

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

на 2016 год

1. Общие положения

Комитет по здравоохранению, в лице председателя В.М. Колабутина, действующего на основании Положения,

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга», в лице директора А.М. Кужеля, действующего на основании Положения,

председатель Ассоциации страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга С.А. Анденко, действующий на основании Доверенностей членов Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия) – представителей страховых медицинских организаций,

Территориальная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя В.А. Дмитриева, действующего на основании Устава, именуемые в дальнейшем Стороны,

заключили генеральное 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 и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов», Законом Санкт-Петербурга от «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов», от 23.12.2015 № 895-182, и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга.

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.

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 в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Санкт-Петербурга застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан за пределами Санкт-Петербурга, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц установлены в приложении № 24 к СОГЛАШЕНИЮ для медицинских организаций, поименованных в приложении № 24 к СОГЛАШЕНИЮ.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам на медицинскую помощь согласно Приложениям № 3, № 10, № 11, № 12, № 12-б, № 12-в, № 12-г, № 12-по № 13, № 13-а, № 13-б, № 13-д, № 14, № 14-а, № 15 к СОГЛАШЕНИЮ;

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в Приложении № 17 к СОГЛАШЕНИЮ.

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

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), по тарифам согласно Приложениям № 4, № 4-а, № 4-1, № 4-2, № 4-3, № 5, № 5-1, № 5-2, № 6, № 7, № 8, № 9, № 10, № 11, № 13-в к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в Приложении № 18 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.4. В целях перехода на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 15.12.2014, в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга осуществляется пилотный проект по моделированию новой системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний (за исключением высокотехнологической медицинской помощи и медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»).

Перечень медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте, приведен в Приложении № 22 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, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), по тарифам на медицинскую помощь согласно Приложениям № 3, № 4, № 4-а, № 4-1, № 4-2, № 5, № 5-1, № 5-2, № 6, № 7, № 12-а, № 12-д, № 10, № 11, № 13-в к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 19 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

2.4.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов:

осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи по тарифам согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в Приложении № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. СОГЛАШЕНИЕ устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи (медицинские услуги), подушевые нормативы финансирования в объеме Территориальной программы ОМС на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия), действующие в 2016 году.

3.2. Тарифы, подушевые нормативы финансирования устанавливаются согласно Приложениям, перечисленным в пункте 6.3 СОГЛАШЕНИЯ, которые являются неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ.

3.3. Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, определен Приложением № 1 к СОГЛАШЕНИЮ. Данный порядок применяется в отношении тарифов согласно Приложениям № 4, № 4-а, № 4-1, № 4-2, № 4-3, № 5, № 5-1, № 5-2, № 6, № 7, № 8, № 9, № 10, № 11, № 13-в к СОГЛАШЕНИЮ на соответствующий период 2016 года.

3.4. Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации (скорая медицинская помощь), определен Приложением № 2 к СОГЛАШЕНИЮ. Данный порядок применяется в отношении тарифов и подушевых нормативов финансирования согласно Приложениям № 3, № 10, № 11, № 12, № 12-а, № 12-б, № 12-в, № 12-г, № 12-д, № 12-по, № 13, № 13-а, № 13-б, № 13-д, № 14, № 14-а, № 15 и № 16 к СОГЛАШЕНИЮ на соответствующий период 2016 года.

3.5. Изменения тарифов на оплату медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования и порядка их применения устанавливаются ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ СОГЛАШЕНИЯМИ к СОГЛАШЕНИЮ на основании решений Комиссии.

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

3.6.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо:

- при оказании медицинской помощи с профилактической и иными целями – 1 089,13 руб.;
- при обращении в связи с заболеванием – 2 736,09 руб.;

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 357,97 руб.;

3.6.2. тарифы на оплату мероприятий за проведение диспансеризации и профилактических осмотров отдельных групп населения, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, согласно Приложениям № 12-по и № 13-д к СОГЛАШЕНИЮ;

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

3.7.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 5 356,60 руб., в том числе медицинская реабилитация – 162,99 руб.;

3.7.2. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи согласно Приложению № 4-3 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.7.3. Для проведения пилотного проекта по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России и ФОМС от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454 устанавливаются:

тарифы за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ в соответствии с Приложением № 23 к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), на уровне 22 303,64 рублей;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

управленческий коэффициент в размере 1,0;

коэффициент уровня оказания медицинской помощи в размере 1,0;

коэффициент сложности курации пациента в размере 1,0.

