

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2026 ГОД

29.12.2025

г. Н.Новгород

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее – Министерство) в лице министра здравоохранения Нижегородской области Михайловой Галины Васильевны, заместителя министра здравоохранения Нижегородской области Коваленко Татьяны Николаевны и начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Егоровой Татьяны Владимировны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – ТФОМС Нижегородской области) в лице заместителя директора по организационно-правовым, кадровым и общим вопросам Гераськиной Марии Юрьевны, заместителя директора по организации обязательного медицинского страхования Переслегиной Ирины Александровны и начальника управления планирования территориальной программы обязательного медицинского страхования и экономического анализа Шумаевой Оксаны Вячеславовны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области, в лице директора Нижегородского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Емелина Александра Александровича, директора административного структурного подразделения общества с ограниченной ответственностью «Капитал МС» - Филиала в Нижегородской области Платоновой Татьяны Владимировны и заместителя директора административного обособленного структурного подразделения общества с ограниченной ответственностью «СК «Ингосстрах-М» - филиал в г. Нижний Новгород Хомовой Светланы Валерьевны,

Нижегородская областная региональная общественная организация «Врачебная палата Нижегородской области» в лице исполняющего обязанности председателя Родина Николая Владимировича,

Общероссийская общественная организация «Российское общество акушеров-гинекологов» в лице представителя Мануйленко Ольги Владимировны,

Ассоциация нижегородских частных медицинских центров в лице председателя правления Душкина Алексея Вадимовича,

Нижегородская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Приказнова Василия Николаевича, заместителя председателя Савельевой Любови Павловны и члена областного комитета Ястребова Павла Викторовича,

именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с Федеральным законом

от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), Правилами обязательного медицинского страхования (далее – Правила ОМС), Положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), утвержденными уполномоченным Правительством Российской Федерации органом исполнительной власти, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также её финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) в соответствии с пунктом 9¹ части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (далее – Программа), Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов (далее – Территориальная программа ОМС), приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования), заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) и порядок их применения на территории Нижегородской области.

2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, возникающие при реализации Территориальной программы ОМС на 2026 год. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, установлен Территориальной программой ОМС.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС) применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Нижегородской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Нижегородской области в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями, заключившими договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы ОМС, осуществляется ТФОМС Нижегородской области в соответствии с действующим законодательством.

5. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка использования средств ОМС в медицинских организациях.

6. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании решения Комиссии, состав которой утвержден Распоряжением Правительства Нижегородской области от 12.10.2011 № 2071-р «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Нижегородской области».

7. В настоящем Тарифном соглашении используются:

7.1. Следующие сокращения:

АПП –	амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь;
ВМП –	высокотехнологичная медицинская помощь;
врач ДШО –	врач медицинского кабинета и/или здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений;
ГАУЗ НО –	государственное автономное учреждение здравоохранения Нижегородской области;
ГБУЗ НО –	государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области;
Группировщик –	таблица, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной клинικο-статистической группе на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев;
ЗНО –	злокачественное новообразование;
КДЛ –	клинικο-диагностическая лаборатория;
КСГ –	клинικο-статистическая группа;
КТ –	компьютерная томография;
МГИ –	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
Методические рекомендации –	методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденные совместным письмом Минздрава России и Федерального фонда

	обязательного медицинского страхования на очередной год;
МКБ-10 –	международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);
МНН –	международное непатентованное наименование;
МРТ –	магнитно-резонансная томография;
МЭК –	медико-экономический контроль;
МЭЭ –	медико-экономическая экспертиза;
Номенклатура –	приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
ПАИ –	патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
Постановление № 462 –	постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;
Правила ОМС –	приказ Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;
Приказ № 168н –	приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
Приказ № 548н –	приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»;
СМП –	скорая медицинская помощь;
СТГ –	стоматологическая группа заболеваний;

УЕТ –	условная единица трудоемкости;
УЗИ –	ультразвуковое исследование;
ФАП/ФП/ФЗП –	фельдшерско-акушерский пункт, фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт;
ФБУЗ	федеральное бюджетное учреждение здравоохранения;
ФВД –	функция внешнего дыхания;
ФГБУЗ	федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения;
ФЛГ –	флюорография грудной клетки;
ЦАОП –	центр амбулаторной онкологической помощи;
ШРМ –	шкала реабилитационной маршрутизации;
ЭКМП –	экспертиза качества медицинской помощи;
ЭКО –	экстракорпоральное оплодотворение;
ЭЭГ –	электроэнцефалограмма.

7.2. Следующие основные понятия, термины и определения:

Тарифы ОМС – тарифы на оплату медицинской помощи, рассчитанные в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

Застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом 326-ФЗ.

Медицинская организация – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС.

Медицинская организация - Фондодержатель (далее – МО-Фондодержатель) – медицинская организация, имеющая прикрепленное население, финансирование которой осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу.

Медицинская организация - Исполнитель (далее - МО-Исполнитель) – медицинская организация, оказывающая застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, внешние медицинские услуги.

Внешние медицинские услуги – услуги, оказанные МО - Исполнителем застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-фондодержателю, оплата которых включена в подушевой норматив финансирования.

Страховая медицинская организация (далее – СМО) – страховая медицинская

организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС и заключившая договор о финансовом обеспечении ОМС с ТФОМС Нижегородской области.

Реестры – персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС.

Коэффициент дифференциации – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. На территории Нижегородской области является единым для всех медицинских организаций и равен значению 1,004.

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций, зависит от численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, половозрастного состава, размера подушевого норматива финансирования по ОМС, коэффициентов, указанных в Требованиях.

Прикрепленное население при осуществлении подушевого финансирования (далее - прикрепленное население) – застрахованные лица, прикрепленные по территориальному принципу к МО-Фондодержателю, либо выбравшие МО-Фондодержателя в соответствии с действующим законодательством и нормативными правовыми актами, сведения о которых отражены в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Нижегородской области в информационном ресурсе ТФОМС Нижегородской области.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Нижегородской области

2.1. При реализации Территориальной программы ОМС в 2026 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за исключением профиля «стоматология»:

- 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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скintiграфических исследований (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С

(Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (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 финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

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

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

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

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований – КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

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

ж) посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение,

з) дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

и) 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;

к) медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

л) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология» с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

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

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

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

г) отдельных медицинских услуг, указанных в Приложении № 3 к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «стоматология», по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

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

- 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 (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации 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, 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 противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 9 к Территориальной программе ОМС, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

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

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

- за прерванный случай 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 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

возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением № 9 к Территориальной программе ОМС, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также, оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.2. Общие принципы и условия применения тарифов ОМС

2.2.1. Тарифы ОМС в одной медицинской организации являются едиными для всех СМО, участвующих в сфере ОМС Нижегородской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

Тарифы ОМС дифференцируются по видам медицинской помощи и по категориям населения (взрослое, детское) с учетом пола и возраста.

2.2.2. Тарифы ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными настоящим Тарифным соглашением.

При формировании реестров по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы ОМС могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

2.2.3. Тарифы ОМС формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения, и включают виды затрат (расходов), установленных Территориальной программой ОМС.

2.2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Нижегородской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Нижегородской области.

2.2.5. Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с Правилами ОМС.

2.2.6. Средства ОМС используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со структурой тарифа ОМС, утвержденной

частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по способам оплаты медицинской помощи представлен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.2. Перечень видов и порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансируемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (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 финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, определены в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3 Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, в том числе при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с

хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (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, посещений в приемном покое стационара (при пребывании пациента в приемном покое от 4 до 24 часов в целях оказания неотложной помощи с учетом выполнения дополнительных исследований и динамического наблюдения за пациентом), неотложной помощи в травмпункте определен в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.4 Порядок оплаты медицинской помощи при проведении услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения определен в Приложении № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.5 Порядок оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий определен в Приложении № 3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.6 Порядок оплаты комплексного посещения при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» определен в Приложении № 3.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.7 Порядок оплаты комплексного посещения при оказании медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях определен в Приложении № 3.4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.8 Методика расчета и порядок оплаты финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП определены в Приложении № 3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.9. Порядок оплаты комплексных посещений профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья определен в Приложении № 3.6 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.10. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов

на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи), за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), определен в Приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, определен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), определен в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, определен в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. Оплата СМП, оказанной вне медицинской организации

2.6.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих СМП вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования определен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6.2. Порядок применения способов оплаты СМП приведен в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы ОМС рассчитываются в соответствии с Правилами ОМС.

Структура тарифа ОМС в соответствии с ч.7 ст.35 Федерального закона № 326-ФЗ, включает в себя 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), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных

авиационных систем для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, 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.

3.1. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет:

- 8 577,30 рублей.

