

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Волгоград, 30 декабря 2016 года

Администрация Волгоградской области в лице заместителя Губернатора Волгоградской области З.О. Мержоевой, комитет здравоохранения Волгоградской области в лице председателя В.В. Шкарина, 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, медицинские организации в лице главного врача ГУЗ «Клиническая больница №4» Е.В. Щербининой, Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя И.В. Ерохиной, председателя комитета Волгоградской городской Думы по социальной политике, главного врача ГУЗ «Клиническая больница №11», члена президиума Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Н.В. Трубиной, Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» в лице главного врача ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России (Клиника №1) Е.Н. Зюбиной, заместителя начальника отдела - врача-методиста отдела мониторинга программ здравоохранения и ведения баз данных ГБУЗ «ВОМИАЦ» 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 2012 г. N 89-п "О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области" (с изменениями и дополнениями от 14 марта 2012г., 10 июля 2012 г., 23 апреля 2013 г., 24 марта 2014 г., 10 марта 2015 г., 23 ноября 2015г., 29 февраля 2016г., 12 сентября 2016 г.), 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";
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";
- постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 N 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов";
- 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 27.12.2011 N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг";
- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп

взрослого населения", 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";

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра", от 21.12.2012 N 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них";

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 года 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";

- 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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 N 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями и дополнениями);

- 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";

- Законом Волгоградской области от 06.12.2016 N 130-ОД "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов";

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 22.12.2016 N 11-8/10/2-8266 / N 12578/26/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования", утвержденных протоколом заседания рабочей группы от 09 декабря 2016 года N 66/11/18;

- 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 2017 год, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС).

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

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.

1.2. Основные термины и определения

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

1.2.2. 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).

1.2.3. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания (травмы или иного состояния) 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.

1.2.4. 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).

1.2.5. 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.

1.2.6. Законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, – 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, оплачиваемого из средств обязательного медицинского страхования.

1.2.7. 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, которых в установленном порядке выбрали застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи;

1.2.8. 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.

1.2.9. 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.

1.2.10. 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.

2. Способы оплаты медицинской помощи

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

2.1. при оплате 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);

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, 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 и специализированной помощи, за исключением услуг центров здоровья, услуг централизованных клинических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической), КТ и МРТ-исследований, диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий населения, медицинской реабилитации, консультативной помощи, неотложной помощи в приемном отделении, медицинской помощи по следующим профилям:

- акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий),
- дерматовенерология (в части оказания помощи дерматологическим больным),
- колопроктология,
- онкология,
- сердечно-сосудистая хирургия,
- травматология и ортопедия,
- неотложная медицинская помощь,
- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия.

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.

2.2. 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, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням представлен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3. 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.

2.4. 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 оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, представлен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1 Структура тарифов

3.1.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области определяются 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. В состав расходов не включаются: расходы заграничных командировок;

		расходы на предоставление мер социальной поддержки в рамках договора о целевом обучении.
	223 «коммунальные услуги»	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.
	224 «арендная плата за пользование имуществом»	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.
	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:</p> <p>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;</p> <p>на оплату обеспечения застрахованных лиц необходимым лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС, по нормам, утвержденным в установленном порядке, предприятиями общественного питания (при</p>

		<p>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 в рамках договора о целевом обучении.</p>
290 «прочие»		Расходы медицинских организаций на уплату

расходы»		<p>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, исполнением 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 запасов»		<p>Экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС в части приобретения в соответствии с приложением 5 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской</p>

		<p>помощи в Волгоградской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов", утвержденной Законом Волгоградской области от 06.12.2016 N 130-ОД (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>пломбировочных материалов, лекарственные препараты и медицинские изделия, необходимые 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 приложение 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 № 45н;</p> <p>мягкого инвентаря и обмундирования, необходимых в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды в рамках территориальной программы</p>
--	--	--

		<p>ОМС; 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. <u>В состав расходов не включаются:</u> Расходы на приобретение строительных материалов для капитального ремонта, нового строительства, реконструкции зданий и сооружений, спецоборудования для научно-исследовательских работ.</p>
--	--	--

3.1.2. 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.

3.1.3. 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.

3.1.4. 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.

3.1.5. 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.

3.1.6. 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.

3.1.7. 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.

3.1.8. 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.

3.1.9. 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.

3.2. 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

3.2.1. 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 3279,9 рублей.

3.2.2. 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 1665,83 рублей.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива составляют:

Наименование группы	Коэффициент
ноль - один год мужчины	1,715601872
ноль - один год женщины	1,683742442

один год - четыре года мужчины	1,542378643
один год - четыре года женщины	1,539144085
пять - семнадцать лет мужчины	1,599494213
пять - семнадцать лет женщины	1,694913342
восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины	0,496992001
восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины	1,033611104
шестьдесят лет и старше мужчины	0,857294073
пятьдесят пять лет и старше женщины	1,126319762

**Структура расходов тарифов на оплату амбулаторной
медицинской помощи**

Наименование единиц оплаты	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Прочие статьи расходования средств (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Посещения, обращения, лабораторные исследования, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография	не более 77	8	0	не менее 15

3.2.3. 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,
- 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 медицинских осмотров несовершеннолетних,
- посещения центра здоровья,
- лечебно-диагностические услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, лабораторно-диагностические),

- подушевой норматив финансирования.

