

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В ОБЪЕМЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)**

г. Якутск

«30» декабря 2021г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), именуемое в дальнейшем «Министерство здравоохранения», в лице министра Афанасьевой Л.Н., действующее на основании Положения;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования РС (Я), именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице директора Горохова А.В., действующий на основании Положения;

Страховая организация: АО «СМК Сахамедстрах» в лице генерального директора Варфоломеевой Г.Д., действующая на основании Устава;

Якутская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице заместителя председателя Бугаевой П.Т., действующая на основании Устава;

Общественная организация «Общество хирургов Республики Саха (Якутия) в лице председателя Винокурова М.М., действующая на основании Устава;

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили тарифное соглашение (далее - СОГЛАШЕНИЕ) о нижеследующем:

СОГЛАШЕНИЕ разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021г. №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020г. №1397н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Саха (Якутия) в сфере обязательного медицинского страхования.

СОГЛАШЕНИЕ определяет и устанавливает:

- порядок применения способов оплаты медицинской помощи;
- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС);
- порядок и условия применения тарифов;
- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание

либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

СОГЛАШЕНИЕ распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия).

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской

организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая их соответствие требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.05.2012г. №543н.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

По дополнительной сверхбазовой программе финансового обеспечения медицинской помощи (за счет межбюджетных трансфертов из государственного бюджета Республики Саха (Якутия), передаваемых ТФОМС на финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой), оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия):

- за посещения при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами);

- за посещения при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам на медицинскую помощь согласно Приложениям №7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 к СОГЛАШЕНИЮ.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования,

в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских

пунктов;

- расходов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции(COVID-19);

- расходов на углубленную диспансеризацию;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на оплату за комплексные обследования и медицинские услуги, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РС(Я);

- расходов на оплату медицинской помощи, оказанной в Центрах амбулаторной хирургии, Центрах амбулаторной онкологической помощи.

Порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи установлен в Приложении №6 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в Приложениях №2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний,

состояний, приведенных в приложении №6 «Порядок оплаты медицинской помощи».

По дополнительной сверхбазовой программе финансового обеспечения медицинской помощи (за счет межбюджетных трансфертов из государственного бюджета Республики Саха (Якутия), передаваемых ТФОМС на финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС), оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия):

- за койко-день лечения по медицинской помощи, оказанной на койках сестринского ухода.

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется по тарифам на медицинскую помощь согласно Приложениям №17-24 к СОГЛАШЕНИЮ.

Порядок оплаты стационарной медицинской помощи установлен в Приложении №6 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в Приложении №3 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении №6 «Порядок оплаты медицинской помощи».

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифам на медицинскую помощь согласно Приложениям №17, 19, 22, 23, 25, 26 к СОГЛАШЕНИЮ.

Порядок оплаты стационарозамещающей медицинской помощи установлен в Приложении №6 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях

дневного стационара, приведен в Приложении №4 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

2.4.1. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, осуществляется по тарифам согласно Приложениям №27-29 к СОГЛАШЕНИЮ.

Порядок оплаты скорой медицинской помощи установлен в Приложении №6 к СОГЛАШЕНИЮ».

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в Приложении №5 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования наприкрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) - данный способ оплаты применяется для медицинских организаций, перечисленных в Указе Президента РФ от 02.05.2014 №296 «О сухопутных территориях арктической зоны Российской Федерации»;

- для обоснования и планирования объемов специализированной медицинской помощи для медицинских организаций указанных в Таблице 1 Приложении №2.5. Тарифного соглашения используются КПП, кроме следующих КСГ: в стационарных условиях: st08.001- st08.003, st12.015- st12.019, st19.001- st19.122, и если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «Онкология» - st27.014, st36.012; в условиях дневного стационара: ds08.001- ds08.003, ds19.016- ds19.079, ds36.006, для медицинских

организаций, указанных в Таблице 2 Приложении №2.5. Тарифного соглашения используются КСГ.