3.8. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 843,58 руб.;

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

3.9.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 890,81 руб.;

3.9.2. размеры подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.9.3. тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (за вызов скорой медицинской помощи), применяемый в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.10. Структура тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга (Раздел 3 Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов) 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.

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

Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования приведены в Приложении № 20 к СОГЛАШЕНИЮ и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Оплата медицинской помощи осуществляется страховой медицинской организацией ежемесячно на основании сводного счета за отчетный период (месяц), который формируется медицинской организацией с использованием программного обеспечения ЕИС ОМС.ВМУ.

Сводный счет датируется последним днем отчетного месяца и представляется на бумажном носителе в ТФОМС Санкт-Петербурга в течение 4-х рабочих дней по окончании отчетного периода (месяца).

Сводный счет за отчетный период (месяц) содержит сводную информацию по реестрам, полученным страховой медицинской организацией в течение отчетного периода (месяца). Реестр – это электронные сведения об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, состав которых предусмотрен п. 126 Правил обязательного медицинского страхования. Реестры формируются медицинской организацией с использованием программного обеспечения ЕИС.ОМС.ВМУ и направляются в централизованную базу данных ЕИС ОМС.ВМУ.

Датой получения страховой медицинской организацией реестра (датой подтверждения) считается дата рабочего дня, следующего за днем приема реестра в централизованную базу данных ЕИС ОМС.ВМУ.

Реестры, включенные в сводный счет за отчетный период (месяц), содержат сведения об оказанной медицинской помощи с датами окончания лечения, относящимися к отчетному (периоду) месяцу.

Реестр, включенный в сводный счет за отчетный период (месяц), может содержать сведения об оказанной медицинской помощи с датами окончания лечения, относящимися к предыдущим периодам, в случае повторного предъявления к оплате медицинской помощи после доработки ранее отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи. Предъявление к оплате повторных реестров осуществляется не позднее следующего месяца после проведения страховой медицинской организацией отказа по реестру в платежном поручении.

Реестры, содержащие сведения об оказанной в отчетном периоде (месяце) медицинской помощи, не включенные в сводный счет за отчетный период (месяц), медицинская организация формирует и направляет в централизованную базу данных ЕИС.ОМС.ВМУ в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

5.2. Реестры, содержащие сведения об оказанной в 2015 году медицинской помощи (дата окончания лечения до 31.12.2015 включительно), направленные в централизованную базу данных ЕИС.ОМС.ВМУ в течение первых пяти рабочих дней января 2016 года, подлежат оплате в следующем порядке.

Страховая медицинская организация оплачивает случаи оказания медицинской помощи с датой окончания лечения до 31.12.2015 включительно, направленные в централизованную базу данных ЕИС.ОМС.ВМУ в течение первых пяти рабочих дней января 2016 года, в пределах до 100% включительно годового объема финансовых средств на 2015 год по тарифам, установленным Генеральным тарифным соглашением на 2015 год (ГТС на 2015 год).

Возмещение случаев оказания медицинской помощи с датой окончания лечения до 31.12.2015 включительно, направленных в централизованную базу данных ЕИС.ОМС.ВМУ в течение первых пяти рабочих дней января 2016 года, при

превышении годового объема финансовых средств на 2015 год в части данной страховой медицинской организации, осуществляется в размере 25,1 % при оказании медицинской помощи в амбулаторных и в стационарных условиях (в том числе при оказании досуточной медицинской помощи в виде услуги приемного покоя или досуточной госпитализации) и в условиях дневного стационара.

Для отражения расчетов за медицинскую помощь с датой окончания лечения до 31.12.2015 включительно, предъявленную к оплате в течение первых пяти рабочих дней января 2016 года, при превышении годового объема финансовых средств на 2015 год, в информационных системах расчетов за медицинскую помощь по ОМС страховая медицинская организация применяет код «62э», соответствующий пункту 5.3.2 Приложения 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (основание для уменьшения оплаты медицинской помощи - предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы).

