Утверждено Комиссией по разработке

ТП ОМС от 29.12.2021г. № 31

Порядок прикрепления и учета граждан,

застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «гинекология»

и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации

Общие положения

1. Настоящий порядок разработан на основании статьи 21 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации № 406 «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» от 26.04.2012, № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» от 20.10.2020 г. и Регламента информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования, утвержденного на территории Оренбургской области.

2. Порядок регулирует вопросы взаимодействия участников системы ОМС при организации учета и регистрации выбора (далее – прикрепления) застрахованными по ОМС гражданами на территории Оренбургской области (далее – застрахованные лица) медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», применяющей способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу.

3. Настоящий Порядок вводится в действие с 1 января 2022 года и действует весь период применения в системе обязательного медицинского страхования на территории Оренбургской области способа оплаты первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

4. Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору медицинской организации лицами, застрахованными на территории других субъектов Российской Федерации, имеющими право на получение первичной медико-санитарной помощи по профилю «гинекология», оплачиваемой по клинико-статистическим группам заболеваний при осуществлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области (далее – ТФОМС) межтерриториальных расчетов;

5. В случае выбора застрахованным лицом одной и той же медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, и получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология», медицинская организация регистрирует каждое из заявлений застрахованного лица и ведет раздельный учет указанных заявлений.

6. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями), путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», с заявлением о выборе (замене) медицинской организации.

7. В соответствии с законодательством об основах здоровья граждан в РФ застрахованное лицо имеет право на выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» не чаще одного раза в год. Прикрепление по заявлению повторно в течение года может быть зарегистрировано в другой медицинской организации только в случаях смены места жительства/пребывания и после достижения застрахованным лицом возраста 18 лет.

8. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», осуществляет учет прикрепленных к ней лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) в соответствии с возрастной категорией в разрезе своих структурных подразделений (женских консультаций) и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и ТФОМС за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц в соответствии с нормативными документами, регулирующими правоотношения в системе ОМС.

Особые положения

В связи с отсутствием на момент введения в действие настоящего Порядка в системе обязательного медицинского страхования Реестра прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» (далее – РПН «гинекология»), в целях организации оказания медицинской помощи в период формирования РПН «гинекология», сохранения финансовой устойчивости медицинских организаций, а также недопущения нарушения прав застрахованных лиц на доступную и качественную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» вводится переходный период (до достижения целевого показателя численности застрахованных на территории области лиц, осуществивших по заявлениям выбор (замену) медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» и применяющей способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, равного **90%** от численности всех застрахованных лиц по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее - РС ЕРЗЛ).

На период действия переходного периода в системе ОМС Оренбургской области в рамках взаимодействия участников, организующих прикрепление застрахованных лиц, учет прикрепленного населения, вводятся следующие термины и понятия:

– Базовое прикрепление застрахованного лица (БПЗЛ) – персонифицированное прикрепление к медицинским организациям, оказывающим в системе ОМС первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», осуществленное ТФОМС по данным реестров счетов на оплату медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» за период 2018-2021 годов по состоянию на 1 ноября 2021 года – без заявления застрахованного лица независимо от места его фактического проживания и прикрепления к медицинской организации по терапевтическому признаку.

БПЗЛ, при наличии в указанный период времени одного и более обращений по профилю «акушерство и гинекология», подлежащих оплате по ОМС, осуществляется ТФОМС по следующему алгоритму:

1 этап. Выбор обращений застрахованных лиц проведен среди медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», **включая первичную медико-санитарную помощь женщинам во время беременности и родов.**

В расчет включены обращения застрахованных лиц по профилю «акушерство и гинекология», оплаченные по подушевому финансированию.

2 этап. При наличии одного или нескольких обращений в одну медицинскую организацию – прикрепление производится к медицинской организации, в которую обращался гражданин.

3 этап. При наличии равного количества обращений в две и более медицинские организации – прикрепление производится к медицинской организации, в которой зафиксировано обращение с более поздней датой.

4 этап. При наличии неравного количества обращений в две или более медицинские организации – прикрепление застрахованного лица производится к медицинской организации, в которую совершено наибольшее количество обращений.