3.2.4. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, имеющей прикрепившееся население (за исключением тарифов на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета "Диабетическая стопа", посещения с профилактической целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, акушеру-гинекологу, в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу - травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, все врачебные приемы в приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, специалистам службы неотложной помощи), рассчитываются как произведение базового тарифа соответствующей единицы оплаты и поправочного коэффициента по амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившееся население.

Поправочные коэффициенты по амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившееся население, учитывают все затраты, непосредственно связанные с оказанием амбулаторной медицинской помощи.

Эти коэффициенты утверждаются Комиссией для медицинских организаций и не изменяются в течение года.

3.2.5. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, не имеющей прикрепившегося населения (за исключением тарифов на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета "Диабетическая стопа", посещения с профилактической целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, акушеру-гинекологу, в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу - травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, все врачебные приемы в приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, специалистам службы неотложной помощи), рассчитываются как произведение базового тарифа соответствующей единицы оплаты и поправочного коэффициента по амбулаторной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, не имеющей прикрепившегося населения.

3.2.6. Тарифы на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, лабораторно-диагностические услуги, оказываемые централизованной клинико-диагностической лабораторией, а также обращения с лечебной целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета "Диабетическая стопа", посещения с профилактической целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, акушеру-гинекологу, в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу - травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, все врачебные приемы в приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к

врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, специалистам службы неотложной помощи являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, и не зависят от поправочных коэффициентов.

Поправочные коэффициенты для медицинских организаций утверждаются Комиссией и могут изменяться в течение года.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.3.1. 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 4 183,1 рублей.

Базовая ставка законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу, составляет 19 889,7 рубля.

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

Рекомендуемая структура расходов базовых тарифов стационарной медицинской помощи:

	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Остальные (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
КСГ всех профилей	Не более 65	Не менее 16	Не менее 6	13

3.3.2. 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);
- законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи стационарного лечения при оказании специализированной медицинской помощи в рамках утвержденных объемов медицинской помощи. Для ряда случаев специализированного стационарного лечения длительностью 1 – 3 койко-дня (для случаев медицинской реабилитации 1 – 6 койко-дней) предусмотрена оплата по тарифам, составляющим 30% от полного тарифа. 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 100% 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 2017 год), оплата происходит по полному тарифу. По ряду КСГ (указаны в Инструкции на 2017 год) оплата производится без влияния уровня стационара.

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

- при лечении пациентов в возрасте от 0 до 1 (кроме КСГ, относящихся к профилю "неонатология") (КСЛП1) в размере 1,1;
- при лечении пациентов в возрасте от 1 до 3 включительно (КСЛП2) в размере 1,1;
- при лечении пациентов в возрасте 75 лет и старше (КСЛП4) в размере 1,07.

Отдельные особенности отнесения случаев стационарного лечения к соответствующим КСГ стационара и оплаты по тарифу законченного случая госпитализации описаны в Инструкции на 2017 год.

Проведение экстренной заместительной почечной терапии оплачивается дополнительно за фактическое количество проведенных процедур гемодиализа и перитонеального диализа в рамках утвержденных объемов на эти цели (пример описан в Инструкции на 2017 год. КСЛП к тарифам заместительной почечной терапии не применяются).

Оплате по тарифу законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, 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.

3.3.3. 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.

3.3.4. 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.).

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

3.3.5. Тарифы законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистические группы для детей, включают расходы, связанные с пребыванием матери или другого лица, осуществляющего уход за ребенком.

3.3.6. Тарифы на законченные случаи лечения по методам 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, включают затраты по всем статьям расходов.

Тарифы законченных случаев высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по методам, входящим в базовую программу ОМС, представлены в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.4.1. 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 715,1 рублей.

Базовая ставка законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в клинико-статистическую группу, составляет 8 147,9 рублей.

Структура расходов тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, представлена в таблице:

Наименование единиц оплаты	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Прочие статьи расходов средств (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Законченный случай лечения в дневном стационаре	не более 40	не менее 40	0	20

3.4.2. 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 - 6 дней, для случаев специального лечения вирусных гепатитов по КСГ с N N 21 - 24 по МЗ РФ 1 - 20 дней) предусмотрена оплата по тарифам, составляющим 30% от полного тарифа. 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 100% 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 2017 год), оплата происходит по полному тарифу. Случаи лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) оплачиваются по отдельным подгруппам КСГ, дифференцированным по этапам прерывания процедуры. Отдельные особенности отнесения случаев стационарного лечения к соответствующим КСГ стационара и оплаты по тарифу законченного случая госпитализации описаны в Инструкции на 2017 год.

Оплата проведения хронической заместительной почечной терапии (далее - ЗПТ) методами гемодиализа и перитонеального диализа производится по отдельно выделенным случаям лечения в течение одного календарного месяца. В случай объединены в среднем 12 процедур гемодиализа и 29 дней перитонеального диализа (пример описан в Инструкции на 2017 год. 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.

