АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА ВЛАДИМИРА

Протокол вскрытия конвертов с заявками на участие в открытом конкурсе № 77-В

Место вскрытия конвертов: **600000, г.Владимир, ул.Горького, д.36**

Дата и время вскрытия конвертов: **26.05.2009 *9ч 00мин.* по московскому времени**

Повестка дня:

Вскрытие конвертов с заявками на участие в открытом конкурсе на право заключить муниципальный контракт на **оказание услуг по осуществлению обязательного медицинского страхования работников управления здравоохранения администрации г.Владимира.**

Вскрытие конвертов с заявками на участие в открытом конкурсе проводилось конкурсной комиссией в составе:
Председательствующий:
Зяблов О.В. - начальник управления муниципального заказа администрации города Владимира, председатель комиссии.
Члены комиссии:
Маслова М.О. - заместитель начальника управления муниципального заказа администрации города Владимира, начальник отдела размещения муниципального заказа путем проведения торгов, заместитель председателя комиссии.
Шехирев М.А. - начальник отдела правового и информационного обеспечения размещения муниципального заказа управления муниципального заказа администрации города Владимира.
Поляновский Д.В. - главный специалист отдела правового и информационного обеспечения размещения муниципального заказа управления муниципального заказа администрации города Владимира.
Секретарь комиссии:
Шибаева М.Н. - консультант отдела размещения муниципального заказа путем проведения торгов управления муниципального заказа администрации города Владимира.

Всего на заседании присутствовало 5 членов конкурсной комиссии, что составляет 62,5% от общего количества членов конкурсной комиссии.

Муниципальный заказчик - управление здравоохранения администрации г.Владимира.
Уполномоченный орган - управление муниципального заказа администрации города Владимира.
Источник финансирования: бюджет города Владимира.

Основание: Приказ начальника управления муниципального заказа администрации города Владимира от 20.04.2009 № 174-П. Извещение от 21.04.2009 № 102 о проведении конкурса опубликовано в газете «Перископ-Владимир» от 21.04.2009 № 44.

Предмет муниципального контракта: Оказание услуг по осуществлению обязательного медицинского страхования работников управления здравоохранения администрации г.Владимира.

Начальная (максимальная) цена муниципального контракта: 276 515,00 руб. (Двести семьдесят шесть тысяч пятьсот пятнадцать рублей), цена муниципального контракта определяется размером единого социального налога в части, подлежащей уплате муниципальным заказчиком в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с налоговым законодательством Российской Федерации в течение всего срока действия муниципального контракта.

1. До окончания указанного в извещении о проведении конкурса срока подачи заявок на участие в конкурсе до ***9 часов 00 минут*** по московскому времени ***«26» мая 2009 года*** было подано ***3*** (три) запечатанных конверта с заявками на участие в конкурсе.

2. Непосредственно перед вскрытием конвертов с заявками на участие в конкурсе Председательствующий комиссии объявил присутствующим о возможности подать заявки на участие в конкурсе, изменить или отозвать поданную заявку на участие в конкурсе до момента вскрытия

конвертов с заявками на участие в конкурсе. Однако никто не изъявил желание осуществить ни одно из вышеизложенных действий.

3. При вскрытии конвертов с заявками на участие в конкурсе Председательствующим комиссии в отношении каждой заявки была объявлена следующая информация:
- наименование и место нахождения (юридический и почтовый адрес) участника размещения заказа;
- наличие сведений и документов, предусмотренных конкурсной документацией;
- условия исполнения муниципального контракта, указанные в такой заявке.

4. Результаты вскрытия конвертов с заявками на участие в конкурсе:

№ заявки УРЗ	Наименование и почтовый адрес участника размещения заказа	Сведения и документы, предусмотренные конкурсной документацией
1	ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование», 115088, г.Москва, 2-ой Южнопортовый проезд, д.18, стр.2, филиал ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» в г.Владимире юр.адрес: 600015, г.Владимир, ул.Разина, д.21, почтовый адрес: 600000, г.Владимир, ул.Спасская, д.4, т/ф 32-68-25, 45-18-32.	В наличии
2	ЗАО «Медицинская акционерная страховая компания» (ЗАО «МАКС-М»); юр. адрес: 115184, г.Москва, ул.Малая Ордынка, д.50, филиал ЗАО «МАКС-М» в г.Владимире, почтовый адрес: 600000, г.Владимир, ул.Столетовых, д.9, т/ф 32-32-98, 42-09-52;	В наличии
3	ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» юр. адрес: 115998, г.Москва, ул.Пятницкая, д.12, стр.2, почтовый адрес:117105, г.Москва, ул.Нагатинская, д.1. стр.14, т/ф (495) 232-34-91, филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г.Владимире, почтовый адрес: 600000, г.Владимир, ул.Спасская, д.4, т. 32-62-59;	В наличии

5. Условия исполнения муниципального контракта, заявленные участниками размещения заказа:

1. ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование», 115088, г.Москва, 2-ой Южнопортовый проезд, д.18, стр.2, филиал ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» в г.Владимире юр.адрес: 600015, г.Владимир, ул.Разина, д.21, почтовый адрес: 600000, г.Владимир, ул.Спасская, д.4:

Предлагаемые условия заключения муниципального контракта:

Наименование услуг	Показатель
1. Объем услуг	Численность работников **Управления здравоохранения администрации г.Владимира – 47 чел.**
2. Стоимость услуг и условия финансирования: 2.1. Стоимость услуг	276515 (двести семьдесят шесть тысяч пятьсот пятнадцать рублей) руб. Цена муниципального контракта определяется размером единого социального налога в части, подлежащей уплате заказчиком в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с налоговым законодательством Российской Федерации в течение всего срока действия муниципального контракта
2.2. Условия финансирования	Уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование осуществляется в соответствие с Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. №4543-1 и Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов на обязательное медицинское страхование, утвержденное постановлением Совета Министров _Правительства Российской Федерации от 11 октября 1993 года №1018
2.3. Форма, сроки и порядок оплаты услуг	Форма оплаты: Безналичный расчет в рублях РФ. Сроки и порядок оплаты услуг: в соответствии с действующим налоговым законодательством РФ, в соответствии со статьей 241 НК РФ
3. Сроки оказания услуг:	С момента заключения муниципального контракта по 31.12.2009 года
4. Качество услуг: 4.1.Мероприятия по обеспечению качества	**1. Ведение базы данных договоров по ОМС, в том числе с помощью программного продукта** – В ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» используются собственные программные продукты, сертифицированные в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования. Ведение базы данных договоров ОМС производится с помощью программы «Персонифицированный учет застрахованных по ОМС»; Программный комплекс предназначен для ведения персонифицированного регистра застрахованных, ведения реестра заключенных договоров ОМС, формирования отчетов по