3.1.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

3.1.2.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, за исключением профиля «стоматология», составляет:

- без учета коэффициента дифференциации – 178,59 рублей в месяц или 2 143,08 рубля в год;

- с учетом коэффициента дифференциации – 179,30 рублей в месяц или 2 151,60 рубль в год.

3.1.2.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология» составляет:

- без учета коэффициента дифференциации – 56,92 рублей в месяц или 683,04 рубля в год;

- с учетом коэффициента дифференциации – 57,15 рублей в месяц или 685,8 рублей в год.

3.1.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи

Тарифы, применяемые для оплаты:

а) посещений центров здоровья (Приложение № 8);

б) амбулаторно-консультативного приема (Приложение № 9);

- в) посещений с профилактической и/или иными целями (Приложения № 10);
- г) обращений по поводу заболевания (Приложение № 11);
- д) комплексных посещений при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (Приложение № 11.1);
- е) неотложной помощи (Приложение № 12);
- ж) медицинских услуг (Приложение № 13, 13.1-13.5);
- з) комплексных посещений по поводу диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий населения, в том числе посещений для проведения II этапа диспансеризации (Приложения № 14, 14.1, 15, 16);
- и) комплексных посещений по поводу углубленной диспансеризации (Приложение № 14.2), по поводу проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (Приложение № 14.3);
- к) комплексных посещений по поводу диспансерного наблюдения (Приложение № 17);
- л) стоматологических групп по заболеванию и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости СТГ по стоматологической помощи (Приложение № 20);
- м) базовая ставка на оплату стоматологической помощи по ОМС по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую СТГ, составляет 522,69 рубля, стоимость 1 УЕТ составляет 194,21 рубля;
- н) отдельных услуг по стоматологической помощи по ОМС (Приложение № 18);
- о) медицинских услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения (Приложение № 22).

3.1.4. Коэффициенты половозрастного состава

Коэффициенты половозрастного состава по АПП, в том числе по профилю «стоматология», используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов по АПП, в том числе по профилю «стоматология», численность застрахованных лиц в Нижегородской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

На основании данных о затратах на оплату АПП, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период, рассчитываются коэффициенты половозрастного состава для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

3.1.4.1. Коэффициенты половозрастного состава АПП установлены Приложением № 23 к Тарифному соглашению.

3.1.4.2. Коэффициенты половозрастного состава амбулаторной помощи по профилю «стоматология» установлены Приложением № 19 к Тарифному соглашению.

3.1.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования

3.1.5.1. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования АПП для медицинских организаций, включающие в себя коэффициенты половозрастного состава ($K_{Д_{пв}}$), коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тыс. человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Д_{от}}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ($K_{Д_{ур}}$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации» ($K_{Д_{зп}}$) установлены в Приложении № 24 к Тарифному соглашению в соответствии с Требованиями применяемых для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц.

3.1.5.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной помощи по профилю «стоматология» для медицинских организаций, включающие в себя коэффициенты половозрастного состава ($K_{Д_{пв}}$), коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тыс. человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Д_{от}}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ($K_{Д_{ур}}$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации» ($K_{Д_{зп}}$) установлены в Приложении № 21 к Тарифному соглашению в соответствии с Требованиями применяемых для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц.

3.1.6. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (ФАП/ФП/ФЗП), а также значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающих критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установлены Приложением № 25 к Тарифному соглашению.

3.2. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 9 900,40 рубля.

3.2.2. Перечень КСГ, коэффициентов относительной затратоемкости

Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по стационарной помощи установлен Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости КСГ

Базовая ставка на оплату стационарной медицинской помощи по ОМС по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую КСГ, составляет:

- без учета коэффициента дифференциации – 34 133,51 рубля;
- с учетом коэффициента дифференциации – 34 270,04 рубля.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ

Установленные коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в 2026 году, установлены Приложением № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты сложности лечения пациента указаны в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.5. Нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи по перечню видов ВМП, входящих в базовую программу ОМС, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, установлены Приложением № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 2 373,30 рубля.

3.3.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициенты специфики для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневного стационара, установлены Приложением № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости КСГ

Базовая ставка на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, составляет:

- без учета коэффициента дифференциации – 18 545,39 рубля;
- с учетом коэффициента дифференциации – 18 619,57 рублей.

3.4. Размер и структура тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения СМП, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет – 1 314,30 рублей.