Оплата медицинской помощи, оказанной в данных медицинских организациях, осуществляется по тарифам на медицинскую помощь согласно Приложениям №8,10,11,13-17,19-26,29,30.2,31,33,36 к СОГЛАШЕНИЮ.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в данных медицинских организациях, установлен в Приложении №6 к СОГЛАШЕНИЮ. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции(COVID-19);

- расходов на углубленную диспансеризацию;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на оплату за комплексные обследования и медицинские услуги, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РС(Я);

- расходов на оплату медицинской помощи, оказанной в Центрах амбулаторной хирургии, Центрах амбулаторной онкологической помощи;

- расходов на оплату за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ:

в стационарных условиях: st08.001- st08.003, st12.015- st12.019, st19.001- st19.122, и

если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «Онкология» - st27.014, st36.012; в условиях дневного стационара: ds08.001- ds08.003, ds19.016- ds19.079, ds36.006.

- расходов на оплату за койко-день лечения по медицинской помощи, оказанной на койках сестринского ухода по дополнительной сверхбазовой программе финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия).

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. СОГЛАШЕНИЕ устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи (медицинские услуги) на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) (далее – Комиссия), действующие в 2022 году.

3.2. Тарифы на медицинские услуги устанавливаются согласно Приложениям, перечисленным в пункте 5.5.СОГЛАШЕНИЯ, которые являются неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ.

3.3. Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи определен Приложением №6 к СОГЛАШЕНИЮ. Данный порядок применяется в отношении тарифов по п.5.5 СОГЛАШЕНИЯ.

3.4. Изменения тарифов на оплату медицинской помощи и порядка их применения устанавливаются ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ СОГЛАШЕНИЯМИ к СОГЛАШЕНИЮ на основании решений Комиссии.

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

3.5.1. средний размер подушевого норматива финансирования по территориальной программе обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), в расчете на одно застрахованное лицо:

- на амбулаторно-поликлиническую помощь – 17 112,15 руб.;

средний размер подушевого норматива финансирования по дополнительной сверхбазовой программе (за счет межбюджетных трансфертов из государственного бюджета Республики Саха (Якутия), передаваемых ТФОМС на финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой), оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия), в расчете на одного жителя:

- на амбулаторно-поликлиническую помощь – 84,53 руб.

3.5.2. тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических

исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции) согласно Приложениям №11 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.5.3. тарифы на оплату мероприятий за проведение диспансеризации и профилактических осмотров отдельных групп населения, применяемые, в том числе для межтерриториальных расчетов согласно Приложениям №13-15 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.5.4. коэффициенты дифференциации подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи согласно Приложению №8.1 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.5.5. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет на 2021 год:

для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 жителей применяется поправочный коэффициент в размере 0,9 – 3 180,5 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 3 533,9 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 5 598,4 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 6 286,5 тыс. рублей;

для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 2000 жителей применяется поправочный коэффициент в размере 1,01 – 6 349,4 тыс. рублей.

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

3.6.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), в расчете на одно застрахованное лицо:

- на стационарную помощь – 20 511,02 руб.;

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по дополнительной сверхбазовой программе (за счет межбюджетных трансфертов из государственного бюджета Республики Саха (Якутия), передаваемых ТФОМС на финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой), оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия), в расчете на одного жителя:

- на стационарную помощь – 809,51 руб.

3.6.2. Оплата за законченный случай высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) осуществляется медицинским организациям по тарифам согласно приложению №18.

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

3.7.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), в расчете на одно застрахованное лицо:

- в дневных стационарах – 5074,37 руб.

3.7.2. средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в условиях дневного стационара – 405 242,9 руб.

3.8. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.8.1. средний размер подушевого норматива финансирования по территориальной программе обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), в расчете на одно застрахованное лицо:

- скорая медицинская помощь – 2 693,93 руб.;

3.8.2. коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи согласно Приложению №28 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.8.3. тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (за вызов скорой медицинской помощи) согласно Приложению №29 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.9. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи) устанавливается:

3.9.1. средний размер подушевого норматива финансирования по территориальной программе обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), в расчете на одно застрахованное лицо:

- по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи – 45 391,47 руб.

