

Приложение № 5.
к дополнительному соглашению
№ 3 от 26.03.2020 года к Тарифному
соглашению в системе ОМС
города Севастополя от 26.12.2019 года

Приложение № 21
к Тарифному соглашению
в системе ОМС города Севастополя
от «26» декабря 2019 года

Таблица 1

Базовый размер месячного подушевого норматива финансирования
скорой медицинской помощи (Пнбаз)

№ п/п	Наименование медицинской организации	Размер норматива, (рублей)
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя "Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф"	59,58

В связи с тем, что на территории города Севастополя осуществляет деятельность одна медицинская организация скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, половозрастной коэффициент дифференциации устанавливается в размере 1.

Фактический размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно Территориальным фондом обязательного медицинского страхования города Севастополя по следующей формуле:

$$\Phi Д П Н = \frac{Пнбаз * 429\ 101}{Чз},$$

где:

Чз – численность застрахованных лиц на первое число месяца, следующего за отчетным.

Таблица 2

Тарифы на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи

№ п/п	Медицинская услуга	Тариф, (рублей)
1	Вызов бригады скорой медицинской помощи	2 347,80