5 этап. Базовое прикрепление застрахованного лица, при отсутствии в указанном периоде обращений в вышеуказанные медицинские организации по профилю «акушерство и гинекология» осуществляется ТФОМС по терапевтическому прикреплению застрахованного.

Персонифицированные списки застрахованных лиц, в отношении которых было осуществлено базовое прикрепление, направляются ТФОМС в соответствующие медицинские организации по защищенным каналам деловой почты VipNet в срок до 1 января 2022 года.

Данные списки являются основой формирования в каждой медицинской организации базы застрахованных лиц для оказания им медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», учета движения застрахованных лиц, объектом контроля со стороны страховых медицинских организаций и ТФОМС, а также базой для ежемесячного расчета ТФОМС дифференцированных подушевых нормативов на амбулаторно-поликлиническую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Основной целью переходного периода является формирование (начиная с 1 января 2022 года) РПН «гинекология» (в разрезе взрослого и детского населения) по заявлениям. Переход на ведение данного Реестра осуществляется постепенно, путем исключения застрахованных лиц из БПЗЛ в связи с оформлением ими заявлений о прикреплении к медицинской организации, выбранной при обращении за медицинской помощью по профилю «акушерство и гинекология» в 2022 году или последующих годах.

В случаях выхода медицинской организации из системы ОМС, либо при отсутствии заявленных объемов по профилю «гинекология» на следующий год, застрахованные лица, прикрепленные к указанной МО будут откреплены.

Для выбора медицинской организации по профилю «гинекология», указанные лица в соответствии с п.3, п.4 «Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 г. №406н, должны обратиться лично или через своего представителя с письменным заявлением о выборе медицинской организации.

3. Информационное взаимодействие медицинских организаций, страховых медицинских организаций и ТФОМС при прикреплении и учете застрахованных граждан

3.1. Заявление о выборе (замене) медицинской организации подается застрахованным лицом или его представителем на имя руководителя медицинской организации по формам (приложения 1-2).

3.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов, указанных в пункте 5 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

3.3. При осуществлении выбора (замены) медицинской организации на основании заявления застрахованное лицо должно быть ознакомлено с режимом работы и порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой формах, а также порядком его направления в другие медицинские организации для оказания ему бесплатно первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

3.4. Медицинская организация обязана проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология».

По результатам информирования застрахованного лица оформляется «Информированное согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» при выборе медицинской организации» по форме (приложение 3).

3.5. Медицинская организация, в которую поступило заявление застрахованного лица, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

3.5.1. осуществляет сканирование (светокопирование) и сохранение в бумажном и электронном виде подписанного руководителем медицинской организации заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации;

3.5.2. посредством имеющегося информационного ресурса (ЕГИСЗ или иного) формирует в электронном виде (с обязательным приложением сканированной копии поданного заявления на прикрепление) направляет запрос в ТФОМС для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и факта прикрепления по профилю «акушерство и гинекология» ранее по заявлению к другой медицинской организации;

3.5.3. после получения от ТФОМС уведомления, информирует застрахованное лицо (лично или посредством электронной связи, СМС-оповещения, иного способа) о дате прикрепления либо об отказе в прикреплении с указанием причины отказа.

3.6. ТФОМС в рамках информационного взаимодействия по вопросам прикрепления застрахованных граждан к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», их учета и контроля:

– является администратором персонифицированного Реестра ПН по профилю «акушерство и гинекология» в разрезе лиц, прикрепленных по базовому принципу и по заявлению;

– ежедневно, в режиме реального времени, осуществляет рассмотрение запросов, поступающих от медицинских организаций по защищенным каналам деловой почты VipNet (сформированным в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия) о возможности прикрепления застрахованных лиц к медицинской организации по профилю «акушерство и гинекология», по результатам которого уведомляет о прикреплении/отказе в прикреплении медицинскую организацию, направившую запрос, и, при согласовании прикрепления, уведомляет медицинскую организацию, к которой ранее было прикреплено застрахованное лицо (при прикреплении ранее по заявлению или базовому принципу) о снятии застрахованного лица с учета в РПН «гинекология»;

– обеспечивает своевременность внесения сведений, полученных по различным информационным каналам межведомственного взаимодействия (актуализацию РПН «гинекология»), и информирование соответствующих медицинских организаций о смене застрахованным лицом территории страхования и/или о законном выборе застрахованным лицом медицинской организации на территории другого субъекта Российской Федерации; смерти застрахованного лица; прекращении/приостановке действия полиса ОМС (например, в связи с изменением статуса на военнослужащего или приравненного к нему лица и т.д.);

– ежемесячно, по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным,

осуществляет расчет дифференцированных подушевых нормативов на оплату медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» медицинским организациям в разрезе страховых медицинских организаций, исходя из половозрастного состава, прикрепленного к ним населения.