	численности застрахованного населения, оформления в автоматизированном режиме бланков страховых медицинских полисов ОМС утвержденного на территории образца. Кроме того, программный продукт позволяет осуществлять обмен информацией между ТФОМС и СМО в форматах, установленных Порядком ведения сводной базы застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения. Программный комплекс прошел процедуру добровольной сертификации при ФФОМС: сертификат РОСС RU.СП01.Н00106 зарегистрирован 03.08.2006. (прилагается свидетельство о регистрации и сертификат соответствия). **2.Персонифицированный учет застрахованных, в том числе с помощью программного продукта.** **Обеспечение персонифицированного учета застрахованных по ОМС граждан, включает:** 2.1. обучение персонала работе с программным продуктом, обеспечивающим формирование полиса ОМС в автоматизированном режиме и формирование регистра застрахованных граждан в форматах, утвержденных ТФОМС; 2.2. формирование регистра застрахованных граждан с распределенной по офисам базой данных, 2.3. осуществление взаимодействия по актуализации списков неработающих граждан с различными организациями, учреждениями и ведомствами на территории субъекта РФ: 2.3.1. органами управления образованием и руководителями учреждений организованного учета отдельных категорий неработающих граждан (детские сады, высшие и средние учебные заведения); 2.3.2. органами управления здравоохранением и руководителями медицинских учреждений (по прикрепленному неработающему населению); 2.3.3. паспортно-визовой службой; 2.3.4. отделениями ЗАГС (по вновь родившимся и умершим); 2.3.5. отделениями пенсионного фонда; 2.3.6. администрациями муниципальных образований субъекта РФ. 2.4. консолидацию распределенных баз данных в филиале для формирования сводного регистра застрахованных за установленный отчетный период; 2.5. ведение текущих форм отчетности по сводному регистру застрахованных (или измененному сегменту регистра) с выделением категорий застрахованных, утвержденных ТФОМС. - В ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование»: Персонифицированный учет застрахованных ведется с помощью программного комплекса «Персонифицированный учет застрахованных по ОМС»; Программный комплекс предназначен для ведения персонифицированного регистра застрахованных, ведения реестра заключенных договоров ОМС, формирования отчетов по численности застрахованного населения, оформления в автоматизированном режиме бланков страховых медицинских полисов ОМС утвержденного на территории образца. Программный комплекс прошел процедуру добровольной сертификации при ФФОМС: сертификат РОСС RU.СП01.Н00106 зарегистрирован 03.08.2006. (прилагается свидетельство о регистрации и сертификат соответствия). **3. Медико-экономическая экспертиза оказанной медицинской помощи по ОМС** - Структурное подразделение ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» «Служба медико-экономического контроля медицинской помощи» организовано в составе Центра защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи. Медико-экономическая экспертиза оказанной медицинской помощи по ОМС проводится с помощью программного продукта **«Экспертиза реестров оказанной медицинской помощи в системе ОМС» («КМС-Эксперт»).** Программный комплекс предназначен для проведения СМО экспертизы счетов-реестров, сформированных в ЛПУ за оказанную медицинскую помощь, включая: - техническую экспертизу (проверка правильности оформления счетов-реестров, идентификация застрахованных, дублирование записей в реестре, соответствие итоговой суммы реестра и сумму по счету-фактуре и др.); - медико-экономическую экспертизу оказанной застрахованным медицинской помощи (проверка правильности кодирования медицинских услуг и их соответствия Территориальной программе ОМС, лицензии, структуре и категории ЛПУ, проверка обоснованности примененных в счетах тарифов и правильности расчетов стоимости медицинских услуг, анализ соблюдения нормативной длительности лечения и др.). Программный комплекс позволяет также формировать финансовую и статистическую отчетность СМО перед ТФОМС. Программный комплекс прошел процедуру добровольной сертификации при ФФОМС: сертификат РОСС RU.СП01.Н00131 зарегистрирован 26.12.2006. (прилагается свидетельство о регистрации и сертификат соответствия). **Организация планового и текущего контроля выполнения ЛПУ договорных обязательств в части соответствия объемов и условий предоставляемой медицинской помощи территориальной программе ОМС, включает:** 3.1. организацию контроля доступности амбулаторно-поликлинической помощи: проверка распорядка работы, сроков ожидания приема участковым специалистом, сроков

	ожидания консультаций специалистов, и др.); 3.2. организацию контроля доступности стационарной медицинской помощи: проверка сроков ожидания плановой госпитализации, проверка обоснованности отказов в госпитализации, объема и обоснованности дополнительных платных сервисных услуг за комфортность и др.; 3.3. организацию контроля условий лечения и лекарственного обеспечения в стационарах (сроки начала обследования и лечения, полнота обеспеченности лечебными процедурами и лекарственными препаратами в выходные дни, наличие и обоснованность платного медикаментозного лечения, диагностических и лечебных манипуляций, и.др.); 3.4. проведение оперативных мероприятий в случаях отказа застрахованному в медицинской помощи или выявленных ограничениях ее доступности: 3.4.1. при необоснованных действиях работников или руководства ЛПУ устранение выявленных нарушений в медицинском учреждении; 3.4.2. при отказе по объективным причинам (временное отсутствие специалистов, поломка медицинского оборудования и др.) - организацию предоставления медицинской помощи в другом ЛПУ. **4. Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи по всем видам медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС** Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи по всем видам медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС в ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» ведется с помощью программного комплекса «Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи в системе ОМС» («КМС ЛПУ»). Программный комплекс предназначен для ведения в лечебно-профилактических учреждениях регистра прикрепленного населения, учета и расчета стоимости оказанной медицинской помощи, формирования счета-реестра за любой отчетный период, автоматического архивирования комплекса информации, необходимой для формирования финансовой и статистической отчетности ЛПУ перед СМО (ТФОМС). Программный комплекс позволяет: - вести персонифицированный учет объемов и стоимости медицинской помощи, оказанной работающим и неработающим застрахованным всех возрастных категорий по видам медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС с формированием индивидуальных лицевых счетов на одного застрахованного за любой отчетный период; - вести персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной «неидентифицированным» лицам (лица без гражданства и иностранные граждане, имеющие место жительства в субъекте Российской Федерации; - формировать в автоматизированном режиме реестры по дополнительной диспансеризации работающего населения в утвержденных форматах. Программный комплекс прошел процедуру добровольной сертификации при ФФОМС: сертификат РОСС RU.СП01.Н00130 зарегистрирован 26.12.2006. (прилагается свидетельство о регистрации и сертификат соответствия). **5. Срок выдачи страховых полисов с даты предоставления Страхователем списков работников, подлежащих страхованию** - Полисы выдаются в день заключения договора, при предоставлении списка вновь поступивших на работу - полисы выдаются в тот же день в присутствии представителя, назначенного для координации взаимоотношений по ОМС. **6. Наличие врачей-экспертов, осуществляющих контроль оказания медицинской помощи застрахованным лицам** В структуре ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» имеется Центр защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи. Работа Центра организована в соответствие с Положением о Центре защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствие с нормативными документами, принятыми на территории области, по следующим направлениям: - проверка выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями; - изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью; - экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам; - анализ результатов оказания медицинской помощи населению; - выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное влияние и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; - подготовка рациональных управленческих решений и рекомендаций для руководителей ЛПУ и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества медицинской помощи; - контроль за правильностью применения тарифов и соответствием предъявленных к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи. Проведение контроля объемов и качества медицинской помощи осуществляют штатные и внештатные врачи-эксперты, имеющие высшую и первую квалификационные категории. Все штатные врачи-эксперты в соответствии с Положением по организации контроля

	объема и качества медицинской помощи за время работы в СМО прошли обучение по теме: «Актуальные проблемы организации системы ОМС. Управление качеством медицинской помощи и лекарственное обеспечение в условиях ОМС» и получили сертификаты по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». (Прилагаются: Положение о Центре защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи, реестр штатных врачей-экспертов, копии дипломов, сертификатов и удостоверений о повышении квалификации врачей-экспертов, справка о наличии в структуре ЗАо «КапиталЪ Медицинское страхование» службы по осуществлению контроля качества медицинской помощи.) **7. Возможность оказания застрахованным гражданам бесплатной юридической помощи в судебных разбирательствах, связанных с качеством медицинской помощи** В структуре Службы защиты прав застрахованных ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» имеется Консультативно-диспетчерская группа, укомплектованная специально обученным персоналом, имеющим опыт работы в здравоохранении, с круглосуточным режимом работы. **Основные функции Службы защиты прав** **застрахованных и Консультативно-диспетчерской группы филиала:** Предоставление населению консультативных услуг по вопросам организации ОМС и получения медицинской помощи на и вне территории региона в любое время суток независимо от места нахождения гражданина. Проведение социологических исследований удовлетворенности населения качеством и объемом оказания медицинских услуг. Прием и рассмотрение жалоб, претензий и заявлений застрахованных. Организация и проведение целевых экспертиз по жалобам застрахованных и обращениям страхователей, связанных с качеством оказания медицинской помощи. Выявление причин, приведших к нарушению прав пациентов, осуществление сбора и анализа информации о причинении вреда жизни и здоровью застрахованного, вызванного некачественными медицинскими услугами, отказом в оказании или неоказанием медицинской помощи. Разрешение споров между пациентами (застрахованными) и медицинскими учреждениями на досудебном уровне, включая возврат неправомерно взимаемых денежных средств за медицинскую помощь в системе ОМС, а также возмещение материального ущерба, причиненного жизни, здоровью застрахованного. **Предоставление бесплатной юридической помощи застрахованному контингенту при подготовке и оформлении исковых заявлений по фактам нарушения прав застрахованных в системе ОМС и другим причинам.** **Участие на безвозмездной основе в ведении судебных дел по искам застрахованных в качестве независимых экспертов для защиты интересов застрахованного лица.** Информационно-аналитическая работа в медицинских учреждениях с целью информирования их руководства о выявленных нарушениях прав застрахованных на получение качественной и доступной медицинской помощи и разработки совместных мероприятий по их устранению и предупреждению. Осуществление мероприятий по повышению правовой грамотности и информированности населения о правах в области охраны здоровья: разъяснительная работа через органы СМИ (телевидение, радио, печать): ведение постоянных рубрик, освещающих вопросы организации ОМС и защиты прав застрахованных, проблемы и достижения страховой медицины как результата совместного опыта работы органов здравоохранения, Территориальных фондов ОМС и Страховщика; организация для населения и страхователей горячих линий и круглых столов для оперативного решения возникающих проблем; организация и проведение лекций и бесед в общественных организациях и других коллективах застрахованных; разработка и распространение материалов и продукции образовательного характера: памятки, брошюры, плакаты; организация наглядной агитации: оформление, размещение и обновление информационных стендов в общественных организациях и в ЛПУ, освещающих права пациента как потребителя медицинских услуг, информацию о страховой компании, услугах круглосуточной диспетчерской службы. **8. Количество плановых экспертиз качества медицинской помощи в 2009 году в расчете на одну тысячу застрахованных – 550.** **9. Срок рассмотрения Страховщиком жалоб застрахованных лиц** В случае, если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение дается устно В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов. Срок ответа по обращениям граждан, требующим проведения медицинской экспертизы или иной дополнительной проверки - в течение 30 дней с момента регистрации обращения (согласно действующего законодательства). (Прилагается Положение о порядке рассмотрения обращений и жалоб застрахованных)

