

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 24 декабря 2010 г. N 1185н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА 2011 ГОД**

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить прилагаемую форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год.

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Утвержден
Приказом Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 24.12.2010 N 1185н

Форма

**ТИПОВОЙ ДОГОВОР
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА 2011 ГОД**

_____ " ____ " _____ года
(место заключения договора)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество)
действующего на основании _____,
(реквизиты нормативного акта субъекта
Российской Федерации)

далее именуемый территориальным фондом, с одной стороны, и страховая
медицинская организация _____,
(наименование страховой медицинской организации)

в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующая на основании Устава, доверенности _____, лицензии N _____
от _____, выданной _____,
(наименование органа, выдавшего лицензию)

далее именуемая страховой медицинской организацией <*>, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, N 49, ст. 6422) (далее - Федеральный закон), заключили настоящий договор о нижеследующем:

<*> Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования заключается между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

I. Предмет договора

1. Территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация использует полученные денежные средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего договора.

II. Обязанности и права сторон

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. представить в территориальный фонд заверенную в установленном порядке копию лицензии страховой медицинской организации при заключении настоящего договора;

2.2. осуществлять обязательное медицинское страхование застрахованных лиц в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

2.3. оформлять (переоформлять), выдавать полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу;

2.4. вести учет застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования в соответствии с порядком персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и составлять с территориальным фондом акты сверки численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца по муниципальным образованиям субъекта Российской Федерации по следующим половозрастным группам: ноль - четыре года мужчины/женщины, пять - семнадцать лет мужчины/женщины, восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины, восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины, шестьдесят лет и старше мужчины, пятьдесят пять лет и старше женщины;

2.5. собирать, обрабатывать, обеспечивать сохранность и конфиденциальность сведений и информации при осуществлении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществлять обмен указанными сведениями и информацией между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемыми Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

2.6. представлять в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данные о новых застрахованных лицах и сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах. Вносить в региональный сегмент застрахованных лиц сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, полученные от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона. В течение трех рабочих дней с момента получения указанных сведений от территориального фонда информировать застрахованных лиц в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования и обеспечивать выдачу им полиса обязательного медицинского страхования;

2.7. формировать резерв оплаты медицинской помощи, запасной резерв, резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий и средства расходов на ведение дела за счет следующих источников:

поступивших от территориального фонда платежей по обязательному медицинскому страхованию (далее - средства) по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором;

экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей из-за неоплаты или неполной оплаты счетов медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации), по результатам медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы медицинской помощи;

средств, поступивших от применения санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

средств, причитающихся страховой медицинской организации от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных лиц;

сумм возврата средств резервов;

2.8. осуществлять формирование и пополнение резерва оплаты медицинской помощи по нормативам за счет следующих источников:

средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, за исключением средств, направленных на формирование запасного резерва, резерва финансирования предупредительных мероприятий, и средств на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

100 процентов экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам медико-экономического контроля медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

90 процентов экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

10 процентов экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам экспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

сумм, полученных при применении санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

80 процентов средств, взысканных с юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных;

100 процентов суммы превышения фактической величины запасного резерва и резерва финансирования предупредительных мероприятий над установленным нормативом;

100 процентов средств, поступивших на оплату медицинской помощи по возмещению вреда, причиненного здоровью застрахованных по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

100 процентов средств, предоставляемых страховой медицинской организации для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования из средств нормированного страхового запаса территориального фонда, в случае недостатка средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

2.9. осуществлять формирование и пополнение запасного резерва для возмещения превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами, предназначенными на эти цели, из средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором. Сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесячного запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования, рассчитанного как средняя величина за отчетный период;

2.10. осуществлять формирование и пополнение резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий для финансового обеспечения мероприятий по снижению заболеваемости застрахованных лиц и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы обязательного медицинского страхования, улучшению доступности и качества медицинской помощи и повышению эффективности использования средств медицинскими организациями по нормативам за счет следующих источников:

70 процентов суммы экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам экспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, включая суммы иных санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи;

5 процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями. Сумма средств резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий не должна превышать двухнедельного размера запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования;

2.11. осуществляет формирование средств расходов на ведение дела в соответствии с настоящим договором:

по нормативу ____ процентов от средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам;

20 процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам экспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, включая суммы иных санкций по результатам контроля объемов и качества медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5 процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы реестров медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

20 процентов средств, взысканных с юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных;

штрафов и пени, полученных страховой медицинской организацией за нарушение условий договоров, действующих в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением полученных или удержанных по результатам экспертиз;

2.12. направлять средства:

