

ДОГОВОР № 106/055
 на оказание и оплату медицинской помощи
 по обязательному медицинскому страхованию

г. Курск

«01» января 2016 г.

Страховая медицинская организация - Открытое акционерное общество «РОСНО-МС» в лице директора Курского филиала Коломийца Игоря Владиславовича, действующего на основании Положения о филиале, доверенности № МС-22 от 01.01.2016 г., лицензии ОС № 2890-01 от 20.05.2015 г., выданной Центральным Банком Российской Федерации (Банком России) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее именуемая *Страховой медицинской организацией*, с одной стороны, и медицинская организация Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская поликлиника № 5» комитета здравоохранения Курской области, включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, действующая на основании лицензии № ЛО-46-01-000931 от 31 октября 2013 года, выданной Комитетом здравоохранения Курской области, далее именуемая *Организацией*, в лице главного врача Дементьевой Наталии Георгиевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, далее именуемые *Сторонами*, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (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 любые 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 финансовых средств в Страховую медицинскую организацию и (или) уплаты Организацией штрафов в соответствии с Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Курской области, действующим на момент нарушения обязательств;

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 аргументированных 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, на декабрь – до 95 % от размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

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*), при условии своевременного поступления финансовых средств в полном объеме от территориального фонда ОМС и с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества, своевременности, а также 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*) посредством 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, направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в Заявке на авансирование (*приложение № 3 к настоящему договору*), полученной от Организации, но не более 50% 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*);

4.3. проводить контроль объемов, сроков, качества, своевременности 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 утвержденным приказом Федерального фонда от 01 декабря № 230; передавать акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, содержащие результаты контроля, в Организацию в сроки, определенные порядком организации контроля, применять при проведении такого контроля финансовые санкции к Организации (*при наличии нарушений*) исходя из их размеров, установленных Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области действующим на момент нарушений;

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

4.5. проводить ежемесячно, на 01 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с Организацией, по резуль-

татам 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;

4.6. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных гражданах и лицах, прикрепленных на медицинское обслуживание в амбулаторно-поликлинических подразделениях Организации (*при наличии таких лиц*), а также 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 или организовать оказание такой помощи в другой медицинской организации в случае объективной невозможности полного исполнения условий настоящего договора в указанной выше части;

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 информацию 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; возвращать в Страховую медицинскую организацию подписанные акты медико-экономического контроля, а также подписанные и заверенные печатью акты медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в установленные порядком учета и использования результатов контроля сроки; направлять в Страховую медицинскую организацию сведения 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 (ведомственного) контроля качества медицинской помощи при их наличии*), данные о лицах, прикрепленных на медицинское обслуживание к амбулаторно-поликлиническим подразделениям Организации (*при наличии таких лиц*), а также о показателях доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания лечебно-диагностической помощи в Организации;

5.5. направлять в Страховую медицинскую организацию в срок до 01 числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере до 50 % (*процентов*) от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 (*три*) месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (*в случае периода действия договора менее трех месяцев*);

5.6. представлять в Страховую медицинскую организацию в течение 5 (*пяти*) рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; своевременно и в полном объеме перечислять денежные средства в виде штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества исходя из их размеров, установленных Тарифным со-

глашением на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области действующим на момент нарушений;

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 направлять Страховой медицинской организации сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

5.9. предоставлять Страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения стендов и иных информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;

5.10. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь в строгом соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования; при включении Организации в план мероприятий, утвержденный комиссией, созданной в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального Закона с учетом структуры нарушений, выявленных при проведении в предыдущем финансовом году контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

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

5.12. проводить ежемесячно на 01 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов со Страховой медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между Сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования и направлять подписанные (в том числе - с разногласиями) акты сверки в страховую медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней после получения данных актов от страховой медицинской организации;

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;

5.14. представлять до 05 числа каждого месяца включительно в электронном виде и (или) на бумажном носителе 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 с оформлением акта согласования численности (*приложение № 4 к настоящему договору*), а, кроме того, информацию об изменении представленных ранее сведений, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов оказания медицинской помощи, в том числе сроков госпитализации;

5.15. представить Страховой медицинской организации в срок не позднее 1 (одного) 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 надлежащего 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.

III. Ответственность сторон

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

7. Страховая медицинская организация несет ответственность за:

7.1. неоплату, неполную или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной Организацией по настоящему договору, возникшую исключительно по вине Страховой медицинской организации, 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.

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

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 с 01 января 2016 г. и действует по 31 декабря 2016 г.

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, при этом, один экземпляр находится у Страховой медицинской организации, другой - у Организации. Все приложения к настоящему договору являются его безусловной и неотъемлемой частью.

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, а также изменениях в документах, подтверждающих право сторон на осуществление деятельности (лицензиях).

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:
Курский филиал ОАО «РОСНО-МС»
ИНН/КПП 7703027721/463202001
Адрес (место) нахождения юридического лица: 305004, г. Курск,
ул. Радищева, д.60/15
Банковские реквизиты:
р/с 40701810418250000023 в филиале
ОАО Банк ВТБ в г. Воронеже
БИК 042007835
к/с 30101810100000000835

Организация:
ОБУЗ «Курская городская
поликлиника № 5»
ИНН/КПП 4629040887/463201001
Адрес (место) нахождения юридического лица: 305040, г. Курск,
ул. Запольная, 43-а
Банковские реквизиты:
Р/сч. 40601810338073000001
в отделении Курск, г. Курск
БИК 043807001
л/с 22804000480

VII. Подписи сторон:

Страховая медицинская организация:
Курский филиал ОАО «РОСНО-МС»

Директор

 И.В. Коломиец

«01» января 2016 г.


№ 106
МОСКВА

Организация:

ОБУЗ «Курская городская
поликлиника № 5»

Главный врач

 Н.Г. Дементьева

«01» января 2016 г.