Указанный порядок возмещения страховой медицинской организацией случаев оказания медицинской помощи с датой окончания лечения до 31.12.2015 включительно, предъявленной к оплате в течение первых пяти рабочих дней января 2016 года, при превышении годового объема финансовых средств на 2015 год не применяется:

при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, для оплаты которой применяются тарифы в соответствии с Приложением № 4-3 к ГТС на 2015 год;

при оказании высокотехнологичной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению от 13.04.2015 № 146-р, для оплаты которой применяются тарифы в соответствии с Приложениями № 4 (код 331080), № 4-2 (коды 391351, 391352, 391361, 391371, 391381, 331300), № 5 (коды 332080, 392500), № 5-2 (коды 392520, 392530, 392540, 392550, 392560), № 10 (раздел 3) к ГТС на 2015 год;

при оказании специализированной медицинской помощи по профилю «неонатология», для оплаты которой применяются тарифы с кодами 472700, 472701, 472702, 472710, 472711, 472712, 472720, 472721, 472731, 472732, 472740, 472741, 472742, 472750, 472751, 472752, 472760, 472761, 472762, 472763, 472770, 472771, 472772, 472773 в соответствии с Приложением № 5-2 к ГТС на 2015 год;

при проведении диспансеризации определенных групп населения, для оплаты которой применяются тарифы в соответствии с Приложением № 13-д к ГТС на 2015 год;

при проведении профилактических осмотров отдельных групп населения, для оплаты которых применяются тарифы в соответствии с Приложением № 12-по к ГТС на 2015 год;

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевым нормативам финансирования в соответствии с Приложением № 16 к ГТС на 2015 год;

при проведении тромболитической терапии при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации, для оплаты которой применяется тариф с кодом 911010 в соответствии с Приложением № 16 к ГТС на 2015 год;

при проведении лучевой терапии, для оплаты которой применяются тарифы с кодами уРТк «Рентгентерапия киловольтная (сеанс)», уДЛТ «Дистанционная лучевая терапия (сеанс)», уИЛТ «Интраоперационная лучевая терапия (сеанс)», уВтпЛТ «Внутритканевая и внутриполостная лучевая терапия (сеанс)», уРТер «Услуга:Рентгенотерапия» в соответствии с Приложением № 3 к ГТС на 2015 год;

при перечислении сумм средств, причитающихся на Центры записи граждан на прием к врачу по телефону, медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, в соответствии с Приложением № 15 к ГТС на 2015 год.

Оплата по вышеперечисленным видам медицинской помощи осуществляется страховой медицинской организацией в размере 100% по тарифам, установленным ГТС на 2015 год, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

5.3. Объемы денежных средств, перечисленные страховыми медицинскими организациями в медицинские организации в 2016 году, в том числе по случаям оказания медицинской помощи с датой окончания лечения до 31.12.2015 включительно, направленным в централизованную базу данных ЕИС.ОМС.ВМУ в течение первых пяти рабочих дней января 2016 года, оплаченным в порядке, определенном пунктом 5.2 настоящего СОГЛАШЕНИЯ, учитываются в выполнение плановых объемов финансовых средств на 2016 год.

5.4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС, и объемы финансовых средств распределяются между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия). Решения Комиссии размещаются на официальном сайте ТФОМС Санкт-Петербурга www.spboms.ru.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу с 01.01.2016 и действует по 31.12.2016.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему СОГЛАШЕНИЮ признаются действительными после их оформления в письменном виде и подписания сторонами СОГЛАШЕНИЯ.

6.3. Неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ являются:

- Приложение № 1 «Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара» - на 44 л.;
- Приложение № 2 «Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)» - на 26 л.;
- Приложение № 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 8 л.;
- Приложение № 4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 64 л.;
- Приложение № 4-а «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в СПб ГБУЗ «Клиническая городская больница № 46 Святой Евгении» (Лечебно-диагностический, реабилитационный и научный центр для жителей блокадного Ленинграда) и СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 56 л.;
- Приложение № 4-1 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 15 л.;
- Приложение № 4-2 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению (в том числе сверх базовой программы ОМС), с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 25 л.;
- Приложение № 4-3 «Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 59 л.;
- Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 52 л.;
- Приложение № 5-1 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 5 л.;
- Приложение № 5-2 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению (в том числе сверх базовой программы ОМС), с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 12 л.;
- Приложение № 6 «Тарифы на оплату специализированной онкологической помощи, оказываемой взрослому населению, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 10 л.;
- Приложение № 7 «Тарифы на оплату специализированной онкологической помощи, оказываемой детскому населению, с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 8 л.;
- Приложение № 8 «Дополнительные тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи взрослому населению с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 1 л.;
- Приложение № 9 «Дополнительные тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи детскому населению с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 1 л.;
- Приложение № 10 «Дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 28 л.;
- Приложение № 11 «Дополнительные тарифы на анестезиологические пособия с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 2 л.;