2.12.1. резерва оплаты медицинской помощи и запасного резерва на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.12.2. резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий на мероприятия по снижению заболеваемости среди застрахованных лиц и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы обязательного медицинского страхования, улучшению доступности и качества медицинской помощи и повышению эффективности использования средств медицинскими организациями, установленные территориальным фондом по согласованию со страховой медицинской организацией;

2.13. использовать полученные в соответствии с настоящим договором средства на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, формирование и использование средств резервов и расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

2.14. заключать договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность по обязательному медицинскому страхованию в субъекте Российской Федерации, и представить при заключении настоящего договора перечень договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенных с медицинскими организациями, вошедшими в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, с заверенными копиями указанных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.15. оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, по согласованным в установленном порядке тарифам на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в рамках объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия), создаваемых в субъектах Российской Федерации;

2.16. обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных для медицинской организации решением Комиссии, оплаченным объемам за оказанную медицинскую помощь;

2.17. направлять полученные средства нормированного страхового запаса территориального фонда в полном объеме на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

2.18. принимать меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица;

2.19. вести отдельный учет средств расходов на ведение дела и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи;

2.20. ежемесячно, до двадцатого числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять территориальному фонду отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность в порядке

и по формам, установленным Федеральным фондом в соответствии с пунктом 9 части 2 статьи 38 Федерального закона;

2.21. информировать застрахованных лиц о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи по обращению застрахованных лиц, о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на выбор (замену) страховой медицинской организации, медицинской организации, о порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом. Предоставлять информацию каждому застрахованному лицу, задавшему вопрос по электронной почте или через информационно-коммуникационную сеть (далее - сеть Интернет) в режиме вопросов-ответов не позднее 5 рабочих дней, следующих за днем получения вопроса;

2.22. размещать на собственном официальном сайте в сети Интернет и доводить иными, предусмотренными законодательством Российской Федерации способами, до застрахованных лиц сведения и информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц;

2.23. осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, в том числе путем проведения медико-экономического контроля 100 процентов страховых случаев, представленных к оплате, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, представленной к оплате в объемах, установленных порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Федеральным фондом в соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона, и представлять отчет о результатах контроля;

2.24. обеспечивать возможность экспертам территориального фонда осуществлять проверку и (или) ознакомление с деятельностью, связанной с исполнением договоров в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе по проведению контроля качества медицинской помощи;

2.25. осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан;

2.26. осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

2.27. обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии с частью 5 статьи 43 Федерального закона;

2.28. информировать территориальный фонд о фактах приостановления или прекращения действия лицензии, реорганизации или ликвидации страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней со дня возникновения таких фактов;

2.29. в случае досрочного расторжения настоящего договора по своей инициативе:

за три месяца до даты расторжения уведомить территориальный фонд, застрахованных лиц и медицинские организации о намерении расторгнуть настоящий договор;

осуществить сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;

осуществить расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи по результатам сверки расчетов в течение двадцати рабочих дней с даты расторжения настоящего договора;

в течение тридцати рабочих дней с даты расторжения настоящего договора вернуть в бюджет территориального фонда остаток средств, перечисленных по настоящему договору, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.30. в случае прекращения действия настоящего договора в связи с приостановлением действия или отзывом лицензии в течение десяти рабочих дней после прекращения договора вернуть в бюджет территориального фонда остаток средств, предназначенных для проведения обязательного медицинского страхования, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.31. нести в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственность за ненадлежащее исполнение предусмотренных Федеральным законом и настоящим договором условий;

2.32. выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации и настоящим договором.

3. Страховая медицинская организация вправе:

3.1. принимать участие в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом;

3.2. участвовать в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3.3. изучать мнение застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

3.4. привлекать экспертов качества медицинской помощи, соответствующих требованиям, установленным Федеральным законом;

3.5. осуществлять иные права, предусмотренные законодательством об обязательном медицинском страховании и настоящим договором.

4. Территориальный фонд обязуется:

4.1. направлять, в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона, ежемесячно страховой медицинской организации до десятого числа сведения о гражданах, не обратившихся в страховые медицинские организации за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации;

4.2. актуализировать региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и принимать меры к страховой медицинской организации за нарушения сроков представления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных в соответствии с настоящим договором;

4.3. на основании представленных страховой медицинской организацией сведений о численности застрахованных лиц, внесенных в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, перечислять страховой медицинской организации средства обязательного медицинского страхования по утвержденным территориальным фондом дифференцированным подушевым нормативам в течение пяти рабочих дней каждого месяца;

4.4. перечислять авансовый платеж страховой медицинской организации до _____ числа месяца, предшествующего расчетному, в размере до 70 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи;

4.5. пересматривать дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования при изменении численности и (или) структуры застрахованных лиц и финансового обеспечения территориальной программы

