

ДОГОВОР № 38
НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

г. Курск
(место заключения договора)

«__» _____ 201__ г.

Страховая медицинская организация ООО «Росмедстрах-К»
(наименование страховой медицинской организации)

в лице генерального директора Букина Валерия Евгеньевича,
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, лицензии ОС № 2191- 01 от «09» октября 2015 г., выданной Центральным Банком Российской Федерации (Банк России)

в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и медицинская организация ОБУЗ Курская городская поликлиника №5, включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и действующая на основании лицензии № ДО-46-01-000937 от 31.03.13, выданной
(сведения, подтверждающие право на осуществление медицинской деятельности)

Комитетом здравоохранения Курской обл., далее именуемая Организация, (Медицинская организация) в лице главного врача Деметьевой Натальи Георгиевны,
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании УСТАВА,
(основания для заключения договора)

с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758) (далее – Федеральный закон) заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

II. Права и обязанности Сторон

2. Страховая медицинская организация вправе:

2.1 получать от Организации сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иные сведения в объеме и в порядке,

определенных настоящим договором, осуществлять проверку их достоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

2.2 при выявлении нарушений обязательств, установленных настоящим договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты Организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты Организацией штрафов;

2.3 предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в соответствии со статьей 31 Федерального закона и применять санкции в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

3. Организация вправе:

3.1 получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании настоящего договора в соответствии с установленными тарифами;

3.2 обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.3. увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – Заявка на авансирование), во II и III квартале года не более чем на 20 % от размера, указанного в пункте 5.5 настоящего договора.

4. Страховая медицинская организация обязуется:

4.1 оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение № 1 к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы), в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) в части средств окончательного расчета за месяц подлежащий оплате в пропорции путем перечисления указанных средств на расчетный счет Организации на основании предъявленных Организацией счетов и реестров счетов, до 30 числа каждого месяца включительно;

4.2 До 25 числа каждого месяца включительно, при условии своевременного поступления финансовых средств в полном объеме от территориального фонда обязательного медицинского страхования, направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в Заявке на авансирование (Приложение №3 к настоящему договору), полученной от

организации, не более 50% (от 0% до 50%) от среднемесячного объема средств, принятых к оплате за оказанную медицинскую помощь, за последние три месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае действия договора менее трёх месяцев).

4.3 проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в Организации в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – порядок организации контроля), устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона, и передавать акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, содержащие результаты контроля, в Организацию в сроки, определенные порядком организации контроля;

4.4 обеспечивать Организацию информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

4.5 проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, но не позднее 20 числа месяца следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, но не позднее 01 февраля месяца года следующего за отчетным сверку расчетов с Организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования. Подписанный акт сверки направляется в адрес Организации не позднее 5 дней с момента окончания сроков формирования акта указанных в настоящем пункте;

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

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

5. Организация обязуется:

5.1 обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5.2 бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь в рамках территориальной

программы обязательного медицинского страхования, перечень видов которой содержится в сведениях, представляемых в соответствии с пунктом 5.15 настоящего договора;

5.3 предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и информацию, получаемую от страховой медицинской организации в соответствии с пунктом 4.4 настоящего договора;

5.4 представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов, плановых и фактических сроков оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (медицинскую, учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи при наличии), подписанные акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в сроки, определенные порядком организации контроля, а также показатели доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания медицинской помощи в Организации;

5.5 направлять в страховую медицинскую организацию в срок до 15 числа, но не позднее 18 числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере не более 50 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

5.6 представлять страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

5.7 представлять отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемым Федеральным фондом в соответствии со статьей 33 Федерального закона;

5.8 вести персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с Федеральным законом, и представлять страховой медицинской организации сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

5.9 предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;

5.10 использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.11 вести отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

5.12 проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, но не позднее 30 числа месяца следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, но не позднее 10 февраля месяца года следующего за отчетным сверку расчетов со страховой медицинской организацией, полученный от страховой организации, по результатам которой подписывается акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между Сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования. Подписанный экземпляр акта сверки направляется в адрес страховой организации не позднее 5 дней с момента завершения сроков сверки расчетов определенных настоящим пунктом;

5.13 осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и

порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона, приказом МЗ РФ от 20.11.2013г. № 859 ан.