3.10. Рекомендуемая структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), в том числе в части базовой программы обязательного медицинского страхования, в процентах по направлениям расходования средств, приведена в Приложениях №30.1-30.2 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.11. структура тарифов на оплату медицинской помощи по базовой и сверхбазовой программе финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания,

мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (за исключением приобретения медицинского оборудования из средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, согласно Постановления Правительства РФ от 21.04.2016г. №332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» и из средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. В целях реализации ст.41 Федерального закона от 29 ноября 2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», п.152 – п.159 приказа Минздрава России от 28 февраля 2019 г. N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» в редакции приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н", приказа Минздрава России от 19.03.2021 N 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения", утвердить:

Перечень оснований и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (приложение №31).

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Порядок внесения изменений и дополнений в СОГЛАШЕНИЕ.

5.1.1. Предложения по внесению изменений или дополнений в перечень медицинских услуг по видам и профилям медицинской помощи и индексации тарифов на оплату медицинской помощи (далее - предложения по внесению изменений или дополнений) могут вноситься Сторонами Тарифного соглашения в Комиссию по разработкетерриториальной программы ОМС, в соответствии с Порядком предоставления информации/материалов членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия), утвержденным решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС от 18.04.2016г.

5.1.2. Предложения по внесению изменений или дополнений рассматриваются Рабочей группой Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в системе обязательного медицинского страхования (далее - Рабочая группа), созданной по решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС приказом Министерства здравоохранения РС(Я) и Территориального фонда обязательного медицинского страхования РС(Я). Рабочая группа осуществляет свою деятельность в соответствии с Порядком, утвержденным вышеуказанным приказом. Решения Рабочей группы оформляются протоколом и выносятся на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.3. Решение об изменении (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи принимает Комиссия по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.4. Комиссия устанавливает коэффициенты к тарифам на медицинскую помощь в связи с изменением сводной бюджетной росписи Фонда, в случае внесения изменений/дополнений в действующие нормативные правовые акты РФ и/или Республики Саха (Якутия) или признания их утратившими силу, а также принятия новых нормативных правовых актов РФ и или Республики Саха (Якутия).

5.1.5. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются и вводятся в действие в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и оформляются приложениями к Тарифному соглашению.

5.1.6. Настоящее СОГЛАШЕНИЕ может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон.

5.1.7. Изменения и дополнения оформляются Дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего СОГЛАШЕНИЯ с момента их подписания уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Порядок разрешения споров.

5.2.1. В случае возникновения споров между Сторонами по настоящему СОГЛАШЕНИЮ, Стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров.

5.2.2. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего СОГЛАШЕНИЯ разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Настоящее СОГЛАШЕНИЕ прекращает свое действие в случаях:

- принятия органами законодательной или исполнительной власти РФ или Республики Саха (Якутия) нормативных правовых актов, обуславливающих невозможность выполнения данного Тарифного соглашения;

- ликвидации одной из Сторон;

- соглашения Сторон;

- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5.4. СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу с 01 января 2022 года и действует до принятия новых тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

5.5. Неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ являются:

Приложение 1. Перечень медицинских организаций Республики Саха (Якутия) в соответствии с уровнями оказания медицинской помощи.

Таблица 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь.

Таблица 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих стационарозамещающую медицинскую помощь.

Приложение 2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Приложение 2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную помощь по профилю «стоматология» и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Приложение 2.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение 2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную помощь по профилю «стоматология» и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение 2.5. Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Таблица 1. Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования на

прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) по КППГ.

Приложение 2.6. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Приложение 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Таблица 1.1. Перечень медицинских организаций, работающих по клинко-статистическим группам.

Таблица 1.2. Перечень медицинских организаций, работающих по КПП (кроме КСГ по онкологии и COVID-19).

Таблица 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Таблица 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь (койки сестринского ухода).

Таблица 4. Перечень медицинских организаций, работающих исключительно по профилю медицинская реабилитация.

Приложение 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Таблица 1.1. Перечень медицинских организаций, работающих по клинко-статистическим группам.

Таблица 1.2. Перечень медицинских организаций, работающих по КПП (кроме КСГ по онкологии и COVID-19).

Таблица 2. Перечень медицинских организаций, работающих исключительно по профилю медицинская реабилитация.

Приложение 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций и оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 6. Порядок оплаты медицинской помощи.

Приложение 7. Критерии определения коэффициента дифференциации при расчете стоимости амбулаторной медицинской помощи и медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

Таблица 1. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования по амбулаторной медицинской помощи;

Таблица 2. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи;

Таблица 3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива амбулаторной медицинской помощи.