обязательного медицинского страхования и в течение пяти рабочих дней после утверждения руководителем территориального фонда доводить их до сведения страховой медицинской организации;

4.6. предоставлять средства на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в размере ____ процентов от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам;

4.7. представлять страховой медицинской организации сведения об установленных тарифах на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации не позднее пяти дней после их утверждения;

4.8. принимать решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой медицинской организации объемов средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры после проведения проверки в течение десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации;

4.9. рассматривать обращение страховой медицинской организации за предоставлением средств обязательного медицинского страхования сверх установленных на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации из средств нормированного страхового запаса одновременно с отчетом страховой медицинской организации об использовании средств обязательного медицинского страхования;

4.10. осуществлять предоставление средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в течение пяти рабочих дней со дня окончания проверки;

4.11. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемыми Федеральным фондом согласно пункту 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

4.12. представлять страховой медицинской организации сведения о нормативных документах, связанных с обеспечением обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, не позднее семи рабочих дней от даты их принятия или внесения в них изменений и в течение десяти календарных дней со дня запроса указанных документов;

4.13. при досрочном расторжении настоящего договора проводить проверку деятельности страховой медицинской организации, в том числе путем ревизий, а также сверку расчетов со страховой медицинской организацией и между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями;

4.14. в случае прекращения действия настоящего договора в связи с приостановлением действия или отзывом лицензии у страховой медицинской организации оплатить счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

4.15. провести окончательный расчет со страховой медицинской организацией по прекращенному договору не позднее десяти рабочих дней после его окончания;

4.16. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

5. Территориальный фонд вправе:

5.1. принимать решение о предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой медицинской организации объемов средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифом, увеличением числа застрахованных

лиц и (или) изменением их половозрастной структуры после проведения проверки в течение десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации;

5.2. принимать решение об отказе в предоставлении средств, сверх установленных объемов средств на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации, из средств нормированного страхового запаса при:

наличии у страховой медицинской организации остатка средств обязательного медицинского страхования;

необоснованности размера дополнительно запрашиваемых средств, выявленных территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату предъявленной к оплате медицинской помощи;

отсутствии средств в нормированном страховом запасе территориального фонда;

5.3. осуществлять контроль деятельности страховой медицинской организации по заключению договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, выполнению условий данных договоров, использованию средств обязательного медицинского страхования, организации обязательного медицинского страхования, защите прав застрахованных лиц, а также проверку достоверности учетно-отчетных сведений, направляемых в территориальный фонд;

5.4. осуществлять плановые проверки деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования;

5.5. реализовать иные права в соответствии с Федеральным законом.

III. Ответственность сторон

6. Страховая медицинская организация несет ответственность перед территориальным фондом за:

6.1. нарушение установленных в настоящем договоре сроков представления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменениях в этих данных в виде штрафа в размере трех тысяч рублей;

6.2. нецелевое расходование страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования в виде возмещения в течение десяти рабочих дней со дня предъявления требования территориальным фондом указанных средств и уплаты штрафа в размере десяти процентов от суммы средств, использованных не по целевому назначению, а также пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого расходования;

6.3. невыполнение условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в виде уплаты штрафа в размере десяти процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения;

6.4. ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация выплачивает штрафы, пеню и осуществляет восстановление средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, за счет собственных средств путем перечисления на расчетный счет территориального фонда.

8. Территориальный фонд несет ответственность перед страховой медицинской организацией за нарушение сроков перечисления страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или неполное выделение указанных средств, установленных настоящим договором, поступивших в бюджет территориального

фонда за соответствующий период в виде уплаты штрафа в размере пяти десятых процента от неперечисленных сумм.

9. При выявлении нарушений договорных обязательств территориальный фонд не возмещает затраты страховой медицинской организации по оплате медицинской помощи медицинской организации и применяет штрафные санкции, уменьшая платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень санкций за нарушение договорных обязательств предусмотрен приложением к настоящему договору.

10. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (война, пожар, стихийное бедствие и т.п.).

IV. Срок действия договора и порядок его прекращения

11. Срок действия настоящего договора с _____.2011 по 31.12.2011.

12. Настоящий договор прекращается:

в случае ликвидации одной из сторон;

при приостановлении или прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;

по соглашению сторон, совершенному в письменной форме;

по инициативе территориального фонда в случае нарушения страховой медицинской организацией условий настоящего договора и отзыве лицензии у страховой медицинской организации;

по инициативе страховой медицинской организации в случае нарушения территориальным фондом условий настоящего договора.

Договор может быть признан недействительным решением суда.

13. При досрочном расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации страховая медицинская организация в письменном виде уведомляет территориальный фонд и застрахованных лиц за три месяца до даты расторжения о намерении расторгнуть договор.