5.14 представлять до 5 числа каждого месяца включительно в электронном виде сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц (приложение № 2 к настоящему договору) и списки застрахованных лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, номера полиса обязательного медицинского страхования), выбравших Организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, информацию об изменении представленных ранее сведений, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

5.15 представить страховой медицинской организации в срок не позднее 1 рабочего дня после дня заключения настоящего договора сведения, подтверждающие право Организации на осуществление медицинской деятельности, заверенные в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи, предоставляемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, сведения об условиях предоставления медицинской помощи застрахованным лицам и режиме работы Организации, показатели доступности и качества медицинской помощи, установленные для Организации, и другие документы, необходимые для выполнения настоящего договора;

5.16 предоставлять страховой медицинской организации сведения об оказании медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий (бездействия) третьих лиц, одновременно с предоставлением счетов за оказанную медицинскую помощь;

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

II.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Тарифы разрабатываются ТФОМС Курской области и утверждаются Тарифным Соглашением.

Тарифным Соглашением с учетом изменений и дополнений признается документ принятый Тарифной комиссией назначенной в установленном законом порядке. Тарифное Соглашение может быть принято на определенный календарный год. В тарифное Соглашение допускается изменение, и дополнение в части расчета оплаты стоимости медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования в Курской области. Расчет оплаты медицинской помощи между Страховой организацией и медицинской организацией за медицинские услуги в рамках настоящего договора в системе ОМС Курской области производятся на основании тарифов определенных в Тарифном Соглашении на очередной год с учетом изменений и дополнений, вносимых в Тарифное Соглашение установленной Тарифной Комиссией. При таких обстоятельствах стороны признают Тарифное Соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области с изменениями и дополнениями, как документ применяемый сторонами в обязательном порядке при исполнении настоящего договора. Стороны признают, что официальным источником публикации, выше названного Тарифного соглашения является официальный сайт ТФОМС Курской области.

Изменения, вносимые Тарифной комиссией в Тарифное соглашение в обязательном порядке, оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору, и является его неотъемлемой частью.

Дополнительное соглашение оформляется Страховой медицинской организацией и в течение семи рабочих дней с момента изменения Тарифного соглашения в отношении Медицинской организации и направляется для подписания Медицинской организации.

Медицинская организация в течение пяти рабочих дней со дня, следующего за днем получения такого дополнительного соглашения, проверяет дополнительное соглашение на соответствие изменениям Тарифного Соглашения и подписанное со стороны медицинской организации вручает страховой медицинской организации не позднее седьмого рабочего дня с момента получения такого Дополнительного соглашения от Страховой медицинской организации.

Ни одна из сторон настоящего договора не обладает правом уклонения от подписания такого Дополнительного соглашения в сроки определенные настоящим договором.

В случае уклонения от подписания, а именно не представление подписанного и проверенного Дополнительного соглашения, на седьмой рабочий день другой стороне сторона нарушившая такое условие уплачивает другой стороне штраф в размере 500000,0 (Пятьсот тысяч) рублей.

В случае уклонения от подписания такого дополнительного соглашения более чем на двадцать календарных дней другая сторона, которая направила Дополнительное соглашение подписанным, обращается в судебном порядке на понуждение заключения дополнительного соглашения стороны уклонившейся от подписания..

ТФОМС Курской области Курской области может производить индексацию тарифов.

Индексация тарифов может производиться в случаях:

изменения доходной части бюджета ТФОМС Курской области;

изменения доли расходования средств на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования;

превышения количества утвержденных на квартал объемов КСГ для стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи;

изменения размеров заработной платы работников медицинских организаций согласно нормативным актам при наличии финансовой возможности бюджета ТФОМС Курской области.

При индексации размер тарифов рассчитывается ТФОМС Курской области в рублях с двумя десятичными знаками.

После проведения индексации тарифа оплаты медицинской помощи ТФОМС Курской области и внесения изменений в Тарифные Соглашения Медицинские организации производят выставления счетов-реестров исходя из нового тарифа. В случае если счета-реестры были представлены Страховой медицинской организации, то Медицинская организация представляет корректирующие реестры исходя из пересмотренного (индексированного) тарифа, если, такие счета – реестры представляются не позднее десяти рабочих дней с момента принятия индексированного нового тарифа.