Приложение 8. Базовый подушевой норматив финансирования.

Таблица 1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Таблица 2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной

медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Приложение 9. Тарифы на амбулаторную медицинскую помощь для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи и для взаиморасчетов между медицинскими организациями, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным других субъектов РФ.

Приложение 10. Тарифы по прочей амбулаторной медицинской помощи и медицинской помощи с применением мобильного медицинского комплекса. Централизованные службы.

Приложение 11. Тарифы на проведение диагностических исследований:

Таблица 1. Тарифы МРТ, КТ, УЗИ, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Таблица 2. Тарифы УЗИ, денситометрии для взаиморасчетов между медицинскими организациями и для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным других субъектов РФ.

Таблицу 3. Тарифы тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Таблицу 4. Тарифы тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (с тест-системами).

Таблица 5. Тариф УЗИ 3 уровня беременных с высоким риском врожденных пороков.

Приложение 12. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

Приложение 13. Тарифы за комплексное посещение для проведения диспансеризации детей-сирот (в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью), диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Приложение 14. Тарифы за комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап).

Приложение 15. Тарифы на проведение диспансеризаций, медосмотров, профосмотров взрослых.

Таблица 1. Тариф за комплексное посещение для проведения диспансеризации (I этап), включающей профилактический медицинский осмотр (мужчины в возрасте от 18 до 64 лет включительно, в рублях).

Таблица 2. Тариф за комплексное посещение для проведения диспансеризации (I этап), включающей профилактический медицинский осмотр (мужчины в возрасте от 65 до 99 лет включительно, в рублях).

Таблица 3. Тариф за комплексное посещение для проведения диспансеризации (I этап), включающей профилактический медицинский осмотр (женщины в возрасте от 18 до 64 лет включительно, в рублях).

Таблица 4. Тариф за комплексное посещение для проведения диспансеризации (I

этап), включающей профилактический медицинский осмотр (женщины в возрасте от 65 до 99 лет включительно, в рублях).

Таблица 5. Тарифы за комплексное посещение для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (мужчины 2 этап).

Таблица 6. Тарифы за комплексное посещение для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (женщины 2 этап).

Таблица 7. Тарифы исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию (1 этап).

Таблица 8. Тарифы исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию (2 этап).

Приложение 16. Тарифы для централизованных верификационных лабораторий для взаиморасчетов с медицинскими организациями.

Приложение 17. Тарифы и коэффициенты для оплаты диализа.

Таблица 1. Базовый тариф для оплаты диализа.

Таблица 2. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа (без учета коэффициента дифференциации).

Таблица 3. Тарифы по оплате медицинской помощи с применением методов диализа.

Приложение 18. Тарифы на оплату законченных случаев лечения в стационарных условиях по группам высокотехнологичной медицинской помощи.

Приложение 19. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (базовая ставка) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 20. Перечень клинико-профильных групп (КПП) и коэффициентов относительной затратоемкости стационара.

Приложение 21. Перечень клинико-статистических групп (КСГ) и коэффициентов относительной затратоемкости стационара.

Приложение 22. Поправочные коэффициенты оплаты клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПП).

Таблица 1. Коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной МП по КСГ и КПП.

Таблица 2. Коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарозамещающей МП по КСГ и КПП.

Таблица 3. Перечень случаев, для которых установлен КСЛП.

Таблица 4. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к КСГ по стационарной медицинской помощи.

Таблица 5. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к КСГ по стационарозамещающей медицинской помощи.

Таблица 6. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к КПП по стационарной медицинской помощи.

Таблица 7. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к КПП по стационарозамещающей медицинской помощи.

Таблица 8. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке.

Приложение 23. Значение коэффициента дифференциации по медицинским

организациям.

Приложение 24. Тариф койко-дня сестринского ухода.

Приложение 25. Перечень клинико-профильных групп (КПГ) и коэффициентов относительной затратноёмкости дневного стационара.

Приложение 26. Перечень клинико-статистических групп (КСГ) и коэффициентов относительной затратноёмкости дневного стационара.

Приложение 27.

Таблица 1. Коэффициенты и дифференцированный подушевой норматив финансирования по скорой медицинской помощи.

Таблица 2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи.