4.2.Методы и технология оказания услуг	**4.2.Методы и технология оказания услуг:** **1. Организация выдачи страховых медицинских полисов.** **Технология услуги:** - Получение и актуализация списков граждан, подлежащих страхованию по ОМС в рамках заключенного контракта; - Выдача полисов; - Формирование достоверного регистра застрахованных граждан. **Метод оказания услуги:** - По спискам, предоставляемым Страхователем, через уполномоченное лицо проводится выдача полисов вновь принятым на работу сотрудникам и исключение из базы полисов на уволившихся сотрудников. **2. Организация предоставления медицинской помощи в объеме, утвержденном территориальной программой обязательного медицинского страхования граждан, проживающих на территории Владимирской области.** **Технология услуги:** - Заключение договоров на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) в системе ОМС со всеми медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС Владимирской области; - Формирование полноценной базы данных, характеризующей виды, объемы, качество, технологии, порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС на территории Владимирской области в целом и в разрезе ЛПУ. - Обеспечение оперативного и полного доступа застрахованных граждан к информации, характеризующей виды, объем, порядок и условия предоставления гражданам медицинских услуг в системе ОМС. **Метод оказания услуги:** - Информирование застрахованных граждан об ЛПУ, с которыми заключены договоры на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) в системе ОМС, порядке обращения за медицинской помощью, объемах и условиях ее оказания в рамках территориальной программы ОМС: - при получении полисов ОМС; - при активном обращении по контактным телефонам, указанном на полисе; - через средства наглядной агитации –информационные стенды, органы СМИ, буклеты; - Организация планового и текущего контроля выполнения договорных обязательств в части соответствия объемов и условий медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам медицинскими учреждениями, включенными в территориальную программу ОМС: - контроль доступности медицинской помощи, - контроль рационального использования коек в стационарах, - контроль условий лечения больных и лекарственного обеспечения в стационарах. **3. Организация финансирования медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в рамках территориальной программы ОМС.** Технология оказания услуги: - Прием счетов от ЛПУ, с которыми заключены договоры на предоставление медицинской помощи, в сроки, определенные условиями договора; - Обработка счетов-реестров, формирование по результатам экспертизы актов, статистических и аналитических отчетов, в т.ч. и для предоставления в ТФОМС; - оплата счетов ЛПУ на основании сформированных актов. Методы оказания услуги: - организация обработки счетов-реестров на основе автоматизированного (с использованием программного продукта) контроля персонифицированных реестров оказанных медицинских услуг; - Ведение баз данных автоматизированного учета оплаченной медицинской помощи; - организация контроля оплаты медицинской помощи в разрезе ЛПУ в пределах согласованных и утвержденных годовых объемов. **4. Организация контроля качества оказываемой застрахованным гражданам медицинской помощи.** Технология оказания услуги: - Плановая проверка выполнения договорных обязательств между ЛПУ и СМО; - Экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам; - Анализ результатов оказания медицинской помощи населению; - Выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное влияние и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; Методы оказания услуги: для проведения экспертизы качества медицинской помощи - Отбор случаев медицинской помощи с помощью программы, позволяющей отобрать случаи: - летального исхода, - непрофильной или необоснованной госпитализации, - повторной госпитализации больного в течение полугода по одному и тому же заболеванию,

	- завышению объема медицинской помощи, - сокращению сроков лечения пациентов более чем на 50% от нормативной, - нозологических форм, оплата которых осуществляется по нормативу финансовых затрат. - Организация и проведение штатными и внештатными врачами-экспертами углубленной экспертизы качества медицинской помощи в соответствие с нормативными актами, действующими на территории области; - Организация разборов выявленных дефектов с врачебным персоналом; - Разработка совместно с администрацией ЛПУ планов мероприятий по устранению выявленных недостатков в работе медицинских учреждений. **5. Защита прав и законных интересов застрахованных граждан в системе ОМС.** Технология оказания услуги: - Прием и рассмотрение жалоб и заявлений застрахованных; -Организация информирования граждан по вопросам организации и получения медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС; - Организация досудебного разрешения споров между пациентами и ЛПУ; - Проведение социологических исследований удовлетворенности населения качеством и объемом оказания медицинских услуг. Методы оказания услуги: - Организация в структуре филиала Центра защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи; - Оказание застрахованному населению бесплатных консультативных услуг по вопросам прав пациентов; - Проведение оперативных мероприятий в случаях отказа в оказании медицинской помощи; - Организация и проведение анкетирования граждан с обработкой его результатов и проведением целевых экспертиз в ЛПУ, имеющих наиболее низкий показатель удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи; - Организация и проведение целевых экспертиз по жалобам застрахованных и обращениям граждан; - Организация возврата на досудебном уровне неправомерно взимаемых денежных средств за медицинскую помощи в системе ОМС; - Участие на безвозмездной основе в ведении судебных дел по искам застрахованных в качестве независимых экспертов для защиты застрахованного лица; - Проведение разъяснительной работы с населением. - использование в работе собственных программных продуктов, прошедших систему добровольной сертификации программных средств, применяемых в обязательном медицинском страховании; - допуск штатных врачей-экспертов к организации и проведению экспертизы качества медицинской помощи после обязательного сертификационного обучения по специальности »Организация здравоохранения и общественное здоровье»; - не разглашение штатными и внештатными врачами-экспертами сведений, составляющих врачебную тайну, ставших им известными при проведении медицинской экспертизы, а также соответствие их действий профессиональной этике и медицинской деонтологии.
4.3. Организационно-технологическая схема оказания услуг	В соответствии с Законом РФ от 28.06.1991г.№1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и условиями муниципального контракта ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование» обязуется: 1. осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе; 2. заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию: - оформление и заключение договоров со всеми ЛПУ, работающими в системе ОМС на территории субъекта РФ, по типовой форме; - формирование и ведение папок номенклатурных дел по заключенным с ЛПУ договорам с отражением текущего движения по договору: официальные уведомления об изменении реквизитов по договору, получение/изменение лицензии и др.; - формирование реестра заключенных договоров с ЛПУ в электронном виде, обеспечение контроля сроков действия лицензии ЛПУ на осуществление медицинской деятельности. 3. с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы: На территории Владимирской области компанией открыты офисы в г.Владимире и во всех районах области. Офисы оборудованы вычислительной техникой, средствами электронной коммуникации и программными продуктами для автоматизированной выдачи полисов ОМС; укомплектованы кадрами с учетом численности обслуживаемого контингента застрахованных, все сотрудники обучены навыкам работы в программном продукте; 4. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора; Между страховой медицинской организацией и Владимирским областным фондом обязательного медицинского страхования заключен Договор о финансировании