Страховая медицинская организация обязана уведомить Медицинскую организацию об изменении индексации тарифов оплаты медицинской помощи информационным письмом.

Момент получения информационного письма Медицинской организацией признается моментом начала расчетов за медицинскую помощь по новым индексированным тарифам.

В случае нарушения условий представления счетов-реестров на основании нового индексированного тарифа, а так же корректирующих счетов-реестров, каждая из сторон нарушивших выше названное условие представления уплачивает другой стороне штрафную неустойку из расчета 15% (Пятнадцати процентов) от суммы подлежащей корректировке.

Штрафная неустойка рассчитывается следующим образом: Размер, подлежащий корректировке счетов-реестров, умножается на 15 процентов и делится на 100 процентов.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи 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.

Денежные средства обязательного медицинского страхования, полученные медицинской организацией, расходуются в общем объеме без разбивки по видам медицинской помощи.

II. II. Контроль объемов и качества медицинской помощи. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи.

С учетом представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н с изменениями и дополнениями "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 с изменениями и дополнениями "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация представляет в адрес ТФОМС Курской области и СМО в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

Результаты контроля объемов и качества медицинской помощи в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем СМО или ТФОМС Курской области, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

По результатам контроля в соответствии с договором на оказание и

оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи и/или уменьшения оплаты медицинской помощи (Приложение № 3) к медицинской организации применяются следующие меры:

а) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:
исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;
уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;
возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{шт}$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = P_T \times K_{но}$$

где:

P_T - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

K_{но} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований

для отказа в оплате медицинской помощи и/или уменьшения оплаты медицинской помощи (Приложение № 3).

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации (Сшт) рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт}$$

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи и/или уменьшения оплаты медицинской помощи (Приложение № 3).

При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшении оплаты медицинской помощи, к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное наказание, влекущее больший размер неоплаты.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации.

Медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Страховые медицинские организации могут проводить контрольные проверки достоверности объемов и качества оказываемой медицинской помощи застрахованным гражданам в стационарах круглосуточного и дневного пребывания. При отсутствии пациента (без письменного разрешения руководителя медицинской организации, его заместителей или ответственного дежурного врача, отраженного в истории болезни), проходящего лечение в стационарном отделении круглосуточного пребывания, дневных стационарах всех типов, лечение считается прекращенным в день выявления нарушения уполномоченными сотрудниками СМО. По факту нарушения составляется соответствующий акт

сверки в 2-х экземплярах, который подписывается руководителем медицинской организации, а при его отсутствии, в том числе в выходные и праздничные дни, ответственным дежурным врачом. Один экземпляр акта находится в медицинской организации, другой экземпляр находится в СМО. Оплата данного случая производится с учетом фактического периода лечения.

III. Ответственность сторон

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация несет ответственность за:

7.1 неоплату, неполную или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по настоящему договору, в виде уплаты Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от не перечисленных сумм за каждый день просрочки.

Сторона, нарушившая условия пунктов 4.5 и 5.12 настоящего договора уплачивает другой стороне пени из расчета одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения.

Уплата пени не освобождает страховую медицинскую организацию от оплаты медицинской помощи в соответствии с условиями настоящего договора;

7.1.1. В случае установления в ходе контроля объемов и качества медицинской помощи и уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствие с приложением №3 настоящего договора, которое является его неотъемлемой частью Организация уплачивает Страховой медицинской организации проценты за пользование чужими денежными средствами из расчета 0,1% ежедневного пользования с момента, когда Организация незаконно получила средства оплаты до момента фактической оплаты Страховой медицинской организации. пользования от суммы установленного уменьшения тарифа оплаты медицинских услуг определенных по результатам контроля объемов и качества медицинской помощи.

7.2. необеспечение сохранности и конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы.

IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

9. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря года, в котором он был заключен.

10. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

11. Страховая медицинская организация и Организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора.

12. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, совершенному в письменной форме.

13. Настоящий договор расторгается в одностороннем порядке:
при ликвидации одной из сторон;

при приостановлении, ограничении, отзыве либо прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

при исключении Организации и (или) страховой медицинской организации из реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

14. О намерении досрочного расторжения договора страховая медицинская организация уведомляет Организацию за три месяца до предполагаемой даты расторжения договора.

