ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

об оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области

26 декабря 2025 года г. Ростов-на-Дону

Участники Тарифного соглашеиия — Правительство Ростовской области в лице заместителя Губернатора Ростовской области О.Б. Старжинской, министра здравоохранения Ростовской области Н.Б. Варданяна, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области в лице директора фонда М.О. Григорьева, страховые медицииские организации: в лице директора АСП ООО «Канитал МС» - Филиала в Ростовской областн Д.В. Альперовича, директора Ростовского филиала АО «МАКС-М» М.С. Барашова, директора ООО Медицинское страховое общество «Панацея» В.В. Эстрина, медицинские профессиональные некоммерческие организации, представляемые Ростовской областной общественной организацией «Врачебная налата» в лице председателя Ростовской областной общественной организации «Врачебная палата», главного врача государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Центральная райониая больиица» в Аксайском райоие И.В. Галеева, Ростовская областная организация нрофессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице нредседателя Д.И. Закусилова, на осиовании протокола от 26.12.2025 № 12 Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, образоваиной постановлением Правительства Ростовской области от 30.12.2011 № 332 в действующей редакции (в ред. от 23.12.2025 № 299), нришли к соглашению о нижеследующем.

1. Общие положения.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании части 2 статьи 30 Федерального Закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон №326-ФЗ) в действующей редакции, в соответствии с главами IX, XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, нриказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н (в ред. от 15.05.2025 № 279н) «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требоваиия) в целях обеспечеиия на территории Ростовской области гарантий бесплатного оказания застрахованным гражданам медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования и обеспечения устойчивости финансирования обязательного медицинского страхования.

1.2. Тарифное регулирование оплаты медицинской номощи, оказываемой за счет средств обязательного медицииского страхования на территории Ростовской области, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми и иными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхованиия, законодательством и постановлениями Правительства Ростовской области, нормативными документами Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области, иастоящим Тарифным соглашением, решениями Комиссии но разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление размеров и структуры тарифов иа онлату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области, порядка и условий их применеиия. Структура тарифов на оилату медицинской помощи включает в себя нормативные затраты медицинской организации соответственно части 7 статьи 35 Закона № 326-ФЗ.

1.4. Тарифы, порядок и условия их нрименения, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для расчетов с медицинскими организациями за помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории Ростовской области в рамках территориальной программы

обязательного медицинского страхования, а также для расчетов за медицинскую номощь, оказанную лицам, застраховаиным за пределами Ростовской области, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.5. Нормы и условия Тарифного соглашения распространяются на всех участников ОМС нри выполнении территориальной программы ОМС.

1.6. Для целей иастоящего Тарифного соглашения используются следующие основные термины и онределения:

Медицинская организация (далее - МО) - юридическое лицо любой организационио-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие право иа осуществление медицинской деятельности и включениые в реестр медициинских организаций, осуществляющих деятельность в сферс обязательного мсдицинского страхования в рамках территориальной нрограммы обязательного медициинского страхования.

Застрахованные лица - граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностраиные граждане, лица без гражданства (за исключением высоко-квалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осушествляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федеральиого закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении ииостранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах».

«Прикрепленные» граждане - застрахованные лица, принятые на медицинскос обслуживание в выбранную в установленном порядке медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, включенные в сформированные имеиные списки.

Медицинская номощь - комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комнлекс медицинских вмешательств, нанравлеиных на профилактику, диагностику и лечение заболеваиий, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значеиие.

Высокотехиологичная медицинская номощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение

новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Перечень методов ВМП, оплата которых осуществляется из средств ОМС, устанавливается Программой государственных гарантий беснлатиого оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Объем финансовых поступлений по ОМС - финансовые средства, полученные медицинской организацией за оказанную медицинскую номощь в рамках территориальной программы ОМС по соответствующим тарифам на основании заключенных со страховыми медицинскими организациями договоров на оказаиие и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

«Объемными» называются способы оплаты медицинской помощи, при которых объем финансовых средств, полученный медицииской организацисй, зависит от количества оказанных застрахованным лицам медицинских услуг и тарифов ОМС, согласованных в установленном порядке.

«Подушевыми» называются способы оплаты медицинской помощи, при которых объем финансовых средств, получснный медицинской организацией, зависит от численности и ноловозрастной структуры «прикрепленных» к медицинской организации граждан и размера «подушевого» тарифа ОМС.

«Подушевое» финансирование - способ оплаты медицинской номощи, оказываемой амбулаторно и вне медицинской организации (скорая медицинская помощь), при котором объем фииансовых поступлений зависит от численности населения, прикрепленного к медицинской оргаиизации.

