

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования населения

Самарской области

"21" сентября 2016 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице заместителя председателя Правительства Самарской области - министра здравоохранения Самарской области Гридасова Г.Н., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Мокшина В.Н., действующего на основании Положения, Ассоциация медицинских страховых компаний Самарской области в лице президента Козлова О.В., действующего на основании Устава, Самарская областная Ассоциация врачей в лице президента Измалкова С.Н., действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Климентовой Л.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем Стороны, руководствуясь приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС) от 18 ноября 2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" с изменениями (приказ ФФОМС от 14.04.2015 № 64) и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Предметом настоящего Соглашения являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС

способами оплаты медицинской помощи в зависимости от условий оказания медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи на 2016 год.

1.3. Основными целями Соглашения являются:

предоставление жителям Самарской области равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС населения Самарской области;

приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций (далее - СМО) на оказание медицинской помощи застрахованным лицам и объемно-финансовых нормативов ТП ОМС;

обеспечение соответствия плановых доходов и расходов медицинских организаций объемам предоставления медицинской помощи, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

приведение тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС в соответствии с нормативами ТП ОМС.

## **2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

при оплате долечивания в условиях санатория – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, за единицу объема медицинской помощи принимаются:

при оказании медицинской помощи (кроме стоматологической) в амбулаторных условиях – посещение, обращение;

при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – посещение и УЕТ (условная единица трудоемкости);

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах – случай госпитализации;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – случай лечения;

при оказании отдельной медицинской услуги - услуга;

при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – случай лечения;

при долечивании в условиях санатория – случай госпитализации.

2.3. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации ТП ОМС сформирована трехуровневая система организации медицинской помощи. Установлено распределение МО по следующим уровням:

первый уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи,

а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

второй уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в МО, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

третий уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в МО.

Перечень МО (структурных подразделений МО) по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях представлен в Приложении 2.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, представлен в Приложении 9.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении 10.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), представлен в Приложении 11.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), представлен в Приложении 12.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за вызов и по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, представлен в Приложении 13.

Перечень МО, осуществляющих долечивание в условиях санатория по уровням оказания медицинской помощи, оплата в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), представлен в Приложении 14.

### **3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для групп МО и (или) структурных подразделений МО с учетом объективных критериев в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" и приказом ФФОМС от 18 ноября 2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

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

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 3 068,65 рублей;

коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества МО определен в Приложении 3;

размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, представлен в Приложении 5;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива утверждаются ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, приказом ТФОМС Самарской области по форме, представленной в Приложении 6.

В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 3 913,17 рублей;

перечень групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратоемкости, размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (клинико-статистические группы) представлены в Приложении 17;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи определены в Приложении 4;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 17;

коэффициент сложности лечения пациента определен "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 18.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи устанавливаются в Приложении 1 Тарифного соглашения в соответствии с Приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением

Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащему в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленные Разделом 1 и включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования и соответствуют нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

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

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 682,38 рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, представлен в Приложении 1;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициент уровня оказания медицинской помощи определен в Приложении 3;

управленческий коэффициент равен 1,0;

коэффициент сложности лечения пациента равен 1,0.

В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 517,78 рублей;

размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлен в Приложении 7;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования утверждаются ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, приказом ТФОМС Самарской области по форме, представленной в Приложении 8.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказание медицинской помощи на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включают расходы непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи в системе ОМС и расходы на обеспечение деятельности МО.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с ТП ОМС Самарской области и включает 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 МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи, 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.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному ме-



дицинскому страхованию в части расходов на заработную плату включает финансовое обеспечение на денежные выплаты стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне МО;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне МО;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, а также доплаты водителям и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за участие в оказании медицинской помощи;

врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне МО;

медицинским работникам за оказанную медицинскую помощь в условиях стационара.

За счет средств ОМС осуществляются денежные выплаты стимулирующего характера (надбавки) работникам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи: врачу - 5 000 рублей в месяц, фельдшеру - 3 500 рублей в месяц, медицинской сестре - 2 500 рублей в месяц.