	обязательного медицинского страхования от 17 декабря 2008 года, согласно которому Страховщик обязуется осуществлять обязательное медицинское страхование в соответствие с требованиями действующего законодательства, Правил обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих на территории Владимирской области, и других нормативных документов **4.1.Организация и проведение планового контроля качества медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ, включает:** - составление графика плановых проверок ЛПУ; - согласование графика плановых проверок с ВОФОМС; -отбор в накопительном режиме штатными врачами-экспертами первичной медицинской документации для проведения плановых экспертиз в ЛПУ; - подготовку и проведение плановых экспертиз: уточнение и согласование даты экспертизы с руководством ЛПУ , определение перечня привлекаемых в экспертизе штатных и внештатных экспертов, выдача им предписаний для проведения экспертиз, обеспечение условий для работы - формирование сводных актов плановых ЭКМП в разрезе ЛПУ, обеспечение двухстороннего подписания сформированных актов; **4.2. Организация и проведение целевого контроля качества медицинской помощи в ЛПУ, включает:** - просмотр штатными врачами-экспертами в интерактивном режиме счетов-реестров, сформированных ЛПУ на оплату за отчетный период, поиск и отбор на проверку страховых случаев по поводам, подлежащим целевой углубленной экспертизе (перечень поводов утверждается нормативными документами ТФОМС); - организацию и проведение целевых проверок: согласование даты выхода в ЛПУ, определение перечня привлекаемых в экспертизе штатных и внештатных экспертов, выдача им предписаний для проведения экспертиз, обеспечение условий для работы; - формирование сводных актов целевых ЭКМП, обеспечение двухстороннего подписания сформированных актов **4.3 Организация и проведение тематических проверок деятельности лечебно-профилактических учреждений по предписанию ВОФОМС или инициированных самостоятельно по результатам экономико-статистического анализа с целью выявления:** - причин повышенной заболеваемости, раннего выхода на инвалидность, детской смертности и другим социально-значимым проблемам регионального здравоохранения - контроля эффективности использования средств ОМС медицинским учреждением, - анализа оптимальной стоимости выбранного способа лечения, оценки соотношения затраченных ресурсов и полученного результата лечения. **4.4 Организация и проведение социологической экспертизы удовлетворенности застрахованного населения качеством и доступностью медицинской помощи, включает:** - проведение анкетирования с использование типовых анкет; - сбор и обработка анкет по утвержденной методике, расчет индексов удовлетворенности в разрезе ЛПУ, профилей и уровней оказания медицинской помощи; - анализ результатов анкетирования: выбор ЛПУ, профилей и уровней медицинской помощи, подлежащих целевой ЭКМП по результатам социологической экспертизы. 5. защищать интересы застрахованных граждан **5.1. Организация приема и рассмотрение обращений граждан, включает:** - установление графика приема исполнительным директором и должностными лицами филиала Компании застрахованных граждан и других субъектов системы ОМС по вопросам организации ОМС; - обеспечение регистрации устных и письменных обращений граждан в установленном порядке во всех структурных подразделениях Компании, функционирующих на территории области; - обеспечение формирования своевременных письменных ответов на обращения граждан, зарегистрированные в установленном порядке; **5.2 Организация рассмотрения жалоб граждан на качество и доступность оказанной медицинской помощи на досудебном уровне, включает:** - организацию и проведение целевых экспертиз по жалобам застрахованных, связанных с качеством оказания медицинской помощи с привлечением высококвалифицированных медицинских экспертов; - организацию разрешения споров между пациентами (застрахованными) и медицинскими учреждениями на досудебном уровне, включая возврат неправомерно взимаемых денежных средств за медицинскую помощь в системе ОМС, а также возмещение материального ущерба, причиненного жизни, здоровью застрахованного - формирование промежуточных и окончательных ответов по факту разбора жалоб. **5.3 Организация сопровождения рассмотрения жалоб граждан на качество и доступность оказанной медицинской помощи на судебном уровне, включает:** - обеспечение предоставления бесплатной юридической помощи застрахованному контингенту при подготовке исковых заявлений по фактам нарушения прав застрахованных в системе ОМС; - обеспечение участия в ведении судебных дел по искам застрахованных в качестве

	независимых экспертов для защиты интересов застрахованного лица на безвозмездной основе (при подаче иска от имени гражданина); - обеспечение участия в рассмотрении судебных исков в пользу застрахованных граждан на безвозмездной основе (при подаче иска от имени компании).
4.4. Требования по безопасности	Не установлены
5. Гарантии качества услуг: 5.1.Срок предоставления гарантии качества услуг	На период действия муниципального контракта
5.2. Объем предоставления гарантий качества услуг	100% на весь комплекс услуг, в соответствии с действующими правовыми нормативными актами РФ и Владимирской области, регулирующими отношения в системе ОМС
6. Место оказания услуг	г.Владимир
7. Форма и размер обеспечения исполнения муниципального контракта	Не требуется

2. ЗАО «Медицинская акционерная страховая компания» (ЗАО «МАКС-М»); юр. адрес: 115184, г.Москва, ул.Малая Ордынка, д.50, филиал ЗАО «МАКС-М» в г.Владимире, почтовый адрес: 600000, г.Владимир, ул.Столетовых, д.9:

Предлагаемые условия заключения муниципального контракта:

Наименование услуг	**Показатель**
1.Объем услуг	Численность работников Управления здравоохранения администрации г. Владимира – 47 человек.
2.Стоимость услуг и условия финансирования: 2.1.Стоимость услуг	276 515,00 руб. (двести семьдесят шесть тысяч пятьсот пятнадцать рублей) , цена муниципального контракта определяется размером единого социального налога в части, подлежащей уплате муниципальным заказчиком в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с налоговым законодательством Российской Федерации в течение всего срока действия муниципального контракта.
2.2.Форма, сроки и порядок оплаты услуг	Безналичный расчет в рублях РФ в соответствии с действующим налоговым законодательством РФ, в соответствии со статьей 241 НК РФ
3.Сроки оказания услуг:	С момента заключения муниципального контракта по 31.12.09
4.Качество услуг: 4.1.Мероприятия по обеспечению качества	В отделе контроля качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных работают **22 врача-эксперта**, имеющих высшую и первую категорию, а также степень кандидата медицинских наук. Для проведения экспертизы качества медицинской помощи все врачи-эксперты имеют сертификаты. Также, в случае необходимости, для осуществления экспертизы оказанной застрахованным по ОМС медицинской помощи ЗАО «МАКС-М» привлекает внештатных врачей-экспертов федеральных клиник, г. Москвы и г.Санкт-Петербурга. **С 01.02.08 г. во Владимирском филиале ЗАО «МАКС-М» работает Круглосуточная диспетчерская служба с подключением к сети МТТ, что обеспечивает бесплатный звонок для застрахованного из любой точки РФ, в т.ч. и с мобильного телефона. Номер телефона КДЦ в г. Владимире 8-800-555-99-03** При заключении договора на ЛПП страховщиком изучаются наличие лицензии, кадровый состав персонала ЛПУ, условия, в которых предоставляется медицинская помощь, что можно расценивать как предварительную экспертизу качества медицинской помощи, когда дается оценка прежде всего потенциальной возможности предоставления данным ЛПУ медицинской помощи надлежащего качества. Качество медицинской помощи, предоставленной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется страховой медицинской организацией в соответствии с порядком проведения экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования населения территории страхования, утверждаемым министерством здравоохранения субъекта РФ по согласованию с ТФОМС. По контролю качества медицинской помощи специалистами компании проводятся целевые проверки (по обращениям застрахованным, при несогласии ЛПУ с результатами ЭКМП), плановые проверки. **В 2009 году планируется провести 500 экспертиз качества медицинской помощи на 1000 застрахованных**. Для проведения экспертизы медицинской помощи ЗАО «МАКС-М» имеет программные продукты, позволяющие осуществлять контроль объемов стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, представленной в счете-фактуре на основе автоматизированного анализа баз данных ЛПУ; автоматизацию проведения текущей технической и медико-экономической экспертизы счетов фактур и реестров

	медицинских услуг, выставленных ЛПУ для оплаты; формирование лицевого счета застрахованного и его медико-экономическая экспертиза; формирование и экспертиза лицевого счета специалиста данного ЛПУ; автоматизация отбора рабочих материалов для организации проведения плановой и целевой экспертиз в ЛПУ; формирование реестров актов экспертиз. **Специалистами филиала ЗАО «МАКС-М» в г. Владимире** проводится социальная экспертиза удовлетворенности населения – анкетирование застрахованных граждан по вопросам качества и организации предоставления медицинской помощи в ЛПУ Владимирской области, а также организован прием жалоб и обращений: - устные обращения рассматриваются **в день** обращения - письменные обращения, не требующие проведения экспертизы рассматриваются в течение **1 рабочего дня**; - письменные обращения, рассмотрение которых требует проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи, рассматриваются в течение **5 рабочих дней.**
4.2.Методы и технология оказания услуг	ЗАО «МАКС-М» выполняет функции страховщика в соответствии с федеральными и региональными нормативными документами, регламентирующими обязательное медицинское страхование В соответствии с методическими разработками и нормативными документами ФОМС в ЗАО “МАКС-М” разработаны и внедрены системы учета и программно - технические комплексы, обеспечивающие решение всего спектра задач по реализации закона РФ о медицинском страховании населения в РФ, в соответствии и на условиях Программы ОМС населению РФ ЗАО «МАКС-М» располагает современными программными комплексами, используемые специалистами компании для решения различных задач обязательного медицинского страхования: В компании “МАКС-М” работают четыре подсистемы единой автоматизированной системы управления страхованием: - подсистема учета застрахованного населения, ведения Реестра договоров страхования и ведения Регистра застрахованного населения в разрезе регионов страхования и в целом по Компании, - подсистема Асу ЛПУ, обеспечивающая решение задач обязательного и добровольного медицинского страхования: учет оказанной ЛПУ медицинской помощи, учета оказанной медикаментозной помощи (учет выписанных рецептов и медикаментов, обработка данных об отпущенных аптеками медикаментах), формирования государственной статистической отчетности, получения аналитических справок для принятия управленческих решений на уровне ЛПУ и Управления здравоохранения; формирования и учета лицевых счетов на пролеченных пациентов по видам оплаты за медицинскую помощь, формирования лицевых счетов на специалистов в разрезе объемов и видов оказанной медицинской помощи. - подсистема АСу СМО, обеспечивающая решение комплекса задач медицинского страхования и аналитической обработки полученной информации на уровне страховой компании. - подсистема подготовки, ведения нормативных и справочных баз данных (НСИ) для системы автоматизированного учета медицинских услуг в ЛПУ и проведения медико-экономической экспертизы. <u>Программный комплекс **«РЕГИСТР»**</u> Программный комплекс обеспечивает персонифицированный учет застрахованного населения, оформление страхового полиса застрахованного, учет бланков выданных страховых полисов, формирование электронной базы регистра застрахованного населения, формирование базы данных для обновления сводного регистра компании, статистический отчет о состоянии регистра застрахованного населения; учет заключенных СМО договоров страхования со страховщиками, формирование электронной базы договоров страхования, формирование отчетов и справок по запросу, актуализацию, в соответствии с порядком, определяемым Фондом. <u>Программный комплекс **«МАКСИМЕД»**</u> Ввод данных с первичных носителей (талон амбулаторного пациента, карта выбывшего их стационара) об оказанной медицинской помощи в ЛПУ, ведение электронной картотеки пациентов в ЛПУ, оформление талонов амбулаторных пациентов в регистратуре ЛПУ. Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи в ЛПУ, ведение НСИ в ЛПУ, формирование реестров по формам оплаты в ЛПУ, формирование счетов-фактур на оплату медицинской помощи, формирование отчетов по формам государственной медицинской статистической отчетности, технологический контроль введенной информации. Обеспечивает ведение персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам учреждениями здравоохранения, автоматизированную поддержку медико-экономической экспертизы реестров счетов за оказанные медицинские услуги.

