

Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Смоленской области на 2020 год

г. Смоленск

«26» декабря 2019 г.

Департамент Смоленской области по здравоохранению в лице начальника Войтовой Елены Николаевны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области в лице директора Волынец Ларисы Исаковны,

Страховая медицинская организация в лице начальника отдела экспертизы качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных лиц общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» в Смоленской области Минченковой Марины Владимировны,

Смоленская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Ануфриенковой Валентины Ивановны,

Смоленская региональная общественная организация «Врачебная палата» в лице председателя Аксеновой Натальи Леонидовны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Настоящее Тарифное соглашение разработано на основании:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Постановления Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

- Постановления Администрации Смоленской области «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 № 17033/26-2/и (далее - Методические рекомендации).

• Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

• Федерального закона от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление:

- способов и порядка оплаты медицинской помощи, применяемых на территории Смоленской области;
- размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- размеров 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.

1.3. Понятия и термины:

1. Основные понятия и термины

Тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС – денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинским организациям за оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

Случай госпитализации– случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Оплата медицинской помощи за услугу– составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, с последующей записью (постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение и другие записи на основании наблюдения за пациентом) в медицинской карте амбулаторного больного и оформлением талона амбулаторного пациента.

Посещение врача в приемном отделении стационара для оказания неотложной помощи, в случае самостоятельного (без направления врача)

обращения больного – осмотр пациента врачом (врачами), фельдшером без последующей госпитализации.

Оказание неотложной помощи в приемном отделении стационара без динамического наблюдения – осмотр пациента врачом (врачами), обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования и при необходимости медикаментозной терапии без последующей госпитализации.

Оказание неотложной помощи в приемном отделении стационара с динамическим врачебным наблюдением – осмотр пациента с врачом (врачами), обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования и медикаментозной терапии, наблюдение за состоянием здоровья пациентов от 4 до 24 часов без последующей госпитализации в круглосуточный стационар.

Законченный случай лечения в амбулаторных условиях (обращение по поводу заболевания) – объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

В законченном случае лечения в амбулаторных условиях (обращение по поводу заболевания) кратность посещений по поводу одного заболевания не менее двух.

Посещения с профилактической целью – посещения по поводу профилактических медицинских осмотров, комплексное посещение (диспансеризация определенных групп населения 1 этап), посещения 2 этап диспансеризации, патронаж, посещения в связи с другими обстоятельствами (в том числе наблюдение по поводу течения не осложненной беременности).

Посещения с иными целями – посещения по диспансерному наблюдению, в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов), медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, консультативные посещения, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме – контакт пациента с фельдшером, врачом, проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований, проведение медикаментозной терапии в день обращения за медицинской помощью.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – ежемесячная сумма финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, на медицинское обслуживание для получения первичной медико-санитарной помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи.

«Прикрепленные» застрахованные граждане («прикрепленное» застрахованное население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в Смоленской области и прикрепленные к медицинской организации на обслуживание в соответствии с Порядком прикрепления граждан к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную или скорую медицинскую помощь на территории Смоленской области.

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратноемкости – установленный Методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или

клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Коэффициент дифференциации – установленный на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

Поправочные коэффициенты: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Вызов скорой медицинской помощи - незамедлительный выезд и прибытие медицинского(их) работника(ов) к пациенту на место вызова (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), установление предварительного диагноза, проведение мероприятий, направленных на стабилизацию или улучшение состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в медицинскую организацию.

Комплексная услуга при оказании медицинской помощи в Центре здоровья - проведение врачом комплексного обследования с последующей

записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни и оформлением талона амбулаторного пациента.

Посетить центр здоровья с целью проведения комплексного обследования пациенту допускается 1 раз в отчетном году, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Высокотехнологичная медицинская помощь - часть специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара в рамках которого осуществляется ведение одной истории болезни, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов, условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

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

Телемедицинские технологии – лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий («медицина на расстоянии»).

II. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Способы оплаты медицинской помощи установлены в соответствии со статьей 35 Федерального закона 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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, посещение, 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);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

2.2.2. Перечень медицинских организаций, структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1. Перечень медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу представлен в Приложении 2.

2. Перечень медицинских организаций Смоленской области, не имеющих прикрепившихся лиц представлен в Приложении 3.

2.2.3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинским организациям, имеющими прикрепленное население.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включается финансовое обеспечение:

- комплекс мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- комплекс мероприятий по проведению всех видов диспансеризации определенных групп населения, оплата, которых осуществляется за комплексное посещение диспансеризации 1 этапа и диспансеризации 2-го этапа за посещение с профилактической целью к соответствующим специалистам;

- медицинская помощь, оказываемая в центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;

- оказание отдельных медицинских услуг;

- посещения при обследовании на мобильном лечебно-профилактическом модуле;

- оказание стоматологической медицинской помощи в медицинских организациях, являющихся юридическими лицами;
- отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии заболеваний;
- фельдшерско-акушерских пунктов;
- консультативного приема, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

За отдельную стоматологическую услугу (УЕТ) (перечень стоматологических услуг представлен в Приложении 1 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»).

За отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии заболеваний. Приложение 2.11.

За посещение в связи с оказанием неотложной помощи, в том числе в приемных отделениях стационара.

За посещение с иной целью (лечебно-диагностической, консультативной и др.).

За обращение (законченный случай) по поводу одного заболевания.

2.2.4. За комплексное посещение (законченный случай) оплачиваются:

- первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью;
- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения.

Оплата 2-го этапа диспансеризации - осуществляется за посещение с профилактической целью к соответствующим специалистам.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

2.2.5. Оплата за медицинскую помощь, оказанную в Центрах здоровья, осуществляется за посещение (комплексный медицинский осмотр) по утвержденным тарифам, приведенным в Приложении 2.8.

Оплата повторного посещения в Центр здоровья для динамического наблюдения осуществляется по тарифу посещения с профилактической целью.

2.2.6. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи по поводу заболевания осуществляется за обращение (законченный случай) по утвержденным тарифам, приведенным в Приложении 2.7.

2.2.7. Посещение с иной целью (лечебно-диагностической, консультативной и др.) оплачивается по утвержденному тарифу, за 1 посещение по соответствующему профилю медицинской помощи, но не более одного посещения в месяц к одному специалисту с одним диагнозом по одному профилю, за консультацию с использованием телемедицинских технологий. Приложение 2.7.

2.2.8. Оплата неотложной медицинской помощи, в том числе разовые посещения в травматологических пунктах, осуществляется за посещение.

2.2.9. Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется по нормативу, установленному Методическими рекомендациями.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) установлены следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистическую группу 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.

2.3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата которых осуществляется по КСГ, представлен в Приложении 4.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым оплату медицинской помощи необходимо осуществлять в полном объеме, при длительности лечения 3 дня и менее, представлен в Приложении 4.3.

В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, прерванный случай оказания медицинской помощи оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении 4.2.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, прерванный случай оказания медицинской помощи оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях осуществляется:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

- в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией осуществляется исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда

хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Оплата по двум КСГ в рамках одного случая осуществляется при переводе пациента в пределах стационара из одного отделения в другое в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи целесообразно оплачивать по двум КСГ.

Оплата одного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим кодам МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

– проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

– случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

– этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому указанному случаю страховыми медицинскими организациями должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

В случае оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров пациентам, не нуждающимся в госпитализации, оплата производится за посещение.

Застрахованные лица, находящиеся на стационарном круглосуточном лечении и требующие дополнительных исследований, при необходимости могут транспортироваться медицинской организацией на консультации в другие медицинские организации. В этом случае оказанные консультативные медицинские услуги не предъявляются к оплате в страховые медицинские организации. Оплата осуществляется на договорной основе между медицинскими организациями.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара за услугу диализа осуществляется только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

2.3.4. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту осуществляется следующим образом.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения

диагностического исследования.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.3.5. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата в которых осуществляется по КСГ представлен в Приложении 3.