- Приложение № 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях (за врачебные посещения и неотложную помощь) с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 2 л.;
- Приложение № 12-а «Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара (в том числе по профилю «медицинская реабилитация») с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 15 л.;
- Приложение № 12-б «Тарифы за законченный случай лечения граждан в амбулаторных условиях с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 9 л.;
- Приложение № 12-в «Тарифы за законченный случай лечения по профилю «медицинская реабилитация» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 1 л.;
- Приложение № 12-г «Тарифы за законченный случай лечения сосудистых новообразований (гемангиом) при оказании медицинской помощи детскому населению с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 1 л.;
- Приложение № 12-д «Тарифы за законченный случай лечения при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 1 л.;
- Приложение № 12-е «Тарифы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) с 01.01.2016 по 31.12.2016 - на 1 л.;
- Приложение № 12-по «Тарифы за проведение профилактического осмотра отдельных групп населения с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 5 л.;
- Приложение № 13 «Тарифы на амбулаторно-консультативную помощь с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 7 л.;
- Приложение № 13-а «Тарифы на исследования компьютерная рентгеномография, магниторезонансная томография и позитронно-эмиссионная компьютерная томография с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 5 л.;
- Приложение № 13-б «Тарифы на исследования позитронно-эмиссионной томографии и позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 2 л.;
- Приложение № 13-в «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением лучевой терапии с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 1 л.;
- Приложение № 13-д «Тарифы за проведение диспансеризации определенных групп населения с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 3 л.;
- Приложение № 14 «Тарифы на стоматологическую медицинскую помощь (медицинские услуги) с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 9 л.;
- Приложение № 14-а «Тарифы на стоматологическую медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемую детскому населению в неотложной форме с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 4 л.;
- Приложение № 15 «Подушевые нормативы финансирования на медицинскую помощь (на Центры записи граждан на прием к врачу по телефону) для государственных бюджетных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, и среднемесячный объем финансовых средств, причитающихся к перечислению ежемесячно на Центры записи граждан на прием к врачу по телефону, в разрезе страховых медицинских организаций» - на 2 л.;
- Приложение № 16 «Подушевые нормативы финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге и тариф за вызов скорой медицинской помощи с 01.01.2016 по 31.12.2016 и перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь» - на 5 л.;


- Приложение № 17 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» – на 35 л.;
- Приложение № 18 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» – на 17 л.;
- Приложение № 19 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» – на 18 л.;
- Приложение № 20 «Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов» – на 8 л.;
- Приложение № 21 «Перечень медицинских услуг, оказанных пациентам, направленным медицинскими организациями, не имеющими возможности оказать эти услуги» - на 1 л.
- Приложение № 22 «Перечень медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте по моделированию новой системы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях» – на 2 л.;
- Приложение № 23 «Тарифы на законченный случай лечения в стационарных условиях по стоимости клиничко-статистических групп заболеваний (КСГ) с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 5 л.;
- Приложение № 24 «Подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц в сфере обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга и перечень государственных учреждений здравоохранения, для которых применяется данный вид планирования объемов финансовых средств обязательного медицинского страхования с 01.01.2016 по 31.12.2016» - на 32 л.

6.4. Стороны, участвующие в подписании СОГЛАШЕНИЯ и дополнительных соглашений к нему, в течение 5-ти рабочих дней после подписания информируют организации, интересы которых они представляют, о вводимых изменениях и дополнениях.

Представители сторон Генерального тарифного соглашения:

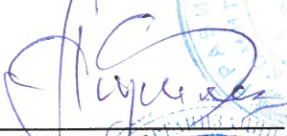
**от исполнительного органа
государственной власти Санкт-Петербурга:**

Председатель
Комитета по здравоохранению


«30» декабря 2015 г. **В.М. Колабути**


от ТФОМС Санкт-Петербурга

Директор


«30» декабря 2015 г. **А.М. Кужель**

от страховых медицинских организаций:

Председатель Ассоциации страховых
медицинских организаций Санкт-Петербурга


«30» декабря 2015 г. **С.А. Анденко**

**от профессиональных союзов
медицинских работников:**

Председатель Территориальной
Санкт-Петербурга и Ленинградской области
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации


«30» декабря 2015 г. **В.А. Дмитриев**