



ПРАВИТЕЛЬСТВО ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА  
**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

17 марта 2017 г.

№ 181-П

г. Салехард

**Об осуществлении в 2017 году единовременных компенсационных  
выплат отдельным категориям медицинских работников,  
работающих в сельских населенных пунктах, либо рабочих  
поселках, либо поселках городского типа**

В соответствии со статьей 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях повышения эффективности реализации государственной политики в области социальной поддержки медицинских работников в сельской местности, качества и доступности оказания медицинской помощи сельскому населению Правительство Ямало-Ненецкого автономного округа **п о с т а н о в л я е т:**

1. Утвердить прилагаемый Порядок заключения договора в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа.

2. Определить департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа уполномоченным исполнительным органом государственной власти Ямало-Ненецкого автономного округа на заключение договора в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа.

3. Департаменту здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (Новиков С.В.) и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (Никитина Т.А.) ежемесячно представлять в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) заявки на получение иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», по форме, установленной Федеральным фондом.

4. Департаменту здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (Новиков С.В.) осуществлять контроль за соблюдением условий для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, установленных статьей 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

5. Настоящее постановление распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2017 года.

6. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа Бучкову Т.В.

Губернатор  
Ямало-Ненецкого автономного округа



Д.Н. Кобылкин

## УТВЕРЖДЕН

постановлением Правительства  
Ямало-Ненецкого автономного округа  
от 17 марта 2017 года № 181-П

### ПОРЯДОК

заключения договора в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа

1. Единовременная компенсационная выплата в размере одного миллиона рублей (далее – выплата) предоставляется медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта (далее – медицинский работник) и заключившим с департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа договор по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку, местом основной постоянной работы которых являются медицинские организации, подведомственные департаменту здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – медицинская организация, департамент, автономный округ).

2. Медицинский работник после заключения трудового договора с медицинской организацией подает в департамент заявление о предоставлении выплаты по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку с приложением копий документов (копии паспорта, копии документа о высшем профессиональном образовании), заверенных в установленном законодательством Российской Федерации порядке или представленных с предъявлением оригинала.

3. Медицинский работник обращается в департамент с заявлением о предоставлении выплаты и документами, указанными в пункте 2 настоящего Порядка, лично или направляет их по почте. В последнем случае направляются заявление о предоставлении выплаты и копии документов, достоверность которых засвидетельствована в установленном законодательством Российской Федерации порядке, подлинники документов не направляются.

Направление заявления о предоставлении выплаты и копий документов по почте осуществляется способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления.

Специалист отдела государственной службы, кадровой политики и делопроизводства департамента (далее – специалист):

а) проверяет наличие заявления о предоставлении выплаты и прилагаемых документов, проверяет правильность оформления заявления о предоставлении выплаты, в случае представления оригиналов сверяет копии документов с оригиналами, а также регистрирует заявление о предоставлении выплаты с прилагаемыми копиями документов в день их поступления;

б) сообщает медицинскому работнику номер и дату регистрации заявления о предоставлении выплаты лично или по указанному им телефону в день регистрации.

В случае если заявление о предоставлении выплаты оформлено с нарушением требований и (или) в случае выявления недостоверности сведений, указанных в нем, специалист оформляет в письменной форме уведомление о возврате заявления о предоставлении выплаты и копий документов медицинского работника в 5-дневный срок с даты их получения (регистрации) с указанием причины возврата и направляет медицинскому работнику способом, позволяющим подтвердить факт и дату возврата.

Медицинский работник вправе повторно в течение 2017 года обратиться с заявлением о предоставлении выплаты и документами, указанными в пункте 2 настоящего Порядка, после устранения указанных несоответствий. Количество повторных обращений медицинского работника не ограничено.

Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

4. Департамент в течение 15 рабочих дней со дня регистрации заявления о предоставлении выплаты принимает решение о заключении договора или об отказе в его заключении.

5. Основанием для отказа в заключении договора является несоответствие медицинского работника, подавшего заявление о предоставлении выплаты, требованиям, установленным пунктом 1 настоящего Порядка.

6. Департамент в течение 2 рабочих дней со дня принятия решения, указанного в пункте 4 настоящего Порядка, направляет медицинскому работнику по указанному им почтовому (электронному) адресу письменное уведомление о принятом решении.

При принятии решения о заключении договора в уведомлении указывается срок для заключения договора. Проект договора для подписания направляется медицинскому работнику по указанному им почтовому (электронному) адресу одновременно с письменным уведомлением о принятом решении.

При принятии решения об отказе в заключении договора в уведомлении указывается основание отказа.

## Приложение № 1

к Порядку заключения договора в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа

### ФОРМА ДОГОВОРА

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

г. Салехард

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, именуемый в дальнейшем Департамент, в лице \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и специалист \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

именуемый в дальнейшем Специалист, с другой стороны, в дальнейшем при совместном упоминании по тексту именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### І. Предмет Договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Департамент обязуется осуществить единовременную компенсационную выплату (далее – выплата) Специалисту в размере одного миллиона рублей в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Право на получение выплаты предоставляется Специалисту один раз за весь период трудовой деятельности.

