

Договор № 26нз
на оказание и оплату медицинской помощи незастрахованным лицам

г. Тюмень

"09" января 2023 г.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области, именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице директора Ю.Б. Гиберта, действующего на основании Положения, и

медицинская организация **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Родильный дом №2»**, именуемая в дальнейшем «Организация», в лице главного врача Максуюковой Елены Николаевны, действующего на основании Устава,

в дальнейшем именуемые «сторонами», на основании Территориальной программы обязательного медицинского страхования, соглашения Фонда с Департаментом здравоохранения Тюменской области, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать медицинскую помощь в экстренной или неотложной форме вне медицинских организаций, а так же в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (далее – медицинскую помощь) незастрахованным по обязательному медицинскому страхованию (далее-ОМС) лицам, в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области (далее – Территориальная программа) и лицензией.

К незастрахованным лицам в целях реализации настоящего соглашения относятся граждане Российской Федерации, иностранные граждане, не отнесенные к категории граждан, подлежащих ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и не идентифицированные в системе ОМС граждане, личность которых не установлена в системе ОМС (далее – незастрахованные).

2. Фонд обязуется оплатить медицинскую помощь незастрахованным лицам, предусмотренную пунктом 1 настоящего договора, в соответствии с тарифами, утвержденными для незастрахованных лиц, утвержденным Комиссией по разработке заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи для соответствующих медицинских услуг.

2. Обязанности и права Сторон

3. Организация обязуется:

3.1. В случае обращения за медицинской помощью (поступления) лица, не предъявившего полис ОМС, либо лица, личность которого не установлена, при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, бесплатно оказывать незастрахованным лицам медицинскую помощь, предусмотренную пунктом 1 настоящего договора, включенную в Территориальную программу.

3.2. Принять меры по идентификации, в том числе в системе ОМС, лица, обратившегося за медицинской помощью и не предъявившего полис ОМС, своими силами.

3.3. В случае если в результате принятия мер, предусмотренных п.3.2. настоящего договора, лицо, обратившееся за медицинской помощью и не предъявившее полис, не идентифицировано в системе ОМС, направить в соответствии с Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2019 № 108н, Фонду ходатайство об идентификации застрахованного лица содержащее:

- предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания);

- сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество представителя, печать).

3.4. Вести персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной незастрахованным лицам и представлять Фонду сведения, необходимые для исполнения настоящего договора и осуществления Фондом контроля объемов, сроков, условий и качества оказания медицинской помощи.

3.5. Предъявлять в Фонд реестры счетов и счета за медицинскую помощь незастрахованным

лицам в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным по форме, установленной Приложением №1 к настоящему договору.

4. Организация вправе получать средства за оказанную медицинскую помощь незастрахованным лицам на основании настоящего договора в соответствии с тарифами для незастрахованных лиц, утвержденными Комиссией по разработке заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи для соответствующих медицинских услуг.

5. Фонд обязуется:

5.1. Проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи незастрахованным лицам в Организации в порядке медико-экономического контроля, применяемого в системе ОМС. Медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи проводится при поступлении письменных жалоб от граждан, по поручению органов управления здравоохранением и запросам правоохранительных органов в порядке, применяемом в системе ОМС.

5.2. Ежемесячно, в течение 20 рабочих дней после получения реестров счетов и счетов оплачивать медицинскую помощь, оказанную незастрахованным и неидентифицированным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и тарифами на оплату медицинской помощи, определяемыми в соответствии с пунктом 2 настоящего договора, в пределах объемов помощи, установленных заданием Организации на оказание медицинской помощи незастрахованным лицам на территории Тюменской области и подлежащих оплате за счет средств иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету Фонда из бюджета Тюменской области, на указанные цели.

5.3. Организовать страхование лиц, подлежащих страхованию, в порядке, определенном пп.6 и 7 ст.16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

6. Фонд вправе:

6.1. Получать от Организации сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи незастрахованным лицам, осуществлять проверку их достоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

6.2. Не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в Фонд при выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, Тюменской области.

6.3. Не осуществлять оплату оказанной Организацией медицинской помощи в случае невыполнения обязанности, предусмотренной пунктом 3.3. настоящего договора, по идентификации застрахованного лица.

7. В целях завершения расчетов по настоящему Договору устанавливаются следующие особенности реализации настоящего Договора в декабре текущего года:

7.1. Организация:

- в срок до 16 декабря представляет Фонду документы (счета, реестры), необходимые для производства расчетов за оказание медицинской помощи пациентам, лечение которых будет завершено в декабре.

Фонд:

- в срок с 18 по 21 декабря осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи лицам, лечение которых будет завершено в декабре;

- в срок до 26 декабря производит с Организацией окончательный расчет по оплате медицинской помощи, пациентам, лечение которых будет завершено в декабре.

7.2. В целях завершения финансового до 26 декабря производится сверка расчетов, по результатам которой Сторонами подписывается Акт сверки, являющийся неотъемлемой частью реализации условий настоящего Договора.

В Акте сверки указываются:

сумма средств, перечисленная Фондом,

сумма оплаты, произведенной Организацией за оказанную медицинскую помощь,

суммы, не подлежащие учету, как сумма оплаты, произведенной Организацией.

7.3. Организация до 28 декабря обеспечивает возврат средств на расчетный счет Фонда в сумме, указанной в Акте сверки взаиморасчетов в целях завершения финансового года.

3. Срок действия договора и порядок его прекращения

8. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его Сторонами и распространяется на отношения, связанные с оказанием медицинской помощи незастрахованным лицам с 01.01.2023 года по 31.12.2023 года.

9. Фонд вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора при отсутствии в бюджете Фонда средств на соответствующие цели.

10. Приложение 1 является неотъемлемой частью настоящего договора.

4. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Фонд:	Организация:
территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области 625000 г. Тюмень, ул. Советская, 65, корп. 2, ИНН 7202026893; КПП 720301001 ТФОМС Тюменской области (ТФОМС Тюменской области л/с 03675006210) БИК 017102101 Казначейский счет 03271643710000096700 Единый казначейский счет 40102810945370000060 Отделение Тюмень Банка России //УФК по Тюменской области г. Тюмень ОКТМО (поле 105) 71701000 Приемная 59-83-20	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Родильный дом №2» Место нахождения: 625027, г. Тюмень, ул. Холодильная, 58 ОГРН 1037200552278 ИНН 7203116275 КПП 720301001 БИК: 017102101 Банк получателя: ОТДЕЛЕНИЕ ТЮМЕНЬ БАНКА РОССИИ//УФК ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ г Тюмень Номер счета банка получателя: №: 40102810945370000060 Номер счета получателя: 03224643710000006700 Получатель: Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «Роддом № 2» ЛС001131100РОДХ) ОКПО-57419977 Номер телефона: Приемная 50-48-39

Подписи сторон:

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
ПОДПИСАНО
00F2305A9A2A70C99E317749A464B24CA1
Гиберт Юрий Борисович
Срок действия: с 12.07.2022 до 05.10.2023

**Форма счета (реестра счета)
на оплату медицинской помощи,
оказанной незастрахованным лицам**

Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной незастрахованным по обязательному медицинскому лицам, между ТФОМС и медицинскими организациями осуществляется в формате XML в формате, применяемом в системе ОМС Тюменской области (XML). Обязательными к заполнению являются следующие поля реестра:

N позиции реестра	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Данные документа, удостоверяющего личность (при наличии)	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Основной диагноз в соответствии с МКБ-Х	Сопутствующий диагноз в соответствии с МКБ-Х	Осложнение заболевания в соответствии с МКБ-Х	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Главный бухгалтер

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____

(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____