	Программный комплекс **«ЭКСПЕРТ»** Экспертиза реестров оказанной медицинской помощи в соответствии с требованиями положения об экспертном контроле по программе ОМС, формирование отчетных документов о результатах принятых экспертных решений, автоматизированный отбор страховых случаев для проведения плановых и целевых экспертиз в ЛПУ, учет реестра актов экспертизы. **Персонифицированный учет застрахованного населения** включает в себя ведение Реестра договоров страхования и Регистра застрахованного населения; регистрацию вновь выданных полисов; гашение недействительных полисов; внесение и регистрацию изменений в реквизитах ранее выписанных страховых полисов; исправление ошибок при регистрации страховых полисов в системе учета; формирование сводного Регистра застрахованного населения; формирование статистической отчетности по Регистру (с учетом поло-возрастных и социальных параметров); формирование базы данных по договорам страхования; формирование реестра договоров страхования. В регионах, где ЗАО «МАКС-М» осуществляет функции страховщика, созданы представительства Компании (филиалы, территориальные отделы, пункты выдачи полисов ОМС), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством, нормативными правовыми актами субъектов РФ (территории страхования), порядком, определяемым ТФ ОМС, заключенными договорами страхования. **Во Владимирской области**, где ЗАО «МАКС-М» также осуществляет функции страховщика, действует 1 филиал Компании, 11 территориальных отделов и 2 пункта выдачи полисов ОМС. Все представительства компании на территории области оснащены компьютерной, оргтехникой, телефонизированы, объединены локальной сетью, имеется доступ в интернет. В Филиале ЗАО «МАКС-М» г. Владимира имеется отдел информационного обеспечения, с соответствующим техническим обеспечением и программными средствами, необходимыми для работы по обязательному медицинскому страхованию, адаптированных к требованиям территориальной программы ОМС: ▪ комплекс программ по автоматизированному формированию и ведению реестра застрахованных; ▪ комплекс программ автоматизированного медико-экономического контроля оказанной застрахованным медицинской помощи, обеспечивающий проверку 100% предъявленных к оплате счетов-фактур ЛПУ на соответствие территориальной программе ОМС; ▪ программное обеспечение по проведению экспертизы качества медицинской помощи; ▪ персонифицированный учет объемов и стоимости медицинской помощи; формирование государственной и ведомственной отчетности, предусмотренной в системе ОМС. Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации при обязательном медицинском страховании осуществляются на основании договора страхования. В ЗАО «МАКС-М» при обращении работающий гражданин предъявляет документы, предусмотренные Положением о порядке информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования на территории и письмами ТФОМС. Инспектор заносит данные в «Журнал регистрации застрахованных по договору», затем в программный продукт по ведению персонифицированного учета застрахованных АИС «ОМС», установленный на ПК инспекторов. Застрахованный проверяет данные на распечатанном полисе и расписывается в «Журнале…». Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим заключение договора медицинского страхования граждан. Бланки полисов получают начальники территориальных отделов с учетом остатков на пунктах выдачи полисов. Ежемесячно составляется отчет о движении полисов, где указывается остаток на начало отчетного периода, количество полученных полисов, количество выданных полисов, испорченных, остаток на конец отчетного периода. Погашенные полисы, испорченные бланки полисов оформляются Актом приема-передачи. Основанием для заключения договора обязательного медицинского страхования работающих граждан являются Свидетельство о регистрации в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения. Страхователь предоставляет списки застрахованных с указанием данных в соответствии с Положением о порядке информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования на территории. **В филиале ЗАО «МАКС-М» г. Владимира** полисы выдаются и доставляются

	страхователю **в день** предоставления списков застрахованных, либо непосредственно в присутствии представителя страхователя **в течении 25 секунд.** По заключенным договорам ОМС ведется реестр с указанием № договора, даты заключения, количества застрахованных, адреса страхователя. **Ведение персонифицированного учета медицинской помощи**, оказанной застрахованным гражданам учреждениями здравоохранения осуществляется с помощью информационных технологий, позволяющих производить учет всех возрастных категорий (учет медицинской помощи, оказанной пациенту, в соответствии с программой ОМС; формирование счетов-фактур для оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи за оказанную медицинскую помощь; учет выписанных пациентам медикаментов; формирование дополнительных реестров и счетов для последующей оплаты случаев длительной госпитализации; формирование отчетов по нагрузке специалистов и подразделений ЛПУ (объем оказанной медицинской помощи)); взаиморасчеты с ЛПУ; взаиморасчеты с ТФ ОМС; подготовка плановых объемов медицинской помощи ЛПУ на год; программный комплекс, обеспечивающий формирование данных о выполнении плановых показателей ЛПУ помесячно и в целом за период; контроль выполнения месячных объемов медицинской помощи по ЛПУ и региону страхования; формирования финансовой и государственной статистической отчетности; решение комплекса задач медицинского страхования и аналитической обработки полученной информации на уровне страховой компании. Программный комплекс обеспечивает расчет себестоимости всего спектра детальных медицинских услуг, представленных Классификатором (в рублях) на основе параметров и экономических данных ЛПУ, а также расчет себестоимости лечения заболевания по законченному случаю на основе применения в системе учета медико-экономических стандартов (МЭСов). **Система расчетов между субъектами ОМС** регулируется договорами с территориальными фондами ОМС (договор территориального фонда ОМС со страховой организацией (типовой договор утвержден Типовыми правилами обязательного медицинского страхования граждан, утвержденных ФФОМС от 03.10.2003 г. № 3856/30-3/и (с изменениями); и договорами на предоставление лечебно-профилактической помощи с ЛПУ, имеющими соответствующую лицензию на оказание медицинской помощь в соответствии с Территориальными программами государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. ЗАО «МАКС-М» с учетом заключенных договоров и имеющихся в компании программных продуктов осуществляет взаиморасчеты с субъектами ОМС в соответствии с нормативными документами, регламентирующими систему взаимодействия на территории: - Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, утв. Постановлением Правительства субъекта РФ - Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования населения, утвержденным на территории субъекта РФ - Тарифным соглашением, действующим на территории - Положением о порядке формирования и использования страховых резервов и средств на ведение дела страховых медицинских организаций», утвержденных ТФ ОМС - «Положением о порядке информационного взаимодействия в системе ОМС на территории субъекта РФ Система взаиморасчетов между ТФОМС - филиалом ЗАО «МАКС-М» – медицинскими учреждениями строится на основе следующих принципов: ТФОМС финансирует страховую медицинскую организацию на основании договора ТФОМС со страховой медицинской организацией. Финансирование СМО осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным в соответствии с «Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования ОМС , утвержденной ТФ ОМС. В соответствии с договором финансирования обязательного медицинского страхования ЗАО «МАКС-М» и Владимирского областного Фонда ОМС, страховщик ежемесячно формирует из полученных от Фонда средств в соответствии с установленными нормативами: - средства на оплату медицинских услуг – 99,1%, - средства на ведение дела – 0.9%, - фонд оплаты труда- в размере не более 60% средств на ведение дела. При наличии свободных средств после оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь формируется запасной резерв. Порядок использования страховщиком финансовых резервов устанавливает Фонд ОМС. Указанные средства используются строго по целевому назначению в соответствии с действующими нормативными документами. Расчеты между страховой медицинской организацией (ТФОМС) и медицинским учреждением производятся путем оплаты ею счетов медицинского