Приложение 1

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС

на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

**Руководителю**

(наименование медицинской организации)

**от гр**.

(Ф.И.О. полностью)

Телефон:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ №

о выборе медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи по профилю «**акушерство и гинекология**»

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (нас. пункт, район, область, страна)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Гражданство , пол: женский

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» к \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

полис обязательного медицинского страхования (вр. свидетельство) №

(наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован на момент подачи заявления)

паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия № , выдан . .20 г.

(наименование органа, выдавшего документ)

адрес регистрации:

место фактического пребывания:

(при совпадении с адресом регистрации, указывается ТОТ-ЖЕ)

– ранее была прикреплена к медицинской организации по профилю «акушерство и гинекология» к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

(наименование медицинской организации)

– не была прикреплена / не знаю (нужное подчеркнуть)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

. .20 г.

(подпись заявителя)

. .20 г. \_\_\_\_ч\_\_\_\_м

(дата и время регистрации МО заявления) (подпись должностного лица МО)   
==============================================================

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « » 20 года. .

Отказать в прикреплении в связи с .

. .20 г.

М.п. (подпись и рашифровка подписи руководителя или уполномоченного лица)   
=======================================================================

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки . .20 г.

**Получил копию заявления** (подпись и рашифровка подписи заявителя)

Приложение 2

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС

на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

**Руководителю**

(наименование медицинской организации)

**от гр**.

(Ф.И.О. полностью)

Телефон:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ №

о выборе медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи по профилю «**акушерство и гинекология**»

Я,

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина ,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения место рождения\_

(число, месяц, год) (нас. пункт, район, область, страна)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство , пол: женский

Представителем, которого я являюсь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

основание (несовершеннолетний ребенок; недееспособность; попечительство и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология»

к \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

полис обязательного медицинского страхования (вр. свидетельство) №

(наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован на момент подачи заявления)

паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия № , выдан . .20 г.

(наименование органа, выдавшего документ)

адрес регистрации прикрепляющегося:

место фактического пребывания:

(при совпадении с адресом регистрации, указывается ТОТ-ЖЕ)

– ранее была прикреплена к медицинской организации по профилю ««акушерство и гинекология» к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование медицинской организации)

– не была прикреплена / не знаю (нужное подчеркнуть)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» и согласие на использование персональных данных представляемого мною лица при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

. .20 г.

(подпись заявителя)

. .20 г. \_\_\_\_ч\_\_\_\_м

(дата и время регистрации МО заявления) (подпись должностного лица МО)   
===============================================================

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « » 20 года. .

Отказать в прикреплении в связи с .

. .20 г.

М.п. (подпись и рашифровка подписи руководителя или уполномоченного лица)   
==========================================================================

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки . .20 г.

**Получил копию заявления** (подпись и рашифровка подписи заявителя)

Приложение 3

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС

на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» при выборе медицинской организации

Я,

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения « » года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлена ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в неотложной и плановой формах, в том числе порядок получения направления в другие медицинские организации для оказания мне бесплатно первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирована о возможности быть прикрепленной для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» только к одной медицинской организации.

. .20 г.

(дата согласия)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О. сотрудника МО, проводившего информирование)

Председатель комиссии Савинова Т.Л. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены Комиссии:

|  |  |
| --- | --- |
| Варавва Л.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Митрофанов Р.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Васильева Т.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Пензяков А.К.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Гречихина С.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рубцова И.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дурченков Д.К.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Суханова Ю.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Иванов В.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Чевычалова С.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Малая Т.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Чолоян С.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Марковская В.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Шатилов А.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |