Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

Зарегистрировано в Минюсте России 19 октября 2011 г. N 22082

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**

**от 9 сентября 2011 г. N 1030н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА**

**О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**

**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов

(в ред. Приказа Минздрава России от 07.10.2014 N 590н)

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; 2011, N 25, ст. 3529) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую [форму](#Par38) типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

2. При заключении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, предусмотренный в [пунктах 2.9](#Par93) и [4.5](#Par142) формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, устанавливается: на 2012 год - не более 70%, на 2013 год - не более 55%, на 2014 год - не более 40%, с 2015 года - не более 50% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи. Размер средств заявки может быть увеличен во II - III квартале года не более чем на 20% от размера, указанного в настоящем пункте приказа.

(в ред. Приказа Минздрава России от 07.10.2014 N 590н)

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2012 года.

Врио Министра

В.С.БЕЛОВ

Приложение

к приказу Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 9 сентября 2011 г. N 1030н

Форма

**ТИПОВОЙ ДОГОВОР**

**О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**

**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

(место заключения договора)

 Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального фонда обязательного

 медицинского страхования)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее

 (реквизиты нормативного акта субъекта

 Российской Федерации)

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, а 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,

2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) (далее - Федеральный закон),

заключили настоящий договор о нижеследующем:

--------------------------------

<\*> Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования заключается между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих 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 обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

II. Обязанности и права Сторон

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. представить в территориальный фонд в срок не позднее 1 рабочего дня с момента заключения настоящего договора заверенную в установленном порядке копию лицензии страховой медицинской организации, реестр и копии и/или электронные копии договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи), заключенных с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее - медицинские организации), список застрахованных лиц с указанием сведений, предусмотренных пунктами 1 - 13 части 2 статьи 44 Федерального закона;

2.2. осуществлять обязательное медицинское страхование 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 N 29н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 08.02.2011 N 19742) (далее - Порядок, персонифицированный учет), и составлять с территориальным фондом акты сверки численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца в срок до \_\_\_ числа каждого месяца с распределением на половозрастные группы, применяемые при расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения для страховой медицинской организации;

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 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, сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах и направлять в территориальный фонд для включения 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;

2.7. в течение трех рабочих дней с момента получения от территориального фонда сведений о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, информировать застрахованных лиц в письменной форме о факте страхования, необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования и обеспечивать выдачу им полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 03.03.2011 N 19998) (далее - Правила);

2.8. формировать целевые средства на оплату медицинской помощи за счет:

2.8.1. средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим договором;

2.8.2. средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии со статьей 41 Федерального закона:

2.8.2.1. средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

2.8.2.2. 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

2.8.2.3. 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

2.8.2.4. 50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

2.8.3. средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи;

2.9. формировать собственные средства в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных частью 4 статьи 28 Федерального закона, в следующем порядке:

2.9.1. средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, полученные по нормативу в размере \_\_\_ процентов от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам, в соответствии с частью 18 статьи 38 Федерального закона;

2.9.2. средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, в размере 30 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день удержания данной суммы из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, или в день возврата медицинской организацией указанной суммы при условии соблюдения процедуры обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренной статьей 42 Федерального закона;

2.9.3. средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, в размере 30 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день удержания данной суммы из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, или в день возврата медицинской организацией указанной суммы при условии соблюдения процедуры обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренной статьей 42 Федерального закона;

2.9.4. средства, поступившие в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в размере 50 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации;

2.9.5. средства, образовавшиеся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в размере 10 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств после подписания с территориальным фондом акта сверки расчетов по итогам года в течение \_\_ рабочих дней года, следующего за отчетным;

2.9.6. средства, поступившие от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи, направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации;

2.9.7. средства, являющиеся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных настоящим договором, с учетом показателей согласно [приложению N 1](#Par254) к настоящему договору, в течение \_\_ рабочих дней года, следующего за отчетным;

2.10. ежемесячно представлять в территориальный фонд на бумажном носителе заверенные печатью и подписанные руководителем и/или в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью руководителя:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование) в размере не более \_\_ 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) в срок до \_\_\_ числа месяца;

заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - Заявка на получение целевых средств) в объеме средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, в срок до \_\_\_ числа месяца, следующего за отчетным;

2.11. направлять целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия), созданной в субъекте Российской Федерации, по согласованным тарифам с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.12. вернуть остаток целевых средств в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

2.13. использовать полученные в соответствии с настоящим договором средства по целевому назначению;

2.14. предоставлять отчет об использовании целевых средств одновременно с обращением за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда;

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

2.16. заключать с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.17. обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных Комиссией для страховой медицинской организации согласно [приложению N 2](#Par325) к настоящему договору, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям;

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

2.19. вести раздельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи;

2.20. ежемесячно до двадцатого числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять в территориальный фонд отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об 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 со статьей 33 Федерального закона;

2.21. информировать застрахованных лиц о медицинских организациях в соответствии с Правилами, о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, врача, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования и об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом. Предоставлять информацию застрахованным лицам, задавшим вопрос по электронной почте или на официальный сайт в информационно-коммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть Интернет) в режиме "вопрос - ответ", не позднее 5 рабочих дней со дня 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, финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц и иную информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации;

2.23. осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, с которыми страховой медицинской организацией заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком, утвержденным приказом Федерального фонда от 01.12.2010 N 230 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011 N 19614) (далее - порядок организации контроля), и представлять в территориальный фонд отчет о результатах контроля;

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

2.25. осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

2.26. 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 расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

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

возвратить в бюджет территориального фонда остаток средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

2.27. в случае прекращения действия настоящего договора, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации в течение десяти рабочих дней после прекращения настоящего договора возвратить в бюджет территориального фонда целевые средства, не использованные по целевому назначению;

2.28. обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций, в соответствии с Порядком;

2.29. 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;

2.30. проводить сверку расчетов с территориальным фондом, по результатам которой совместно с территориальным фондом составлять акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок до \_\_\_ числа каждого месяца;

2.31. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом 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 посредством участия в Комиссии, созданной в субъекте Российской Федерации;

3.2. участвовать в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы);

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

3.4. привлекать экспертов качества медицинской помощи, квалификация которых соответствует требованиям Федерального закона и которые включены в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи;

3.5. обращаться в территориальный фонд за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту;

3.6. получать вознаграждение за выполнение действий, предусмотренных настоящим договором, с учетом показателей согласно [приложению N 1](#Par254) к настоящему договору;

3.7. осуществлять иные права, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

4. Территориальный фонд обязуется:

4.1. составлять со страховой медицинской организацией акты сверки численности застрахованных лиц и акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок до \_\_\_ числа каждого месяца;

4.2. направлять в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона ежемесячно, 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;

4.3. 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;

4.4. утверждать и пересматривать дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования при изменении численности и (или) половозрастной структуры застрахованных лиц и финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в порядке, установленном в Правилах, и в течение пяти рабочих дней после утверждения руководителем территориального фонда доводить их до сведения страховой медицинской организации;

4.5. вести учет заявок, в соответствии с порядком документооборота, установленным в территориальном фонде, и направлять в страховую медицинскую организацию по поступившей от нее заявке:

в течение пяти рабочих дней со дня получения Заявки на авансирование - средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в размере не более \_\_ 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);

в течение трех рабочих дней со дня получения Заявки на получение целевых средств - средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за отчетный месяц с учетом ранее направленных средств на авансирование оплаты медицинской помощи в размере суммы Заявки на получение целевых средств, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов;

4.6. перечислять страховой медицинской организации:

4.6.1. средства, предназначенные на расходы на ведение дела, - ежемесячно одновременно с предоставлением средств на оплату медицинской помощи по Заявке на авансирование и Заявке на получение целевых средств по обязательному медицинскому страхованию, по нормативу в размере \_\_\_ процентов, в соответствии с частью 18 статьи 38 Федерального закона;

4.6.2. средства в размере 10 процентов от образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, после подписания акта сверки расчетов между страховой медицинской организацией и территориальным фондом по итогам года в течение \_\_ рабочих дней года, следующего за отчетным;

4.6.3. вознаграждение за выполнение условий, предусмотренных настоящим договором, с учетом показателей согласно [приложению N 1](#Par254) к настоящему договору, в течение \_\_ рабочих дней года, следующего за отчетным;

4.7. предоставлять страховой медицинской организации сведения об установленных тарифах 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, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры;

4.8.1. рассматривать обращение страховой медицинской организации за предоставлением целевых средств, сверх установленных на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации, из средств нормированного страхового запаса территориального фонда одновременно с отчетом страховой медицинской организации об использовании целевых средств и проводить проверку в течение десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации;

4.8.2. осуществлять предоставление средств из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки при отсутствии оснований, предусмотренных частью 9 статьи 38 Федерального закона;

4.8.3. отказать в предоставлении средств нормированного страхового запаса не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки при:

наличии у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

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

отсутствии средств в нормированном страховом запасе территориального фонда;

4.9. 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;

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

4.11. осуществлять контроль деятельности страховой медицинской организации, в том числе по заключению договоров на оказание и оплату медицинской помощи, выполнению условий данных договоров, организации обязательного медицинского страхования, защите прав застрахованных лиц, осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, достоверности учетно-отчетных сведений, направляемых в территориальный фонд, и проводить проверку деятельности страховой медицинской организации, в том числе путем ревизий, сверку расчетов со страховой медицинской организацией, а также между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями при досрочном расторжении или прекращении настоящего договора;

4.12. в случае прекращения настоящего договора в связи с приостановлением действия, отзывом или прекращением действия лицензии у страховой медицинской организации оплатить счета на оплату медицинской помощи медицинских организаций в пределах объемов, установленных решением Комиссии, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

4.13. произвести окончательный расчет со страховой медицинской организацией по настоящему договору не позднее десяти рабочих дней со дня его прекращения;

5. Территориальный фонд вправе:

5.1. в случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств приведен в [приложении N 3](#Par414) к настоящему договору;

5.2. 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 предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменениях в этих данных;

6.2. использование не по целевому назначению целевых средств;

6.3. невыполнение условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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, по условиям настоящего договора за счет собственных средств, а также в случае невыполнения условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи за счет средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию путем перечисления на расчетный счет территориального фонда в течение десяти рабочих дней с даты предъявления требований территориальным фондом.

8. Территориальный фонд несет ответственность перед страховой медицинской организацией за нарушение сроков перечисления страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или неполное выделение средств на обязательное медицинское страхование, 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 при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств и применяет штрафные санкции согласно [приложению N 3](#Par414) 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.

IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

11. Срок действия настоящего договора с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по 31.12.20\_\_ г.

12. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания, а также при условии участия страховой медицинской организации в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в следующем году.

13. Настоящий договор расторгается (прекращает свое действие) в следующих случаях:

13.1. истечения срока, на который он заключен;

13.2. ликвидации (прекращение деятельности) одной из Сторон;

13.3. при приостановлении или прекращении действия лицензии, отзыве лицензии у страховой медицинской организации;

13.4. по соглашению Сторон, совершенному в письменной форме;

13.5. по инициативе территориального фонда в случае нарушения страховой медицинской организацией условий настоящего договора;

13.6. по инициативе страховой медицинской организации, в том числе в случае нарушения территориальным фондом условий настоящего договора;

13.7. иных случаях, предусмотренных законодательством.

14. При прекращении действия настоящего договора, в том числе в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации:

14.1. страховая медицинская организация:

14.1.1. при прекращении настоящего договора в связи с истечением срока его действия выполняет в полном объеме обязательства по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, результаты которого представляет в территориальный фонд;

14.1.2. проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

14.1.3. в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;

14.2. территориальный фонд при прекращении настоящего договора в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

15. При расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации:

15.1. страховая медицинская организация:

15.1.1. в письменном виде уведомляет территориальный фонд за три месяца до даты расторжения о намерении расторгнуть договор;

15.1.2. осуществляет сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;

15.1.3. осуществляет расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

15.1.4. в течение десяти рабочих дней с даты расторжения настоящего договора возвращает в бюджет территориального фонда остаток целевых средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

15.2. территориальный фонд совместно со страховой медицинской организацией составляет акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств.

16. При расторжении настоящего договора по инициативе территориального фонда:

16.1. территориальный фонд:

16.1.1. в письменном виде уведомляет страховую медицинскую организацию за месяц до даты расторжения о причинах и намерении расторгнуть договор;

16.1.2. оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

16.2. страховая медицинская организация:

16.2.1. в течение десяти дней проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

16.2.2. в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;

17. Территориальный фонд и страховая медицинская организация составляют акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств в территориальный фонд.

18. При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации настоящий договор считается прекращенным с момента приостановления действия лицензии либо ее отзыва.

19. Настоящий договор может быть признан недействительным по решению суда.

V. Прочие условия

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

21. 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.

22. Стороны информируют друг друга обо всех изменениях адресов и банковских реквизитов в срок не позднее пяти рабочих дней с момента возникновения изменений.

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

24. Передача Сторонами третьим лицам прав и обязанностей по настоящему договору не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

25. 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: Территориальный фонд:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП ИНН/КПП

ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес (место) нахождения Адрес (место) нахождения

юридического лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ юридического лица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VII. Подписи Сторон:

Страховая медицинская организация: Территориальный фонд:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение N 1

к типовому договору

о финансовом обеспечении

обязательного медицинского

страхования, утвержденному

приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 9 сентября 2011 г. N 1030н

ПОКАЗАТЕЛИ

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

┌─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ Показатель │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│1. Отсутствие в деятельности страховой медицинской организации фактов│

│нарушений законодательства по обязательному медицинскому страхованию и│

│нарушений в использовании средств обязательного медицинского│

│страхования, своевременность предоставления страховой медицинской│

│организацией в установленном порядке отчетности в территориальный фонд; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│2. Возможность курьерской доставки полисов обязательного медицинского│

│страхования застрахованным лицам в установленных случаях (лицам с│

│ограниченными возможностями, лицам пожилого возраста, многодетным│

│матерям и иным категориям); │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│3. Возможность беспрепятственного доступа в страховую медицинскую│

│организацию лиц с ограниченными возможностями; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│4. Наличие представителей страховой медицинской организации в│

│медицинских организациях; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│5. Возможность диалога с застрахованными лицами на сайте (рубрика│

│"вопрос-ответ"); │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│6. Наличие круглосуточного многоканального телефона, обеспечивающего│

│возможность обращений граждан в режиме ожидания ответа; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│7. Изменение структуры и количества поступающих жалоб, в том числе│

│увеличение их количества в страховых медицинских организациях при│

│одновременном снижении в территориальном фонде, наличие обоснованных│

│жалоб на действия страховой медицинской организации; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│8. Доля средств, выделенных из нормированного страхового запаса│

│территориального фонда в общем объеме финансирования страховой│

│медицинской организации; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│9. Доля претензий, удовлетворенных в досудебном порядке, и доля исков,│

│удовлетворенных в судебном порядке; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│10. Доля медико-экономических экспертиз от числа страховых случаев; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│11. Доля экспертиз качества медицинской помощи от числа страховых│

│случаев; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│12. Доля экспертиз качества медицинской помощи в общем объеме│

│проведенных экспертиз; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│13. Доля выявленных нарушений от общего числа экспертиз по результатам│

│экспертизы качества медицинской помощи на 10 000 застрахованных лиц; │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│14. Доля тематических экспертиз от общего числа экспертиз на 10 000│

│застрахованных лиц. │

└─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┘

Приложение N 2

к типовому договору

о финансовом обеспечении

обязательного медицинского

страхования, утвержденному

приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 9 сентября 2011 г. N 1030н

 Объемы

 медицинской помощи, установленные по территориальной

 программе обязательного медицинского страхования на \_\_\_\_ год [<\*>](#Par398)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской организации (филиала))

┌─────────────────────────────┬──────┬─────────┬─────────┬───────────────────────────────────────────┐

│ Виды медицинской помощи │ N │ Единица │Территор.│ Стоимость территориальной программы │

│ │строки│измерения│нормативы│ по источникам ее финансового обеспечения │

│ │ │ │объемов ├──────┬────────────────────────────────────┤

│ │ │ │медицин- │всего │ в том числе: │

│ │ │ │ской │на \_\_\_├────────┬────────┬────────┬─────────┤

│ │ │ │помощи на│ год │январь -│апрель -│ июль - │октябрь -│

│ │ │ │одного │ │ март │ июнь │сентябрь│декабрь │

│ │ │ │жителя │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│ А │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│Медицинская помощь в рамках │1 │ │ │ │ │ │ │ │