	учреждения в соответствии с Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования. В ЗАО «МАКС-М» имеется программный продукт, обеспечивающий решение задач по взаиморасчетам с ТФ ОМС: расчет на финансирование СМО; расчет на финансирование СМО по межрегиональной и межтерриториальной помощи; подготовка актов передачи счетов-фактур (ежемесячная отчетность об использовании средств ОМС); взаиморасчетам с ЛПУ: подготовка рабочих материалов о сформированных страховых резервах, о финансировании ЛПУ; обработка счетов-фактур; подготовка документов на оплату по счетам-фактурам ЛПУ. В соответствии с установленными договорами сроками ЛПУ представляют в СМО счета за оказанную медицинскую помощь. СМО проводит первичный медико-экономический контроль предъявленных к оплате счетов, при котором проверяется: наличие лицензии ЛПУ на оказание медицинской помощи, выполнение плановых объемов, соответствие оказанной медицинской помощи территориальной программе ОМС, соответствие положению о порядке информационного взаимодействия в системе ОМС на территории. В соответствии с принятой в ЗАО «МАКС-М» системой электронных платежей, бухгалтерские службы Головной компании и филиалов оснащены системой «Клиент-банк». Использование данной системы позволяет производить перечисление денежных средств с формированием электронного платежного поручения, осуществлять «встречные платежи», что существенно сокращает сроки перечисления средств. ЗАО «МАКС-М» открыты расчетные для перечисления средств ОМС в каждом регионе, где ЗАО «МАКС-М» осуществляет функции страховщика.
4.3.Организационно-технологическая схема оказания услуг	**Закрытое акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания» (ЗАО «МАКС-М») в рамках исполнения муниципального контракта обязуется обеспечить организацию предоставления медицинской помощи (услуг) определенного объема и качества с выдачей застрахованным страховых медицинских полисов обязательного страхования граждан.** 1. Гарантируем соответствие объема медицинской помощи программе обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой на соответствующий год. 2. Обязуемся организовать обеспечение граждан страховыми медицинскими полисами обязательного страхования (выдача, замена, гашение, продление). 2.1 Срок замены полисов, выданных предыдущим Страховщиком, **в день** заключения Государственного контракта обязательного медицинского страхования. 2.2. Срок выдачи полиса с момента обращения гражданина в **течение 25 секунд**. 2.3.С учетом имеющихся программных продуктов обязуемся формировать и вести электронную базу застрахованных. 3. Для реализации принимаемых обязательств на территории Владимирской области в настоящее время действует филиал ЗАО «МАКС-М» в г.Владимире, состоящий из центрального офиса (г.Владимир ул. Столетовых 9), 11 территориальных отделов в г.г. Вязники, Гусь-Хрустальный, Киржач, Ковров, Муром, Петушки, Кр.Горбатка, Собинка, Судогда, Суздаль,Ю.-Польский и 2-х пунктов выдачи полисов в г.г.Александров, Кольчугино, полностью оснащенные материальными и кадровыми ресурсами. Отделы обеспечены нормативно законодательными актами и правоустанавливающими документами деятельности страховой компании, а так же методическими, распорядительными документами, регламентирующими осуществление ОМС и утвержденными отчетными формами. В отделах размещается перечень ЛПУ, имеющих с Компанией договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию, информация по вопросам правового обеспечения ОМС, защиты прав застрахованных, режиму работы структурных подразделений и специалистов Компании с указанием их телефонов и адресов. Для выполнения всех функций Страховщика филиал обеспечен собственными программными продуктами ЗАО «МАКС-М», полностью соответствующими требованиям нормативных документов, регламентирующих ОМС на территории Владимирской области (справка прилагается). В филиале созданы и функционируют Управление организации ОМС, Управление по экспертизе качества и защите прав застрахованных граждан (выписка из штатного расписания прилагается), круглосуточный консультационно-диспетчерский центр для застрахованных (справка прилагается), отдел информационного обеспечения, планово-экономический отдел. **Юридическую защиту прав застрахованных граждан осуществляет юрисконсульт филиала и штатные юристы Головной компании в количестве 22 человека.** 4. Доступность застрахованным гражданам медицинской помощи обеспечена в полном (100%) объеме в соответствии с территориальной программой государственных гарантий Владимирской области.

	5. Гарантируем проведение следующих видов контроля объемов и экспертизы качества медицинской помощи: - медико-экономический контроль (МЭЭ) реестров медицинских услуг в 100% случаев; - экспертизу качества оказанной медицинской помощи, включая первичную медико-санитарную помощь, оказанную неработающим гражданам в объемах, определенных нормативными правовыми актами ; - целевой экспертизы по результатам МЭЭ и в соответствии с утвержденными критериями отбора за отчетный период; - плановой экспертизы не менее 1 раза в год в каждом медицинском учреждении, с которыми Компания имеет договорные отношения. В ВОФОМС будут регулярно представляться акты экспертизы качества медицинской помощи и реестры актов всех видов экспертиз. Контроль качества и объемов медицинской помощи будет проводиться врачами экспертами. В ходе плановой экспертизы объемов и качества медицинской помощи в ЛПУ гарантируем проведение: а) проспективного контроля качества медицинской помощи в форме обходов подразделений медицинского учреждения, очного опроса пациентов; б) анонимного анкетирования пациентов для изучения их мнения о работе медицинского учреждения по обеспечению качества предоставляемой медицинской помощи; в) приема населения врачом-экспертом по вопросам обеспечения и защиты прав застрахованных. 6. Обязуемся обеспечить защиту прав застрахованных на получение бесплатной качественной медицинской помощи по программе ОМС: а) информирование застрахованных граждан об их правах в системе ОМС, о Правилах ОМС и Территориальной программе ОМС: После подписания Государственного контракта по взаимной договоренности Компания гарантирует проведение на территории страхователя семинара по защите прав застрахованных на получение бесплатной медицинской помощи по программе ОМС, на котором: - подробно ознакомит с Правилами ОМС и Владимирской областной программой ОМС, в том числе перечнем и адресами лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь в данном муниципальном образовании и перечнем государственных медицинских учреждений, участвующих в выполнении Программы ОМС во Владимирской области. проинформирует работающих: - об их правах при обращении в медицинское учреждение за получением медицинской помощи; - о правилах обеспечения страховыми медицинскими полисами населения; - о порядке работы Компании с обращениями, заявлениями граждан по вопросам реализации их прав в системе ОМС; - о состоянии организации и качества оказания медицинской помощи по результатам рассмотрения заявлений и жалоб застрахованных; - о представление администрации по письменному запросу аналитических материалов по итогам анкетирования граждан, результатам вневедомственной экспертизы объема и качества медицинской помощи; в) информационно-справочная служба: Для обеспечения прямого круглосуточного общения с населением по реализации его прав на доступную качественную медицинскую помощь и реализацию других прав застрахованных граждан в системе ОМС в филиале создан Консультативно-диспетчерский центр с круглосуточным режимом работы и бесплатным, для граждан доступом к многоканальному федеральному номеру телефона **8(800) 555-99-03**, кроме того гарантирует обеспечивать бесперебойную телефонную связь для жителей муниципальных образований со специалистами территориальных отделов филиала по интересующим жителей вопросам, открытие «Форума» в Интернете на сайте Компании. 7. Для исполнения обязательств по муниципальному контракту Медицинская страховая компании ЗАО «МАКС-М» имеет программно-технологические комплексы, реализующие функции в соответствии с порядком информационного взаимодействия и форматами обмена, установленными Территориальным Фондом ОМС. Программные комплексы полностью соответствуют нормативно-правовой базе Владимирской области и не требуют адаптации. Информационные технологии, разработанные Компанией, используются на следующих уровнях автоматизации бизнес-процессов в системе ОМС: - Страхование населения - Учет оказанной медицинской помощи в ЛПУ застрахованному населению - Экспертиза объема и качества оказанной медицинской помощи