Нормативные затраты медицинской организации - затраты, определяемые на основе нормативных и распорядительных документов федерального уровня (в том числе носящих рекомендательный характер), регламентирующих структуру медицинских организаций (подразделений), их штатную численность, использование материальных запасов (затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питаиия, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные занасы), полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского иазиачения

для оказания даниого вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и нрофилактического питания.

Трехуровневая системa оказания медицинской помощи - система оргаиизации медицинской номощи в целях обеснечения преемственности, достунности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской номощи, включающая в себя:

Первый уровень: медицинские организации, оказывающие населеиию в пределах муниципального образования (внутригородского округа): первичную медико-санитарную номощь; и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь; и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

Второй уровень: медицинскис организации, оказывающие, первичиую медико-санитарную и (или) снециализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населеиию иескольких муниципальных образований, а также специализироваиные больницы, больницы скорой медицинской помощи, цеитры, диспансеры;

Третий уровень: медицинские организации (структуриые подразделения), оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую номощь.

Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) в системе ОМС (далее - тарифы) являются денежными суммами, обеспечивающими возмешение расходов медицинских организаций по выполнению Программы ОМС в пределах согласованных объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеснечения медицинской помощи, предусмотренного бюджетом ТФОМС.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ростовской области.

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, установлены территориальной программой обязательиого медицинского страхования, утвержденной в составе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказаиия гражданам медицинской помощи в соответствии со статьей 36 Закона № 326-ФЗ.

Способы онлаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области,

являются едиными для всех медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам но обязательному медицннскому страхованию в Ростовской области:

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в условиях, не предуематривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому (на выезде) при вызове медицинского работника:

2.1.1. по подушевому пормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонанспой томографии, ультразвукового исследования еердечно-сосудистой системы, эндоекопических диагностических нсследований, молекулярпо-генетических исследований и патолого-апатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагпостики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и натолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмисеионной компьютерной томографии/однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещеннпой с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточпой ДНК плода по крови матери), вакцинацию для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профнлактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации н дяспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья женщин н мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая дяспансерное наблюдение работающих граждан (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с

применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и фннансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпупктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устапавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую номощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи;

Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющнх прикреплепное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели.

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (в том числе услугу диализа), посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по паправлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства нодушевого норматива фннансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерпой томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечпо-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярпо-гепетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);

вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, имеющих не менее 3 хронических пеинфекционных заболеваний 1 раз в 5 лет;

нрофилактических медицинеких осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивпого возраста но оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорнй граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное паблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

посещепий с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение;

дистанционного наблюдения за состояпием здоровья пациентов с артериальпой гипертензией и сахарным диабетом;

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том чнсле при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хропическими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, и школ для беремепных и но вопросам грудного вскармливания;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием медицинских организаций, имеющих прикреплепное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому нринципу) и медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, установлеи приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том чнсле оплаты по нодушевому норматнву финансирования, установлен приложением 2.1 к Тарифному еоглашению.

При оплате медицинской помощи по стоматологии применяется классификатор медицинских услуг но оказанию первичпой специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных

условиях, разработанный па основе «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страховапия» Министеретва здравоохранения РФ от 19.02.2024 № 31-2-200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страховаиня от 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778 , направленных письмом Минздрава РФ от 19.02.2024 № 31-2-200 (приложение 2.1.1 к Тарифному соглашению).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в условиях, обеспечнвающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе для медицинской реабилнтацни в спецнализировапных медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.2.1. За случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.2.2. За прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечення по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациепту е круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных нротивопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трех дней (включительно) со дпя госпитализации (пачала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояпий, приведенных в приложении №7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (далее – Программа государственпых гараптий), в том числе с оплатой за услугу диализа.

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам онлаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2024 № 31-2-200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778, направленных письмом Мипздрава РФ от 19.02.2024 № 31-2-200 и Примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), нри которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключепием высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях дневного стациоиара (приложение №4 к Программе государственпых гарантий государственных гарантий бесплатного оказапия гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медициискую помощь в условиях стациопара, установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара в Ростовской области, установлен приложением 2.2 к Тарифному соглашению.

Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень методов, подлежащих фиансировапию из средств обязательного медицинского страхования в 2026 году осуществляется по нормативам финапсовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, приведенным в приложении 3.2.4 к Тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и интенсивных методов диагностики и лечения, а также изоляции по эпидемиологическим показаниям), в том числе для медицинской реабилитации в специализированпых медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.3.1. За случай (закончепный случай) лечения заболевапия, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболевапий, группу высокотехнологичпой медицинской помощи);

2.3.2. За прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания леченнн по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновеиии абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, нреждевременной выпискн пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за нсключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваннй, состояний, приведенных в приложении № 7 к Программе государственных гарантий.

Клинико-статистические группы сформировапы в соответствии с «Методическими рекомендациями по снособам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2024 № 31-2-200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778, направленных письмом Минздрава РФ от 19.02.2024 № 31-2-200 и Примерным перечием заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях диевного стационара (приложение №4 к Программе государственных гарантий государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов).

Оплата медицинской помощи, оказываемой в диевиом стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения и в дневном стационаре, организованном в больничном учреждении в структуре круглосуточного стационара, осуществляется по единым принципам.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлеи приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в Ростовской области, установлен приложением 2.3 к 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 транснортном средстве при медицинской эвакуации):

2.4.1. По подушевому нормативу финансирования.

2.4.2. За единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской иомощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застраховаиным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказаниой в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицннских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающнх скорую медицинскую помощь вие медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организацнй (структурных подразделений медициинских организаций), оплата медициинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты скорой медициинской помощи устаиовлен приложением 2.4 к тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощн.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощн по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждснии Правил обязательного медицинского страхования».

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированио с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп медицинских

организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, отнесенных к тому или иному уровню (подуровню).

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в Ростовской области применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постаиовлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходоваиия субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданиых органам государственной власти субъектов Российской Федерацин полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицииского страхования».

3.2. Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются на основании ставок затрат (приложение 3.1.4 к Тарифному соглашению), коэффициентов уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (приложение 3.1.5 к Тарифному соглашению). Тарифы на различные виды диагностических, в том числе лабораториых исследований, устанавливаются на основе номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (приложение 3.1.7 к Тарифному соглашению).

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях устанавливаются:

- единые значения половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения (приложение 2.1);

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 2.1);

- перечень видов медицинской помощи финансовое обеспечение которых осуществляется вие подушевого норматива финансирования (приложение 2.1);

- средний размер финансового обеспечения на одно застрахованное лицо составляет 8 515,39 рубля (в том числе прн посещепии с профилактическими и иными целями – 3 336,36 руб., при посещении с неотложной целью – 537,99 руб., при обращении – 2 734,61 руб., при проведении отдельиых диагностических (лабораторных) исследований –

629,29 руб., при проведении школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и для грудного вскармливания - 202,24 руб., в том числе школ сахарного диабета – 7,96 руб., при диспансерном наблюдеиии – 857,81 руб., при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов – 20,03 руб. при носещении цеитров здоровья – 55,13 руб., при вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций – 50,89 руб., при обращении по профилю «Медицинская реабилитация» - 91,04 руб.);

- размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечием расходов на медицинскую помощь, фиинансовое обеспечеиие которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (приложение 3.1.2);

- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования (приведены в приложении 3.1.1) для медициискиx организаций, учитывающие:

- коэффициенты дифференциации с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- коэффициенты половозрастного состава обслуживаемого населения, в том числе оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации;

- коэффициент достижения целевых показателей уровия заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ростовской области.

3.4. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, тарифным соглашением устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими оргаиизациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и фиинаисовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 9 312,32 руб. (в том числе при

оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 308,18 руб.);

- перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики, и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев (приложение 3.2.1 к Тарифному соглашению);

- размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка), включеиного в КСГ (приложеиие 2.2 к Тарифному соглашению);

- перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием уровня (подуровня) МО (приложение 3.2.2 к Тарифному соглашению);

- перечень медицинских организаций, оказывающих медициискую помощь в условиях стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровия заработиой платы медицинских работииков, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения (приложение 3.2.2.1 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение 3.2.3 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

- порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточиый стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапин, по объективным прнчинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, ие купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трёх дней (включительно) со дня

госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий (приложение 2.2 к Тарифпому соглашеиию);

- тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехпологичной медицинской помощи (приложеиие 3.2.4 к Тарифному соглашению);

- тарифы на оплату услуг диализа (приложение 3.2.5 к Тарифному соглашению).

- доли заработиой платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню отдельных групп заболеваний (приложепие 3.2.8 к Тарифному соглашению).

- перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровпя (подуровия) медицинской оргапизации (приложепие 2.2 к Тарифному соглашению);

- перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительпо (приложение 2.2 к Тарифному соглашеиию);

- перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или

- тромболитическую терапию (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

3.5. В части оплаты медицииской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечення стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медициискими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определепный на осиове нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицииской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 2221,48 руб. (в том числе при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 84,05 руб.);

- перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики, и коэффициептов, применяемых для оплаты прерванных случаев (приложение 3.3.1 к Тарифиому соглашению);

- размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка), включенного в КСГ (приложение 2.3 к Тарифному соглашению);

- перечень медицииских организаций, оказывающих медициискую помощь в условиях дневного стациопара с указанием уровия (подуровня) МО (приложение 3.3.2 к Тарифному соглашению);

- перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранеиия (нриложение 3.3.2.1 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты уровня (подуровия) медицинских оргаиизаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стациоиара (приложение 3.3.3 к Тарифному соглашению);

- порядок оплаты прерваипых случаев оказаиия медицинской помощи в случаях прерывания лечеиия по медицинским показаниям, перевода пациента из одпого отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стациопара иа дневной стационар и с дневного стациопара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведеиием лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возпикновепии абсолютных противопоказаний к продолжению леченпя, не купируемых при проведении симптоматического лечепия, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки нациента до истечеиия трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключепием случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственых гарантий (приложение 2.3 к Тарифному соглашению);

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню отдельпых групп заболеваний (приложение 3.2.8 к Тарифному соглашению).

- перечепь КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (приложение 2.3 к Тарифпому соглашению);

- перечеиь КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительпо (приложепие 2.3 к Тарифиому соглашепию);

- перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (приложеиие 2.3 к Тарифному соглашению)

3.6. В части оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицииской организации, устанавливаются:

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансироваиия (приложение 2,4);

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (приложение 2,4);

- единые значения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого порматива финансирования скорой помощи приведены в приложении 2.4;

- средний размер финансового обеспечеиия медицинской помощи, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой впе медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный иа основе нормативов объемов медицииской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицииского страхования – 1267,72 руб.;

- размер базового подушевого норматива финансировапия, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказаиной вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 3.4);

- значения дифференцировапных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающих:

коэффициенты половозрастного состава;

коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности,

климатических и географических особениостей, размер медицинской организации) (приложение 3.4);

коэффициенты достижепия целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установлениых «дорожными картами» развития здравоохранеиия в Ростовской области;

- перечепь медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, с указанием дифференцированного подушевого норматива финапсированнн приведены в приложении 3.4.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Ростовской области на 2026 год включает в себя в себя расходы на заработную плату, начислеиия на оплату труда, ирочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питапия, мягкого инвентаря, медицииского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторпых и инструментальных исследований, проводимых в других организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационпых систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарствеипых препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату, в том числе за пользовапие имуществом, финансовую арепду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, устаповленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение осиовных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за едииицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.8. Согласно части 6 статьи 39 Закона, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оилату медицинской иомощи по обязательпому медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам, установленным настоящим Соглашением, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установлеиным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

3.9. Предоставление (передача) реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, их обработка и принятие к оплате осуществляются преимущественпо в электронном виде с использованием средств криптографической защиты иифорлации с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональпых данных, общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, установленных приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79.

Регламент ипформациониого взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказываемую застрахованным лицам на территории Ростовской области, утверждается территориальным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с министерством здравоохранения Ростовской области, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными иекоммерческими оргапизациями, профессиональными союзами медицинских работников, представленными в составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4. Размер неоплаты илн ненолной оплаты затрат на оказание медицнпской помощн, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание меднцинской иомощи пенадлежащего качества.

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

застрахованным лицам на территории Ростовской области осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

Организационное взаимодействие участников обязательного медицинского страхования при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ростовской области осуществляется согласно регламенту, утверждаемому территориальным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с министерством здравоохранения Ростовской области, страховыми медицннскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников, представленными в составе комиссни по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

4.2. При осуществлении ОМС в Ростовской области обеспечивается взаимодействие систем ведомственного и вневедомственного контроля медицинской помощи, направлениое на обеспечение взаимного информирования об их результатах. Результаты ведомственного контроля в форме сводных аналитических материалов (в частности, сведения органов управления здравоохранением, надзорных органов, уполномоченных (главных) специалистов министерства здравоохранення области о дефектах оказания медицинской номощи в подведомственных (ноднадзорных) МО, могут нередаваться СМО и являться основанием для проведения экспертных мероприятий и применения к нарушителям мер экономического воздействия. Результаты контроля, проводимого СМО и ТФОМС, передаваемые в МО в форме заключений, могут служить основанием для принятия управленческих решений по повышению качества и рациональности оказания медицннской помощи. В компетенцню ТФОМС Ростовской области входит информирование органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и

органов местного самоуправления о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС».