2.4.2. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистическую группу 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.

Законченный случай включает все дни лечения, в том числе праздничные и выходные дни, от даты поступления в дневной стационар до даты выписки.

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар, дата выписки может соответствовать дате поступления.

В период лечения в дневном стационаре (всех типов) застрахованный имеет право на получение амбулаторно-поликлинической помощи не по основному заболеванию с оплатой из средств обязательного медицинского страхования.

2.4.3. Учитывая особенности оказания, пожизненный характер заместительной почечной терапии, включающей различные методы, для оплаты указанных услуг, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

При проведении заместительной почечной терапии за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

Стоимость законченного случая включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.).

Законченным случаем лечения в дневном стационаре с проведением перитонеального диализа считается комплекс услуг, оказанных одному пациенту в течение одного месяца. Стоимость услуги перитонеального диализа устанавливается за день обмена.

2.4.4. Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации, в том числе при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном

исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения, представлен в Приложении 3.2.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ в условиях дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении 3.1.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях осуществляется:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;
- в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией осуществляется исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.4.5. Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО производится в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий с выделением следующих этапов:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

При проведении в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 применяется КСЛП в размере 0,6.

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

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 с применением КСЛП в размере 0,19.

Стоимость случая по КСГ ds02.005 определяется с учетом КСЛП.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения утвержден Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов и соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, представляя собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

2.5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в Приложении 5.

2.5.2. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, производится по дифференцированным подушевым нормативам финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

2.5.3. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- специализированной экстренной и планово-консультативной помощи;

- специализированной с участием анестезиолого-реанимационной бригады анестезиолого-реанимационного отделения;
- специализированной с участием выездной анестезиолого-реанимационной (неонатальной) бригады.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии п.7 ст.35 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 №108н и включает следующие виды расходов: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (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, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Средства, полученные медицинской организацией за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Смоленской области, используются на все виды расходов, включенные в состав тарифа.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением, в том числе:

- на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в Территориальную программу ОМС;
- на возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией медицинской организации;

- на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС.

3.2. Размер тарифов установлен в соответствии с Методическими рекомендациями, в пределах объема финансовых средств на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденных областным законом о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области на текущий год и может корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

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

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 4 260,10;

3.3.2. Размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в год составляет 2 061,12 руб.

3.3.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях: медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), консультация, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, утверждены в Приложениях 1.1; 2.7; 2.8.

Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в Приложениях 9; 9.1; 10; 10.1; 10.2. Размер средней стоимости обращения по заболеванию 1 121,83 руб., посещения по неотложной медицинской помощи 628,06 руб., посещения с профилактической целью 248,90 руб., стоматологическое обращение 928,56 руб.

3.3.4. Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи приведены в Приложении 2.5.

Относительные и поправочные коэффициенты стоимости посещения и обращения по поликлинике приведены в Приложении 2.4.

3.3.5. Перечень медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи, оказывающих медицинскую амбулаторно-поликлиническую помощь, коэффициент уровня/подуровня утвержден Приложением 2.1.

3.3.6. Коэффициенты дифференциации и размер подушевых нормативов, применяемые при финансировании амбулаторно-поликлинической помощи приведены в Приложении 2.6.

Коэффициент дифференциации подушевого норматива, может пересчитываться не более одного раза на квартал.

3.3.7. Тарифы на исследования приведены в Приложении 2.11.

3.3.8. Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг для осуществления межучрежденческих взаиморасчетов приведены в Приложении 2.13.

3.3.9. Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Приложение 2.12.

3.3.10. Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов составляет :

обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 957,2 тыс. рублей

обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 516,4 тыс. рублей,

обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 702,8 тыс. рублей.

В случае, если фельдшерско-акушерские пункты не соответствуют требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, к размеру финансового обеспечения применяется понижающий поправочный коэффициент.