	- Статистический анализ - Развитие средств телекоммуникационной связи Компании с партнерами
4.4.Требования безопасности	В компании проводятся мероприятия по технике безопасности в соответствии с требованиями Федерального закона от 30.06.2006 г. № 90-ФЗ.
5.Гарантии качества услуг: 5.1.Срок предоставления гарантии качества услуг	В течение действия муниципального контракта
5.2.Объем предоставления гарантий качества услуг	**100% на весь комплекс услуг**, в соответствии с действующими правовыми нормативными актами РФ и Владимирской области, регулирующими отношения в системе ОМС Медицинская страховая компания ЗАО «МАКС-М» работает по реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» с 1994 года. **Компания имеет бессрочную лицензию на осуществление ОМС** - **Лицензия 2226 от 23.12.1994 г.** - **Лицензия С № 2226 77 от 25.10.2005 г.;** - **Лицензия С № 2226 77, от 26.03.2007 г.** **В ЗАО «МАКС-М» (центральная дирекция – Московский регион и в каждом филиале Компании) созданы службы защиты прав застрахованных, медико-экономического контроля качества медицинской помощи,** оказанной застрахованным гражданам. При рассмотрении жалоб и обращений застрахованных ЗАО «МАКС-М» руководствуется нормативными и законодательными актами РФ, а также региональным законодательством, регламентирующим деятельность страховых компаний в данном вопросе. В целях защиты прав застрахованных разработана методология получения и обработки сведений от застрахованных с реализацией конкретных мероприятий по работе с жалобами и обращениями застрахованных. Для защиты прав граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию ЗАО «МАКС-М», в судебных разбирательствах Компанией **бесплатно** привлекаются юрисконсульты Головной компании, имеющие региональный опыт защиты прав застрахованных. Вопросы защиты прав застрахованных являются приоритетным направлением в деятельности филиала ЗАО «МАКС-М» на территории страхования. Это направление реализуется в первую очередь путем: – разъяснения застрахованным их прав при обращении за медицинской помощью; – работой с жалобами и обращениями пациентов, как устными, включая обращения по телефону, так и письменными. Разъяснения прав застрахованных осуществляется путем предоставления им соответствующей информации. Информация доводится путем: – размещения соответствующих документов на специальных стендах в офисах филиала и его территориальных отделов, а также пунктах выдачи полисов; – размещения информации в печатных средствах массовой информации; – информировании застрахованных через средства радио и телевидения. Для работы с жалобами и обращениями как застрахованных, так и пациентов, в структуре управления экспертизы объемов и качества медицинской помощи застрахованным созданы отделы по защите прав пациентов, в задачи которых входит: – регистрации всех обращений застрахованных; – оказание консультативной помощи в случаях, когда не требуется письменный ответ, в том числе оказание помощи медицинским работникам в решении вопросов, связанных с оказанием помощи застрахованным; – разбор и анализ обращений, при необходимости изучение соответствующей медицинской документации, в т.ч. первичной; подготовка ответов заявителям **Филиал ЗАО «МАКС-М» в г Владимире** осуществляет свою деятельность по обязательному медицинскому страхованию на основании перечня нормативных актов перечисленных ниже: - Закон РФ. № 1499-1 «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» от 28.06.1991 г.; - Типовые правила ОМС № 5359 от 24.12.2003 г. (в редакции Приказа ФФОМС № 74 от 24.11.2004 г); - Постановление Губернатора Владимирской области № 109 от 16.02.2004 г. - Правила ОМС граждан РФ, проживающих на территории Владимирской области (Приложение к постановлению губернатора Владимирской области от 16.02.2004 г. № 109); - Программа гос. гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи на текущий год.

	- Договор о финансировании обязательного медицинского страхования между ФОМС и филиалом ЗАО «МАКС-М» в г. Владимире; - Положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС на территории Владимирской области.
6.Место оказания услуг:	г. Владимир
7.Форма и размер обеспечения исполнения муниципального контракта:	Не требуется

3. ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» юр. адрес: 115998, г.Москва, ул.Пятницкая, д.12, стр.2, почтовый адрес:117105, г.Москва, ул.Нагатинская, д.1. стр.14, т/ф (495) 232-34-91, филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г.Владимире, почтовый адрес: 600000, г.Владимир, ул.Спасская, д.4:

Предлагаемые условия заключения муниципального контракта:

Наименование услуг	Показатель ООО «СК «Ингосстрах –М»
1. Объем услуг	**Оказание услуг по обязательному медицинскому страхованию 47 работникам Управления здравоохранения администрации г. Владимира** в рамках программы государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи на 2009г. (Постановление Губернатора области от 31.12.2008г. №992).
2. Стоимость услуг и условия финансирования: 2.1. Стоимость услуг *(цифрами и прописью)*	**276515,00 руб.** (двести семьдесят шесть тысяч пятьсот пятнадцать рублей), цена муниципального контракта определяется размером единого социального налога в части, подлежащей уплате муниципальным заказчиком в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с налоговым законодательством Российской Федерации в течение всего срока действия муниципального контракта.
2.2. Форма, сроки и порядок оплаты услуг:	Форма оплаты услуг: безналичный расчет в рублях РФ Сроки и порядок оплаты услуг выполняется в соответствии с действующим налоговым законодательством РФ, в соответствии со статьей 241 НК РФ.
3. Сроки оказания услуг:	С момента заключения муниципального контракта по 31.12.2009г.
4. Качество услуг: 4.1. Мероприятия по обеспечению качества	**Страховая компания ООО «СК Ингосстрах – М» для обеспечения качества оказания услуг в сфере обязательного медицинского страхования обеспечивает:** • Финансирование предоставленной гражданам медицинской помощи определенного объема и качества и иных услуг, регламентированных законодательством Российской Федерации и Владимирской области по договорам, заключенным со всеми лечебными учреждениями области, работающих в системе ОМС; • Оплату всех счетов (межтерриториальные расчеты), по требованиям Владимирского областного фонда ОМС, выставленные лечебными учреждениями России, в которых была оказана медицинская помощь нашим застрахованным; • Работу 9 офисов и 9 представителей в городах области по удобному для застрахованных граждан графику; • Выдачу страховых медицинских полисов стандартного образца в кратчайшие сроки и их доставку с помощью курьерской службы в организации; • Контроль объемов и качества предоставляемой лечебными учреждениями медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2009г.; • Проведение консультаций для застрахованных граждан по вопросам организации и оказания медицинской помощи; • Организацию диспетчерской службы по приему обращений граждан, активную работу «горячей линии» в городах Владимирской области: Владимире, Александрове, Вязниках, Гусь – Хрустальном, Коврове, Кольчугино, Меленках, Муроме и Радужном; • Оказание застрахованным гражданам бесплатной юридической помощи в судебных разбирательствах, связанных с качеством медицинской помощи и представлять их интересы в судебных органах; • Проведение информационно-разъяснительной работы среди населения о правах застрахованных граждан в системе ОМС и обязанностях страховой медицинской организации по защите данных прав; • Проведение выездных семинаров для клиентов; • Своевременную подготовку документации по всем видам необходимой отчетности контролирующим органам. • Работу с лечебными учреждениями по базе данных застрахованных граждан в режиме взаимного обмена и взаимопомощи. • Регулярное обучение и повышение квалификации сотрудников страховой компании.