В случае возврата Специалистом выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующей медицинской организацией Ямало-Ненецкого автономного округа, подведомственной Департаменту (далее – медицинская организация, автономный округ), до истечения пятилетнего срока вторично право на получение выплаты у Специалиста не возникает.

1.3. При переезде Специалиста из одного сельского населенного пункта, либо рабочего поселка, либо поселка городского типа в другой сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа в пределах территории автономного округа и трудоустройстве в медицинские

организации в срок не позднее одного месяца со дня увольнения из медицинской организации выплата Специалистом не возвращается.

## **II. Обязанности Сторон**

### **2.1. Специалист обязуется:**

а) работать по основному месту работы по должности специалиста с высшим медицинским образованием в течение пяти лет с момента заключения трудового договора на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным Специалистом с медицинской организацией. Течение пятилетнего срока приостанавливается на период нахождения Специалиста в отпуске по уходу за ребенком;

б) возвратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с медицинской организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2, 5 – 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, случаев прекращения (расторжения) трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктами 1, 2, 4 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации, а также в случае изменения статуса сельского населенного пункта в связи с наделением его статусом городского населенного пункта в порядке, предусмотренном действующим законодательством автономного округа), рассчитанной с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Специалистом периоду;

в) произвести возврат части выплаты в соответствии с подпунктом «б» пункта 2.1 настоящего Договора в течение 30 календарных дней со дня прекращения (расторжения) трудового договора;

г) сообщить в Департамент в письменной форме о предстоящем прекращении (расторжении) трудового договора с указанием основания его прекращения (расторжения) в течение 10 рабочих дней с момента подписания заявления о прекращении трудового договора руководителем медицинской организации.

### **2.2. Департамент обязуется:**

а) перечислить Специалисту единовременную компенсационную выплату в размере одного миллиона рублей в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора;

б) в случае прекращения (расторжения) трудового договора с медицинской организацией до истечения пятилетнего срока принять меры по возврату части выплаты, рассчитанной с даты прекращения (расторжения) трудового договора, пропорционально не отработанному Специалистом периоду.

## **III. Конфиденциальность**

3.1. Стороны обязаны сохранять конфиденциальную информацию, полученную в ходе исполнения настоящего Договора.

3.2. При подписании настоящего Договора Специалист выражает согласие на обработку своих персональных данных в информационных системах Департамента, Территориального фонда обязательного медицинского страхования автономного округа, Федерального фонда обязательного медицинского страхования с целью предоставления выплаты.

3.3. Оператор, осуществляющий обработку персональных данных Специалиста, обязан принять меры, необходимые и достаточные для обеспечения конфиденциальности и сохранности персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

#### **IV. Порядок перечисления выплаты**

4.1. Департамент перечисляет средства выплаты на счет, открытый Специалисту в кредитной организации, в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора.

#### **V. Ответственность Сторон**

5.1. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение взятых на себя обязательств по настоящему Договору в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

5.2. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть в связи с выполнением обязательств по настоящему Договору, Стороны будут стремиться разрешать путем переговоров.

5.3. В случае если указанные споры и разногласия не могут быть разрешены путем переговоров, они подлежат разрешению в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, в суде автономного округа.

#### **VI. Заключительные положения**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.3. Любые дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме и подписаны надлежаще уполномоченными представителями Сторон.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

6.5. В части отношений между Сторонами, не урегулированных положениями настоящего Договора, применяется законодательство Российской Федерации.

## VII. Реквизиты Сторон

Департамент

Почтовый адрес: 629008, Ямало-Ненецкий автономный округ, г. Салехард, ул. Республики, д. 72;

департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа:

тел.: (34922) 4-04-21; 4-04-22; тел./факс: (34922) 4-04-21; 4-18-23;

E-mail: [okrzdrav@okrzdrav.gov.yanao.ru](mailto:okrzdrav@okrzdrav.gov.yanao.ru); <http://depzdrav.yanao.ru>

Специалист

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес, телефон: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

## VIII. Подписи Сторон

Департамент \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

МП

Специалист \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)



## Приложение № 2

к Порядку заключения договора в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа

### ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Директору департамента  
здравоохранения Ямало-Ненецкого  
автономного округа

от \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ о предоставлении выплаты

|    |                                                                                                                                                                     |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Фамилия, имя, отчество, дата рождения медицинского работника                                                                                                        |  |
| 2. | Сведения о документе, удостоверяющем личность медицинского работника (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)                  |  |
| 3. | Сведения о документе о высшем профессиональном образовании медицинского работника (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)     |  |
| 4. | Наименование медицинской организации, подведомственной департаменту здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – медицинская организация), в которой |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|    | медицинский работник осуществляет трудовую деятельность (в случае работы в структурном подразделении медицинской организации – наименование структурного подразделения), место работы в соответствии с трудовым договором, занимаемая должность, дата заключения трудового договора |  |
| 5. | Адрес регистрации по месту жительства медицинского работника до принятия на работу в медицинскую организацию                                                                                                                                                                        |  |
| 6. | Номер телефона, почтовый (электронный) адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении                                                                                                                                                                      |  |
| 7. | Сведения о расчетном счете, открытом в кредитном учреждении, для перечисления выплаты                                                                                                                                                                                               |  |

Приложение:

копия паспорта;

копия документа о высшем профессиональном образовании.

---

(дата)

---

(подпись)