщины	1,99709627
один год - четыре года мужчины	1,62296180
один год - четыре года женщины	1,46884074
пять - семнадцать лет мужчины	0,56176011
пять - семнадцать лет женщины	0,54523118
восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины	0,49430422
восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины	0,63748046
шестьдесят лет и старше мужчины	1,68036632
пятьдесят пять лет и старше женщины	2,05673442

4.5.3. За единицу оплаты скорой медицинской помощи приняты: вызов, выполненный врачебной или фельдшерской бригадой, и тарифы на основе подушевого норматива финансирования.

4.5.4. Тарифы на вызовы (за исключением вызовов с применением тромболитической терапии) включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания

скорой медицинской помощи.

4.5.5. Тарифы на вызовы с применением тромболитической терапии включают расходы на лекарственные препараты, в том числе и на тромболитики, возмещаемые за счет средств ОМС, в соответствии с утвержденными стандартами оказания скорой медицинской помощи и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС.

4.5.6. Тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность службы скорой медицинской помощи с учетом оплаты необходимых для функционирования услуг сторонних организаций, за исключением расходов на проведение тромболитической терапии.

Перечень тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, представлен в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации)

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи (за размер тарифа для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, имеющей обслуживаемое население, принимается средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением Правительства РФ о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год);

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = PP \times K_{шт},$$

где:

PP - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного

медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

N п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи ($K_{но}$)	Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{шт}$)
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1. Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования	-	0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме	-	0,3
1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	1,0
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	3,0

1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	1,0
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи"	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской	-	0,5

	организации		
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	0,5
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	0,5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	0,5
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	0,5
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	-	0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	-	1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	0,5
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том	-	0,5

	числе сроков ожидания медицинской помощи		
2.4.3.	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией	-	0,5
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	0,5
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	0,5
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	-	0,5
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявших на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на	0,3	-

	лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)		
3.2.3.	приведших 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 лечения, оформленного в установленном порядке)	0,4	-
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,4	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	0,5	-
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), 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 15 дней со дня	0,5	-

	завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова		
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	0,6	-
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	1,0	-
3.10.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	0,3	-
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	0,3	0,3

3.12.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	1,0	-
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,1	-
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1	-
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	0,9	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска,	1,0	-

	учебы, командировок, выходных дней и т.п.)		
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы <*>	-	-
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту <*>	-	-
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	1,0	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна (содержит арифметическую ошибку)	1,0	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1,0	-
5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	1,0	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного	1,0	-

	лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.)		
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	1,0	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	1,0	-
5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:			
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС	1,0	-
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	1,0	-
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	1,0	-
5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:			
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	1,0	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по	1,0	-

	тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении		
5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:			
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1,0	-
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	1,0	-
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	1,0	-
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	1,0	-
5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	1,0	-
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1,0	-
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1,0	-
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив	1,0	-

	финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС		
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	1,0	-
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	1,0	-

<*> Коэффициенты для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, размера штрафа устанавливаются в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

6. Заключительные положения

6.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2018 года и действует по 31 декабря 2018 года.

6.2. Тарифное соглашение может быть изменено и дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

6.3. Особенности формирования счетов и оплаты медицинской помощи по видам и условиям её оказания представлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Приложения:

1. "Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях".

2. "Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепившееся)

застрахованное население, и критерии их оценки".

3. "Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях".

4. "Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара".

5. "Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации".

6. "Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях".

7. "Перечень клинико-статистических групп заболеваний при оказании медицинской помощи в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратоемкости и управленческих".

8. "Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи".

9. "Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи".

10. "Перечень клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости и управленческих".

11. "Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи".

12. "Тарифы на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации".

13. "Тарифы на услуги заместительной почечной терапии"

14. "Оплата медицинской помощи, формирование счетов и реестров счетов".

Подписи сторон:

От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



В.В.Шкарин

Заместитель председателя комитета
здравоохранения Волгоградской области



А.И. Себелев

От государственного учреждения "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области":

Директор "ТФОМС Волгоградской области"



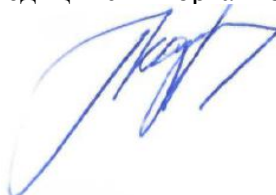
Т.В. Самарина

Заместитель директора по мониторингу
системы ОМС "ТФОМС Волгоградской области"

Т.Г. Грачёва

От страховых медицинских организаций:

Директор Волгоградского филиала ОАО
"Страховая компания "СОГАЗ-Мед"



В.В. Глазов

Начальник отдела защиты прав
застрахованных и экспертизы качества
медицинской помощи филиала общества
с ограниченной ответственностью
"Росгосстрах-Медицина" в Волгоградской области"

Н.В. Гаркавенко

От медицинских организаций:

Главный врач государственного
учреждения здравоохранения
"Клиническая поликлиника N 12"

И.А. Бочкова

Главный врач ГУЗ
"Клиническая больница N 4"

Е.В. Щербина

От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

И.В. Ерохина

Член президиума Волгоградской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Н.В. Трубина

От Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации
"Российская медицинская ассоциация":

Член правления Волгоградского регионального
отделения общероссийской общественной
организации "Российская медицинская ассоциация"

Е.Н.Зюбина

Член правления Волгоградского регионального
отделения общероссийской общественной
организации "Российская медицинская ассоциация"

С.В.Симаков