4.3. При выявлении нарушений договорных обязательств медицинской организации в отношении объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Закона, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, к медицинской организации применяются меры, предусмотренные статьей 41 Закона и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинекому страхованию, в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа медицинской организацией.

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов, устанавливаются приложением 4 к Тарифному соглашению в соответствии с пунктами 209-212 главы VIII, приложением №8 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н.

5. Заключительные положеиия

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2026 года и действует до 31 декабря 2026 года. Окончание срока действия Тарифного соглашения не влечет прекращения неисполненных обязательств по настоящему Тарифному соглашению.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страховання в Ростовской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 настоящего Тарифного соглашения, для медицинскнх организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оеуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством РФ, высшнм исполнительным органом государственной власти Ростовской области решений, приводящнх к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополиительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.4. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение 1 «Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области, в разрезе условий оказания медицннской помощи и применяемых способов оплаты».

Приложение 2.1 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях».

Приложение 2.1.1 «Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи».

Приложение 2.2 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара».

Приложение 2.3 «Порядок оплаты медицииской помощи, оказываемой в условиях дпевного стационара».

Приложение 2.4 «Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации».

Приложение 3.1 «Значения тарифов на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диснансеризации отдельных категорий граждан и профнлактическим медицинским осмотрам».

Приложение 3.1.1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу) с указанием значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования».

Приложение 3.1.2 «Подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу)».

Приложение 3.1.3 «Количество и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов на 2026 год».

Нриложение 3.1.4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма её оказания, для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».

Приложение 3.1.5 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием уровня (подуровня) медицинских организаций».

Приложение 3.1.6 «Перечень МО, оказывающих параклинические медицинских услуги, по направлению других медицинских организаций системы ОМС».

Приложение 3.1.7. «Тарифы на диагностические, в том числе лабораторные, исследования, выполняемые по направлениям медицинских организаций системы ОМС Ростовской области».

Приложение 3.1.8. «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения).

Приложение 3.1.9. «Порядок осуществления и размер вынлат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации».

Приложение 3.2.1 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев в условиях стационара».

Приложение 3.2.2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием уровня (нодуровня) МО».

Приложение 3.2.2.1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения

Приложение 3.2.3 «Коэффициенты уровня (подуровня) меднцинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

Приложение 3.2.4 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицииской помощи».

Приложение 3.2.5 «Тарифы на оплату услуг диализа с учетом коэффициента дифференциации».

Приложенне 3.2.6 «Перечень сочетанных хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации».

Нриложеиие 3.2.7 «Перечень однотипных операций, проводимых одновременно на парных органах с применением КСЛП».

Приложение 3.2.8 «Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню отдельных групп заболеваний».

Приложение 3.3.1 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициеитов, применяемых для оплаты прерванных случаев в условиях дневного стационара».

Приложение 3.3.2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием уровня (подуровня) МО».

Приложение 3.3.2.1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения

Приложение 3.3.3 «Коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара».

Приложение 3.4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, с указанием стоимости месячного обслуживания одного застрахованного, проживающего на территорни ответственности соответствующей медицинской организации (подразделения) скорой медицинской помощи (дифференцированные подушевые нормативы фннансирования, учитывающего установленные коэффициенты половозрастного состава, уровня расходов и достижения целевых показателей уровня заработной платы.

Приложение 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».

Заместитель Губернатора
Ростовской области

О.Б. Старжинская

Министр здравоохранення
Ростовской области

Н.Б. Варданян

Директор
Территориального
фонда обязательного
медицинского
страхованпя
Ростовской области

М.О. Григорьев

Председатель
Ростовской областной
Общественной
Организации
«Врачебная палата»

И.В. Галеев

Председатель
Ростовской областной
Организации
профсоюза работников
здравоохранения

Д.И. Закусилов

Директор АСП ООО
«Капитал МС» -
Филиала в Ростовской
области

Д.В. Альперович

Директор
ООО МСО
«Панацея»

В.В. Эстрин

Директор
Ростовского филиала
АО «МАКС-М»

М.С. Барашов