14. При приостановлении либо прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации настоящий договор считается расторгнутым соответственно с момента приостановления (прекращения) либо отзыва лицензии.

15. В случае прекращения настоящего договора Стороны обязуются закончить текущие дела и выполнить обязательства по отношению друг к другу, в том числе по взаиморасчетам и отчетности, в порядке, предусмотренном настоящим договором.

V. Прочие условия

16. Стороны разрешают все спорные вопросы, возникшие в связи с выполнением настоящего договора, путем направления претензий, рассматриваемых в течение тридцати дней с момента получения.

17. В случае если стороны не могут прийти к соглашению, все споры и разногласия по выполнению настоящего договора, а также споры, связанные с его изменением, подлежат разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

18. Стороны информируют друг друга обо всех изменениях адресов и банковских реквизитов, указанных в настоящем договоре, в срок не позднее пяти рабочих дней с момента возникновения изменений.

19. Все извещения, уведомления и иную корреспонденцию в соответствии с настоящим договором стороны направляют в письменной форме за подписью уполномоченных лиц на адреса, указанные в данном договоре.

20. Передача Сторонами третьим лицам отдельных прав и обязанностей, равно как и настоящего договора в целом, не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

21. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у территориального фонда, другой - у страховой медицинской организации.

VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация:

ИНН/КПП _____

Адрес (место) нахождения юридического лица: _____

Почтовый адрес _____

Банковские реквизиты _____ БИК _____

Территориальный фонд: _____

ИНН/КПП _____

Адрес (место) нахождения юридического лица: _____

Почтовый адрес _____

Банковские реквизиты: _____ БИК _____

VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:

Территориальный фонд:

М.П.

М.П.

"__" _____ 20__ г.

"__" _____ 20__ г.

Приложение
к типовому договору о
финансовом обеспечении обязательного
медицинского страхования на 2011 год,
утвержденному Приказом Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 24.12.2010 N 1185н

ПЕРЕЧЕНЬ САНКЦИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ

№ п/п	Наименование нарушения	Уменьшение финансирования (руб., %)	Финансовые санкции за счет собственных средств страховой медицинской организации (руб., %)
1.	Нарушения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения

2.	Ведение персонифицированного учета сведений в обязательном медицинском страховании с нарушением установленного порядка		
2.1.	Нарушение сроков представления данных о застрахованных лицах и сведений об их изменении		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
2.2.	Нарушение сроков представления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
3.	Отказ в заключении договора с медицинской организацией на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
4.	Недоведение до сведения застрахованных лиц предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информации, указанной в части 9 статьи 14 Федерального закона		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
5.	Отсутствие информационных стендов или плакатов в пунктах выдачи полисов		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.	Непредставление (несвоевременное представление) территориальному фонду, в том числе		

6.1.	ежемесячного отчета об использовании средств обязательного медицинского страхования		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.2.	о деятельности по защите прав застрахованных лиц		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.3.	иной отчетности, установленной Федеральным фондом		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
7.	Отказ в регистрации жалобы застрахованного лица, нарушение сроков рассмотрения жалоб застрахованных лиц, отказ в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица, недоведение до заявителя результатов рассмотрения (или экспертизы качества медицинской помощи)		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
8.	Непредъявление исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) (за исключением случаев причинения вреда вследствие несчастного случая на производстве) при наличии информации у страховой медицинской организации	100% размера регрессного иска	

9.	Нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, выявленные при проведении повторного медико-экономического контроля реестров счетов, повторной медико-экономической экспертизы и повторной экспертизы качества медицинской помощи, в том числе		
9.1.	невывявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному Федеральным фондом в порядке организации и проведения контроля объемов, сроков и качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования	100% необоснованно оплаченной суммы	штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы
9.2.	нарушение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения
9.3.	невыполнение объемов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения

9.4.	проведение экспертизы качества медицинской помощи с нарушением требований к специалистам, ее осуществляющим (проведение экспертизы качества специалистом-экспертом, экспертом качества, не включенным в Реестр экспертов)		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения
10.	Оплата медицинской помощи, оказанной лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	100% оплаченной стоимости медицинской помощи	штраф в размере 10% от необоснованно полученной суммы
11.	Завышение суммы средств в заявке на получение средств от территориального фонда вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией	100% необоснованно полученной суммы	штраф в размере 10% от необоснованно полученной суммы
12.	Несвоевременный возврат в бюджет территориального фонда средств при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в течение десяти рабочих дней с даты прекращения договора		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств в бюджет территориального фонда, от своевременно не возвращенных сумм за каждый день сверх установленного срока
13.	Нецелевое расходование страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования	100% суммы нецелевого использования средств	штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств

14.	Несвоевременное возмещение страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств в бюджет территориального фонда, от своевременно не возмещенной суммы за каждый день сверх установленного срока
-----	---	--	--