	• Работу в системе обязательного медицинского страхования области, соблюдая положение компании ООО «СК «Ингосстрах – М» о конфиденциальности информации и профессиональную этику.
4.2. Методы и технология оказания услуг	В 61 субъекте Российской Федерации зарегистрированы филиалы компании, в 28 субъектах ООО «СК «Ингосстрах – М» обеспечивает ОМС. ООО «Страховая компания «Ингосстрах – М» имеет лицензии, дающие право на осуществление обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования и страхования обеспечения лекарственными средствами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи. Страховая компания является активным членом Межрегионального Союза Страховщиков. В 2008г. Национальным Рейтинговым Агенством нашей компании присвоен самый высокий рейтинг надежности А+ (высокая надежность, первый уровень). Владимирский филиал ООО «СК «Ингосстрах – М» работает на всей территории области, имеет 9 обособленных подразделений в гг. Владимир, Ковров, Александров, Кольчугино, Гусь- Хрустальный, Меленки, Вязники, Муром, Радужный. В настоящее время организована работа ещё 9 представителей филиала в гг. Киржаче, Гороховце, Суздале, Петушки, Судогде, Собинке, Камешково. Филиал обслуживает застрахованного работающего населения - 275722 человека. Владимирском филиале компании работают в штате и по договорам - 48 чел. В целях улучшения качества обслуживания застрахованных по обязательному медицинскому страхованию и контроля за качеством лечения застрахованных 27.12.2004 года приказом Генерального директора были созданы следующие службы: 1. Служба защиты прав застрахованных 2. Служба обеспечения граждан медицинскими полисами 3. Юридическая служба 4. Служба информационного обеспечения Структура Владимирского филиала ООО «СК «Ингосстрах –М: Отдел управления Отдел страхования Отдел медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных Финансово-экономический отдел Юридический отдел ***Для работы во всех отделах страховой компании установлен сертифицированный программный продукт «Автоматизированный комплекс по учету застрахованных лиц и экспертизе требований на оплату ЛПУ в системе ОМС», все рабочие места сотрудников компьютеризированы.*** Программное обеспечение позволяет осуществлять: • ***Персонифицированный учет базы данных застрахованных.*** • Выгрузку информации в единую базу данных Владимирского областного фонда ОМС • ***Проведение медико-экономической экспертизы и учета оказанной медицинской помощи, как в целом, так и по отдельным ЛПУ.*** • ***Ведение базы данных договоров ОМС заключенных со страхователями.*** • Ведение базы данных договоров с лечебными учреждениями. • Обработка счетов поступающих от ЛПУ. • Учет выплат осуществляемых в адрес ЛПУ. • Ведение всех видов бухгалтерского учета. • Ведение с июля 2007г. всех видов расчетов с ЛПУ, отчетности и экспертизы по «пилотному» проекту, направленному на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. • Экспертиза льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг. • ***Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи на одного застрахованного (лицевые счета) по всем видам медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС*** Ежедневно ведется консультационный прием, работает «Горячая линия» по вопросам обеспачения ОМС в городах: Владимир, Александров, Вязники, Гусь – Хрустальный, Ковров, Кольчугино, Муром, Радужный, Меленки. В 2008г. в средствах массовой информации опубликованы статьи для населения по разъяснению их прав в рамках системы ОМС, клиентам разосланы письма с предложением более активно обращаться в страховую компанию по вопросам неудовлетворительного оказания медицинской помощи. Компания ООО «СК «Ингосстрах – М» имеет сайт в сети Интернет (www/ingos-m.cross-m.ru), который предоставляет возможность информационных услуг застрахованным гражданам в режиме двухстороннего обмена. На сайте представлены основные документы по системе обязательного медицинского страхования в Российской федерации, информация о филиалах компании и подразделениях, размещена финансовая отчетность за последний год.

	Застрахованные граждане могут воспользоваться услугами консультационно-диспетчерской службы, получить по заказу необходимую информацию типографского издания. В 2008г. Владимирским филиалом компании получено 18 благодарственных писем от клиентов (заводы, предприятия, больницы, администрации районов области и др.)
4.3. Организационно – технологическая схема оказания услуг	Объем и виды медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, определяются в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее по тексту ОМС), входящей в программу государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи на 2009г. (Постановление Губернатора области от 31.12.2008г. №992). Правила обязательного медицинского страхования граждан РФ, проживающих на территории Владимирской области утверждены постановлением Губернатора области №109 от 16.02.2004г. ООО «СК «Ингосстрах – М» в рамках исполнения Программы обязательного медицинского страхования подписаны на 2009г. договоры о финансировании с Владимирским областным фондом ОМС и долгосрочные договоры на оказание и финансирование медицинских услуг со всеми 111 лечебными учреждениями области, включенными в систему ОМС в 2009г. Также страховой компанией оплачиваются все счета (межтерриториальные расчеты), выставленные лечебными учреждениями России, в которых была оказана медицинская помощь нашим застрахованным. При заключении договора (контракта) с организацией страховой компанией, в рамках законодательства РФ и Владимирской области, ***выдаются полиса стандартного образца, которые печатаются автоматически (1 полис за 20 секунд), клиент-организация (не более 50 человек) обслуживается: подписывается договор и обеспечивается полисами в течение 30 минут, с момента предоставления списков сотрудников. Полиса по желанию клиентов доставляются по указанному адресу курьерской службой. При утере полиса дубликаты застрахованным гражданам выдаются бесплатно.*** В страховую компанию поступает персонифицированная отчетность и счета от всех лечебных учреждений области, работающих в системе ОМС, на все виды медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу, обрабатываются с помощью компьютерной программы. Страховой компанией проводится медико–экономическая экспертиза: плановая, внеплановая, по жалобам, по лекарственному обеспечению, по «пилотному» проекту (в 2007г.-2008г.), по распоряжению государственных органов, и др. В настоящее время повышается роль юридического отдела Владимирского филиала компании, в котором работают два юриста. Отдел осуществляет: оказание правовой помощи застрахованным по вопросам обязательного медицинского страхования; ***бесплатную юридическую помощь застрахованным при судебных разбирательствах, связанных с качеством медицинской помощи и обеспечении лекарственными средствами;*** юридическую экспертизу проектов информационных сообщений, семинаров, выступлений, договоров; проведение юридических консультаций по вопросам обязательного медицинского страхования для организаций и застрахованных граждан, контроль за заключением, продлением и расторжением договоров по ОМС, и др. Система контроля качества оказываемых медицинских услуг определена законодательством Владимирской области, приказами департамента здравоохранения и Владимирского фонда ОМС. ***Работу по контролю качества медицинской помощи в страховой компании проводит отдел защиты прав застрахованных и вневедомственного контроля качества медицинской помощи. В нем работают 26 врачей – экспертов*** высшей и первой категории по следующим специальностям: кардиология, акушерство и гинекология, неврология, стоматология, ревматология, дерматовенерология, хирургия, травматология, ортопедия, терапия, пульмонология. ***Пять врачей – экспертов являются штатными.*** ***В настоящее время подписан договор с Ярославским филиалом ООО «СК «Ингосстрах – М» по организации сотрудничества и обмена врачами –экспертами в рамках проведения экспертизы медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам во Владимирской области.*** Вневедомственный контроль качества проводится по следующим направлениям: • Проведение экспертизы медицинской помощи в лечебных учреждениях. • Работа по обращениям граждан – консультации, экспертиза. • Экспертиза льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг. При выявленных нарушениях в оказании медицинской помощи страховая компания применяет к ЛПУ штрафные санкции. ***Экспертиза медицинской помощи подразделяется на плановую и целевую.*** В 2009г. Владимирским филиалом ООО «СК «Ингосстрах –М» определено провести 282000 плановых экспертиз медицинской помощи, что ***составит на 1000 застрахованных граждан 1024 плановых экспертиз качества медицинской помощи.*** Во Владимирском филиале компании ежедневно ведется консультационный прием по вопросам медицинского страхования и оказания медицинской помощи, работает телефон «горячей линии». Многие жалобы граждан снимаются, благодаря оперативному

	взаимодействию сотрудников страховой компании с руководителями и врачами лечебных учреждений. ***Письменные жалобы отделом медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных рассматриваются гораздо оперативнее сроков, определенных законодательством Российской Федерации, а именно: устные жалобы рассматриваются – в течение одного дня. Письменные жалобы – рассматриваются в течение 1 дня, если указан телефон застрахованного – ответ также дается в течение одного дня. Жалобы, при которых необходимо провести медицинскую экспертизу рассматриваются в течение пяти дней.***
4.4. Требования по безопасности	В своей работе ООО «СК «Ингосстрах-М» руководствуется федеральным законодательством в сфере соблюдения необходимых мероприятий по защите информации, а также внутренними приказами: «О введении в действие Положения о конфиденциальной информации ООО «СК «Ингосстрах – М» (приказ № 141/06 от 07.11.2006г.) и приказ № 85/08 от 17.06.2008г «О введении Кодекса этики ООО «СК «Ингосстрах – М». Компания использует только сертифицированные программные продукты. Допуск врачей для проведения экспертизы качества медицинской помощи страховой компании оформлен по требованиям законодательства РФ, все врачи сертифицированы и имеют право проводить медицинскую экспертизу. По запросам руководителей организаций, контролирующих и судебных органов страховой компанией предоставляется информация строго в рамках, разрешенных законодательством РФ.
5. Гарантии качества услуг: 5.1. Срок предоставления гарантии качества услуг	На весь период действия муниципального контракта.
5.2. Объем предоставления гарантий качества услуг	100% на весь комплекс услуг, в соответствии с действующими правовыми нормативными актами РФ и Владимирской области, регулирующими отношения в системе ОМС.
6. Место оказания услуг:	г. Владимир
7. Форма и размер обеспечения исполнения муниципального контракта:	не требуется

Конкурсная комиссия приняла решение:

Процедуру рассмотрения заявок назначить на ***10 ч 30 мин. 28 мая 2009 года*** по адресу: 600017, г.Владимир, ул.Горького, д.40.

Решение принято единогласно.

Подписи:

Председатель конкурсной комиссии _____ О.В. Зяблов

Зам. председателя конкурсной комиссии _____ М.О. Маслова

Члены комиссии: _____ М.А. Шехирев

_____ Д.В. Поляновский

Секретарь комиссии

_____ М.Н. Шибаева

Представитель заказчика: _____ М.А. Жукова