15. При расторжении настоящего договора стороны производят окончательный расчет в течение десяти дней после прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт, копия которого в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

V. Прочие условия

16. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у страховой медицинской организации, другой – у Организации.

17. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

18. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

19. Стороны обязуются принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. В случае если одна из Сторон поручает обработку персональных данных третьим лицам, на нее возлагается обязанность обеспечения указанными лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация:
ИНН /КПП 4632108278/463201001
Адрес (место) нахождения
юридического лица: 305008 г. Курск
ул. Пучковка, 53
Банковские реквизиты: расчетный счет
40701810318250000026
Филиал Банка ВТБ (ПАО) в г. Воронеже
БИК 042007835
К/С 30101810100000000835

Организация:
ИНН/КПП 462904008887/463201007
Адрес (место) нахождения
юридического лица: 305040
г. Курск, ул. Зарюбинская, 43-А
Банковские реквизиты: _____
Р/С 40601810338073000007
ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК, Г. КУРСК
Л/С 22804000480
БИК 043807007

VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:
ООО «Росмедстрах-К»

М.П. 
« » 2017 г.

Организация:

М.П. 
« » 2017 г.

Приложение № 1
к договору на оказание и оплату
медицинской помощи
по обязательному медицинскому
страхованию, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от _____ № _____

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного
медицинского страхования на 2017год.*

(наименование медицинской организации)

для лиц, застрахованных в _____

(наименование страховой медицинской организации)

Виды медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	всего на ____год	Объемы медицинской помощи:				всего на ____год	Стоимость территориальной программы по источникам ее финансирования, руб.			
				январь-март	апрель-июнь	июль-сентябрь	октябрь-декабрь		январь-март	апрель-июнь	июль-сентябрь	октябрь-декабрь
А	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС	1											
-скорая медицинская помощь (сумма строк 7+12+17)	2	вызов										
-амбулаторная помощь (сумма строк 8+13+18), в т.ч.:	3	посещение										
посещения с профилактической целью	3.1	посещение										
посещения по неотложной медицинской помощи	3.2	посещение										
обращения в связи с заболеваниями	3.3	обращение										
- стационарная помощь (сумма строк 9 + 14+19)	4	случай госпитализации										
- в дневных стационарах (сумма строк 10 + 15+20), в том числе	5	случай госпитализации										
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС	6											
- скорая медицинская помощь	7	вызов										
-амбулаторная помощь	8	посещение										
посещения с профилактической целью	8.1	посещение										
посещения по неотложной медицинской	8.2	посещение										

Приложение № 2
к договору на оказание и оплату
медицинской помощи
по обязательному медицинскому
страхованию, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от _____ № _____

Сведения о численности лиц, застрахованных в _____,
(название страховой медицинской организации)
выбравших Организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи
на 01. __.20__

(чел.)

№	Число застрахованных лиц	В том числе по группам застрахованных лиц							
		дети				трудоспособный возраст		пенсионеры	
		0-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
		муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.

Приложение № 3
к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию, утвержденному приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от _____ № _____

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
Код дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент неполной оплаты (Кно)	Коэффициент штрафа (Кшт)
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.		0,3

1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;		3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного	1,0	1,0

	медицинского страхования.		
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
Код дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент неполной оплаты	Коэффициент штрафа
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,5
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,5
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,5

2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		0,5
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,5
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,5
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,5
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,5

2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		0,5
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		0,5
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи			
Код дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент неполной оплаты	Коэффициент штрафа
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	

3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,4	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;		

3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	0,4	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5	
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	0,5	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому	0,6	

	должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.		
3.9	Утратил силу (<u>Приказ</u> ФФОМС от 21.07.2015 N 130)		
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0	
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного заболевания).	0,9	1,0
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			

Код дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент неполной оплаты	Коэффициент штрафа
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	0,1	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,9	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным	1,0	1,0

	реестра счетов.		
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
Код дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент неполной оплаты	Коэффициент штрафа
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу,	1,0	

	застрахованному другой страховой медицинской организацией;		
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	1,0	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,0	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые	1,0	

	несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).		
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих	1,0	

	органов).		
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	1,0	
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре	1,0	

	в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).		
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	

Пронумеровано, прошито и скреплено печатью

Всего 30 листов

Генеральный директор

ООО «Росмедстрах-К»

В.Е. Буккин