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов, размер поправочных коэффициентов и объем финансового обеспечения в разрезе медицинских учреждений утвержден Приложением 2.2.

3.3.11. Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи и оплате скорой медицинской помощи,

оказанной вне медицинской организации – по подушевому нормативу финансирования в сочетании за вызов утвержден Приложением 12.

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

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 5 391,81 руб.

3.4.2. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратно-емкости утвержден в Приложении 4.6;

3.4.3 Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ составляет 22 618,62 руб.;

Стоимость законченного случая лечения по КСГ определяется по формуле:

$$\text{Ссл} = \text{БС} \times \text{КЗ} \times \text{ПК}, \text{ где}$$

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КЗ_{КСГ/КПГ} – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях по КСГ, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов утверждены Приложением 4.8.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи утверждены Приложением 4.9.

3.4.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (КУС) приведены в Приложении 4.1;

Управленческие коэффициенты оказания стационарной медицинской

помощи (УК) приведены в Приложении 4.6;

Средний поправочный коэффициент оплаты в условиях стационарной медицинской помощи приведен в Приложении 11;

Коэффициент сложности лечения пациента приведен в Приложении 7.1, порядок применения КСЛП – в Приложении 7.

Перечень КСГ, к которым не применяются поправочные коэффициенты (КУС и УК) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара определены Приложениями 4.4; 4.5; 4.7.

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

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 1 282,83 руб.

3.5.2. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратноемкости приведен в Приложении 3.3.

3.5.3. Размер средней стоимости законченного случая КСГ в условиях дневного стационара составляет 12 274,73 руб.;

Тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в условиях дневного стационара приведены в Приложении 3.4.

3.5.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

Управленческие коэффициенты оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в Приложении 3.3.;

Средний поправочный коэффициент оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара приведен в Приложении 11.

Коэффициент уровня в условиях дневного стационара равен 1.

3.5.5. Базовые тарифы на оплату гемодиализа и перитониального диализа, коэффициенты относительной затратноемкости и стоимость услуг диализа утверждены Приложением 3.5.

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

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов

объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 685,66 руб.

3.6.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в год на 1 застрахованное лицо составляет 664,75 руб.

3.6.3. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

Размер средней стоимости одного вызова составляет 2 318,91 руб.

3.6.4. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов утверждены в Приложении 5.1.

3.6.5. Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в Приложении 5.3.

3.6.6. Коэффициенты дифференциации и размер подушевых нормативов, применяемых при финансировании скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации приведены в Приложении 5.2.

3.6.7. Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи и оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – по подушевому нормативу финансирования в сочетании за вызов утвержден Приложением 12.

3.7. Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) приведен в Приложении 1.

3.8. Перечень медицинских организаций с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, коэффициент дифференциации приведен в приложении 2.3.

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организации штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Перечень и размер неоплаты или неполной оплаты медицинскими организациями штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества утвержден Приложением 13.

V. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение действует на территории Смоленской области с 01.01.2020 года по 31.12.2020 года.

5.2. Внесение изменений и дополнений к Тарифному соглашению осуществляется решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС Смоленской области.

5.3. Все приложения к настоящему соглашению являются его неотъемлемой частью.

Начальник Департамента Смоленской области
по здравоохранению


Войтова Е.Н.

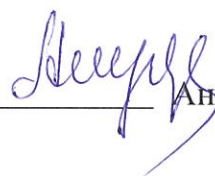
Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Смоленской области


Волынец Л.И.

Начальник отдела экспертизы качества
медицинской помощи и защиты прав
застрахованных лиц филиала
Общества с ограниченной ответственностью
«Капитал МС» в Смоленской области


Минченкова М.В.

Председатель
Смоленской областной организации
Профессионального союза
работников здравоохранения РФ


Ануфриенкова В.И.

Заместитель главного врача по общим
вопросам федерального государственного
бюджетного учреждения "Федеральный
центр травматологии, ортопедии и
эндопротезирования", председатель
Смоленской региональной общественной
организации "Врачебная палата"


Аксенова Н.Л.