При оказании медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ТП ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотрены лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинские изделия, которые предусмотрены стандартами медицинской по-

мощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

3.4. При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 года № 65н с изменениями внесенными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 08.06.2015 года № 90н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 года № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.1994 года № 359.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются за счет средств субвенции ФФОМС, в том числе включают расходы на обеспечение деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС и не используют для иных целей, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней или других источников, а также за счет предпринимательской деятельности.

Оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной лицам, застрахованным на территории Самарской области и за ее пределами, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в Приложении 1 и Приложении 17 Тарифного соглашения с применением установленных коэффициентов:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с применением коэффициентов дифференциации по уровню расходов на содержание имущества МО определенного в Приложении 3;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров с применением коэффициентов уровня оказания медицинской помо-

щи Приложение 3, управленческого коэффициента равного 1,0 и коэффициента сложности лечения пациента равного 1,0;

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с применением коэффициентов уровня оказания стационарной медицинской помощи Приложение 4, управленческого коэффициента Приложение 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 18.

Правила отнесения законченного случая лечения к соответствующей клинико-статистической группе определены в Приложении 19.

3.6. Решение о направлении поступившего объема финансовых средств на ту или иную предметную статью классификации операций сектора государственного управления, относящуюся к расходам бюджета, принимается руководителем МО с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных, отсутствия кредиторской задолженности. МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.7. Финансирование расходов на долечивание работающих граждан, проживающих в Самарской области, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения осуществляется в пределах межбюджетных трансфертов, предоставленных на эти цели из областного бюджета бюджету ТФОМС Самарской области.

3.8. Для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области "Самарская городская больница № 5" (далее – СГБ № 5) и инфекционных отделений больниц: Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области "Тольяттинская городская клиническая больница №5" (далее – ТГКБ № 5), Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области "Сызранская городская больница № 1" (далее – СГБ № 1), Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области "Жигулевская центральная городская больница" (далее ЖЦГБ) в Приложении 17 устанавливаются тарифы, включающие расходы по статьям и подстатьям классификации операций сектора государственного

управления, кроме оплаты труда и начислений на выплаты по оплате труда.

Финансовые средства в рамках дополнительного тарифа на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда на 2016 год для СГБ № 5 и инфекционных отделений ТГКБ № 5, СГБ № 1 и ЖЦГБ утверждаются решением Комиссии и ежемесячно определяются в соответствии с Приложением 18 и направляются СМО в указанные МО по дополнительному тарифу к тарифам.

Оплата лечения застрахованных лиц, полис которым выдан за пределами Самарской области, в СГБ № 5 и инфекционных отделениях ТГКБ № 5, СГБ № 1 и ЖЦГБ осуществляется в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, определенного в Приложении 17 Соглашения, с применением коэффициентов уровня оказания стационарной медицинской помощи Приложение 4, управленческого коэффициента Приложение 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 18.

3.9. Расходование средств обязательного медицинского страхования, не соответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе направление средств ОМС на:

возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также для возмещения расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой предусмотрено из других источников;

возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией МО;

возмещение расходов, не включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС;

цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и МО;

необоснованное получение МО средств обязательного медицинского страхования;

оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении фактов нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования, МО обязана возвратить эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.10. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в МО, работающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.11. Изменение и индексация тарифов осуществляется путем внесения изменений в настоящее Соглашение.

#### **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.**

4.1. ТФОМС Самарской области и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ТФОМС Самарской области), в соответствии с "Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области", представленными в Приложениях 15,16.

4.2. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

4.3. Отдельные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяются Приложением 18 "Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС".

## 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ


5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2016 года и действует до принятия нового Соглашения.

5.2. По взаимному согласию Сторон или в соответствии с законодательством Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью.

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

5.4. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством.

Заместитель председателя Правительства  
Самарской области – министр здравоохранения  
Самарской области

  
Г.Н. Гридасов

Директор ТФОМС  
Самарской области

  
В.Н. Мокшин

Президент Ассоциации медицинских  
страховых компаний Самарской области

  
О.В. Козлов

Президент Самарской областной  
Ассоциации врачей

  
С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

  
Л.А. Климентова