Приложение 28. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 29. Тариф за вызов скорой медицинской помощи.

Приложение 30.1. Рекомендуемая структура расходов высокотехнологичной медицинской помощи.

Приложение 30.2. Рекомендуемая структура тарифов на проведение услуг диализа.

Приложение 31. Перечень оснований и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Приложение 32. Тариф на оплату мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы, для АНО "Медицинский диагностический центр "Белая Роза".

Приложение 33. Тариф по оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Таблица 1. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента.

Таблица 2. Тариф посещения "врач-пациент" в амбулаторных условиях.

Таблица 3. Тариф услуги "врач-врач" в амбулаторных условиях.

Приложение 34. Тариф на амбулаторно-медицинскую помощь в отделении "Диагностика одного дня".

Приложение 35. Тариф обследования пациентов с бесплодием для направления в ОВРТ ГАУ РС(Я) "РБ № 1 - НЦМ".

Таблица 1. Тариф 1 этапа обследования пациентов с бесплодием для направления в ОВРТ ГАУ РС(Я) "РБ № 1 - НЦМ".

Таблица 2. Тариф 3 этапа обследования пациентов с бесплодием для направления в ОВРТ ГАУ РС(Я) "РБ № 1 - НЦМ".

Приложение 36. Тариф комплексного обследования «Кабинет онкоскрининга

Таблица 1. «Специальное скрининговое обследование с целью выявления ЗНО»;

Таблица 2. «Комплексное обследование на выявление рака легкого»;

Таблица 3. «Комплексное обследование на выявление рака молочной железы»;

Таблица 4. «Комплексное обследование на выявление рака печени»;

Таблица 5. «Комплексное обследование на выявление рака толстой и прямой кишки»;

Таблица 6. «Комплексное обследование на выявление рака шейки матки».

Приложение 37. Комплексное обследование для раннего выявления

оториноларингологических заболеваний.

Приложение 38. Комплексное обследование «Оказание плановой медицинской помощи больным с сахарным диабетом II типа в амбулаторных условиях».

Приложение 39. Комплексное обследование «Оказание плановой медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторных условиях».

Приложение 40

Таблица 1. Тариф законченного случая (комплексной услуги) при оказании плановой хирургической помощи при заболеваниях ЛОР-органов в амбулаторных условиях.

Таблица 2. Тариф законченного случая (комплексной услуги) в ЦАХ по специализированной офтальмологической помощи.

Приложение 41. Тариф комплексной медицинской услуги беременным женщинам.

Приложение 42. Тариф посещения при оказании паллиативной медицинской помощи.

Таблица 1. Тариф посещения при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами).

Таблица 2. Тариф посещения при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи.

Приложение 43. Тариф комплексной медицинской услуги «Активное долголетие».

Приложение 44. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, государственной системы здравоохранения Республики Саха (Якутия), для возмещения расходов в соответствии с заключенным договором об оказании медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел.

Приложение 45. Тариф комплексного обследования при подготовке к отбору на ВМП в амбулаторных условиях медицинских организаций 3 уровня:

Таблица 1. Комплексное обследование при подготовке к отбору на ВМП в амбулаторных условиях медицинских организаций 3 уровня по профилю "Оториноларингология";

Таблица 2. Комплексное обследование при подготовке к отбору на ВМП в амбулаторных условиях медицинских организаций 3 уровня по профилю "Травматология и ортопедия";

Таблица 3. Комплексное обследование при подготовке к отбору на ВМП в амбулаторных условиях медицинских организаций 3 уровня по профилю "Челюстно-лицевая хирургия".

Приложение 46. Тариф обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Настоящее СОГЛАШЕНИЕ составлено в пяти экземплярах, по одному для каждой из сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

**Министерство
здравоохранения
Республики Саха
(Якутия)**


Афанасьева Л.Н.
М.П.




**Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Республики
Саха (Якутия)**


Дорохов А.В.
М.П.




**Якутская
республиканская
организация профсоюза
работников
здравоохранения РФ**


Бугаева П.Т.
М.П.




**АО
«СМК
Сахамедстрах»**


Варфоломеева Г.Д.
М.П.



**Общественная
организация «Общество
хирургов Республики
Саха (Якутия)»**


Винокуров М.М.
М.П.