3.4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования СМП

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования СМП составляет:

- без учета коэффициента дифференциации – 107,54 рублей в месяц или 1 290,48 рублей в год;
- с учетом коэффициента дифференциации – 107,97 рублей в месяц или 1 295,64 рублей в год.

3.4.3. Тарифы на оплату единицы объема СМП

Тарифы на оплату вызова СМП установлены Приложением № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.4. Коэффициенты половозрастного состава СМП

Коэффициенты половозрастного состава СМП используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание СМП по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Нижегородской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

На основании данных о затратах на оплату СМП, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются коэффициенты половозрастного состава для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Коэффициенты половозрастного состава СМП установлены Приложением № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования СМП, включающие в себя коэффициенты половозрастного состава ($K_{Д_{пв}}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) ($K_{Д_{ур}}$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации» ($K_{Д_{зп}}$) установлены Приложением № 32 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Основные подходы к использованию коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества определены в Приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, согласно Приложению № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2026 года по 31.12.2026 года.

5.2. В Тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;

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

г) 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;

д) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов ОМС, и (или) решений об изменении тарифов ОМС.

5.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в министерстве, второй – в ТФОМС Нижегородской области. Для других Сторон Тарифного соглашения предоставляются копии настоящего Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Нижегородской области.

5.5. Настоящее Тарифное соглашение подлежит хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного фонда.

Юридические адреса Сторон:

Министерство здравоохранения Нижегородской области:
603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78

Территориальный фонд обязательного медицинского
страхования Нижегородской области:
603006, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6

Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»:
603006, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6

АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Нижегородской области:
603000, г. Нижний Новгород, ул. Белинского, д. 32

АОСП ООО «СК «Ингосстрах-М» - филиал в г. Нижний Новгород:
603000, г. Нижний Новгород, ул. Новая, д. 34 б

Нижегородская региональная общественная организация
«Врачебная палата Нижегородской области»:
603057, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13а, оф. 118 а

Общероссийская общественная организация «Российское общество
акушеров-гинекологов»:
117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Нижегородская областная организация профсоюза
работников здравоохранения Российской Федерации:
603057, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 29, оф. 414

Подписи Сторон:

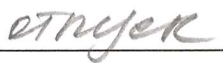
от министерства здравоохранения Нижегородской области:

Министр здравоохранения
Нижегородской области



Г.В.Михайлова

Заместитель министра
здравоохранения Нижегородской
области



Т.Н.Коваленко

Начальник отдела организации
медицинской помощи взрослому
населению



Т.В.Егорова

от Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Нижегородской области:

Заместитель директора
по организационно-правовым
кадровым и общим вопросам



М.Ю.Гераськина

Заместитель директора по
организации обязательного
медицинского страхования



И.А.Переслегина

Начальник управления
планирования территориальной
программы обязательного
медицинского страхования и
экономического анализа



О.В.Шумаева

от страховых медицинских организаций:

Директор Нижегородского
филиала акционерного общества
«Страховая компания «СОГАЗ-
Мед»



А.А.Емелин

Директор административного
структурного подразделения
ООО «Капитал МС» -
Филиала в Нижегородской области
Заместитель директора
административного обособленного
структурного подразделения



Т.В.Платонова

общества с ограниченной
ответственностью «СК
«Ингосстрах-М» - филиал
в г. Нижний Новгород



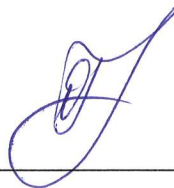
С.В.Хомова

от медицинских профессиональных некоммерческих ассоциаций:
Исполняющий обязанности
председателя Нижегородской
областной региональной
общественной организации
«Врачебная палата Нижегородской
области»




Н.В.Родин

Представитель
Общероссийской общественной
организации «Российское общество
акушеров-гинекологов»



О.В.Мануйленко

Председатель правления
Ассоциации нижегородских
частных медицинских центров




А.В.Душкин

от Нижегородской областной организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации:



Председатель



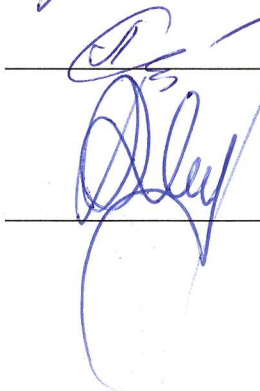
В.Н.Приказнов

Заместитель председателя



Л.П.Савельева

Член областного комитета



П.В.Ястребов