3.4.3. 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.).

3.4.4. Тариф законченного случая экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара (1 – 4 этапы) в рамках оказания специализированной медицинской помощи включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг в соответствии с утвержденным стандартом оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в экстракорпоральном оплодотворении, культивировании и внутриматочном введении эмбриона при бесплодии, а также с учетом выбранного в зависимости от клинической ситуации протокола стимуляции овуляции. Тариф включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг, соответствующих этапности процедуры: стимуляция суперовуляции, мониторинг фолликулогенеза (1 этап), трансвагинальная пункция ооцитов (2 этап), эмбриологический (3 этап) в случае 100 % отсутствия возможности проведения каждого последующего этапа в течение года после прерывания соответствующих этапности процедур.

3.4.5. 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 затратоемкости представлен в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

3.5.1. 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 545,9 рубля.

3.5.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 514,19 рубля.

Структура расходов подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, вызова скорой медицинской помощи

Наименование единиц оплаты	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Прочие статьи расходования средств (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, вызов скорой медицинской помощи	не более 75	2	0	не менее 23

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляют:

Наименование группы	Коэффициент
ноль - один год мужчины	5,150939215
ноль - один год женщины	4,411722118
один год - четыре года мужчины	1,181106817
один год - четыре года женщины	1,049870607
пять - семнадцать лет мужчины	0,542856032
пять - семнадцать лет женщины	0,543794494
восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины	0,509807836
восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины	0,629395113
шестьдесят лет и старше мужчины	1,663830212
пятьдесят пять лет и старше женщины	2,086376117

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

3.5.4. Тарифы на вызовы включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания скорой медицинской помощи.

3.5.5. 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.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (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:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

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);

$K_{\text{но}}$ - 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 ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

где:

РП - 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;

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

N	Перечень оснований для отказа в	Коэффициент для	Коэффициент для
---	---------------------------------	-----------------	-----------------

п/п	оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	определения размера неполной оплаты медицинской помощи (К _{но})	определения размера штрафа (К _{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.	-	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	-	1,0

	заболевания;		
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 организации	-	0,5
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации	-	0,5

	медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		
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 числе сроков ожидания медицинской помощи	-	0,5
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 повлиявшее 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 лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	-

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, неоправданных 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:		
3.3.2.	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	-
3.4.	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.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в	0,5	-

	состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).		
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	-
3.10.	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	-
3.11.	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	0,9	1,0
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или	0,3	-

	антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.		
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического 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.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления 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	0,9	-

	медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).		
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0
4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.	1,0	
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 не корректна (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	1,0	-

	оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;		
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	1,0	-
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 тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-
5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных 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 финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	1,0	-
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	-

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2017 года.

5.2. 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.

5.3. Изменение тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

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, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням оказания медицинской помощи с указанием уровня оплаты".
4. "Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням оказания медицинской помощи с указанием уровня оплаты".
5. "Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации".
6. "Перечень базовых тарифов для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях".
7. "Перечень клинико-статистических групп заболеваний стационарной медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости и управленческих".
8. "Базовые тарифы для оплаты законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистические группы заболеваний при оказании медицинской помощи в стационарных условиях".
9. "Тарифы законченных случаев высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по методам, входящим в базовую программу ОМС".
10. "Перечень клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости и управленческих".
11. "Базовые тарифы для оплаты законченных случаев лечения, входящих в клинико-статистические группы при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара".
12. "Тарифы на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации".

Подписи сторон:

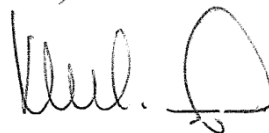
От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Заместитель Губернатора
Волгоградской области



З.О. МЕРЖОЕВА

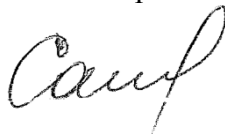
Председатель
комитета здравоохранения
Волгоградской области



В.В.ШКАРИН

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.ГРАЧЕВА

От страховых медицинских организаций:

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



В.В.ГЛАЗОВ

От медицинских организаций:

Главный врач
ГУЗ «Клиническая больница №4»



Е.В. ЩЕРБИНИНА

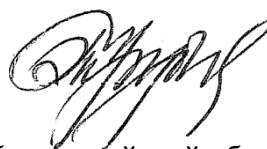
От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



И.В.ЕРОХИНА

Председатель комитета
Волгоградской городской Думы
по социальной политике, главный врач
ГУЗ «Клиническая больница № 11»,
член президиума Волгоградской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Н.В.ТРУБИНА

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

Главный врач
ФГБОУ ВПО "ВолгГМУ" Минздрава России
(Клиника N 1), член правления
Волгоградского регионального отделения
общероссийской общественной организации
"Российская медицинская ассоциация"



Е.Н.ЗЮБИНА

Заместитель начальника отдела –
врач-методист отдела мониторинга
программ здравоохранения и ведения баз
данных ГБУЗ «ВОМИАЦ»



С.В.СИМАКОВ