│территориальной программы ОМС│ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- скорая медицинская помощь │2 │вызов │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- амбулаторная помощь │3 │посещение│ │ │ │ │ │ │

│(сумма [строк 7](#Par363) + [11](#Par376) + [16](#Par389)) │ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- стационарная помощь │4 │к/день │ │ │ │ │ │ │

│(сумма [строк 8](#Par365) + [12](#Par378) + [17](#Par391)) │ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- в дневных стационарах │5 │пациенто-│ │ │ │ │ │ │

│(сумма [строк 9](#Par367) + [13](#Par380) + [18](#Par393)), │ │день │ │ │ │ │ │ │

│в том числе │ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│1. Медицинская помощь, │6 │ │ │ │ │ │ │ │

│предоставляемая в рамках │ │ │ │ │ │ │ │ │

│базовой программы ОМС │ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- амбулаторная помощь │7 │посещение│ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- стационарная помощь │8 │к/день │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- в дневных стационарах │9 │пациенто-│ │ │ │ │ │ │

│ │ │день │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│2. Дополнительные расходы, │10 │ │ │ │ │ │ │ │

│включаемые в тариф │ │ │ │ │ │ │ │ │

│сверх базовой программы │ │ │ X │ │ │ │ │ │

│на медицинскую помощь │ │ │ │ │ │ │ │ │

│(расширение статей расходов):│ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- амбулаторная помощь │11 │посещение│ X │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- стационарная помощь │12 │к/день │ X │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- в дневных стационарах │13 │пациенто-│ X │ │ │ │ │ │

│ │ │день │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│3. Медицинская помощь при │14 │ │ │ │ │ │ │ │

│заболеваниях сверх базовой │ │ │ │ │ │ │ │ │

│программы ОМС: │ │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- скорая медицинская помощь │15 │вызов │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- амбулаторная помощь │16 │посещение│ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- стационарная помощь │17 │к/день │ │ │ │ │ │ │

├─────────────────────────────┼──────┼─────────┼─────────┼──────┼────────┼────────┼────────┼─────────┤

│- в дневных стационарах │18 │пациенто-│ │ │ │ │ │ │

│ │ │день │ │ │ │ │ │ │

└─────────────────────────────┴──────┴─────────┴─────────┴──────┴────────┴────────┴────────┴─────────┘

--------------------------------

<\*> Заполняется на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

Приложение N 3

к типовому договору

о финансовом обеспечении

обязательного медицинского

страхования, утвержденному

приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 9 сентября 2011 г. N 1030н

ПЕРЕЧЕНЬ

САНКЦИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ

┌──────┬─────────────────────────────┬──────────────┬─────────────────────┐

│ N │ Наименование нарушения │ Уменьшение │ Финансовые санкции │

│ п/п │ │финансирования│ за счет собственных │

│ │ │ (руб., %) │ средств страховой │

│ │ │ │ медицинской │

│ │ │ │ организации │

│ │ │ │ (руб., %) │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 1. │Нарушения порядка выдачи │ │штраф в размере │

│ │полиса обязательного │ │3 000 рублей за │

│ │медицинского страхования, │ │каждый случай │

│ │предусмотренного статьей 46 │ │нарушения │

│ │Федерального закона │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 2. │Ведение персонифицированного │ │ │

│ │учета сведений в обязательном│ │ │

│ │медицинском страховании с │ │ │

│ │нарушением установленного │ │ │

│ │порядка │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 2.1. │нарушение сроков │ │штраф в размере │

│ │представления данных о │ │3 000 рублей за │

│ │застрахованном лице и │ │каждый случай │

│ │сведений об их изменении │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 2.2. │нарушение сроков │ │штраф в размере │

│ │представления сведений о │ │3 000 рублей за │

│ │медицинской помощи, оказанной│ │каждый случай │

│ │застрахованному лицу │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 2.3. │внесение в региональный │ │штраф в размере │

│ │сегмент единого регистра │ │3 000 рублей за │

│ │застрахованных лиц записей, │ │каждый случай │

│ │содержащих недостоверные │ │нарушения │

│ │сведения │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 3. │Отказ в заключении договора с│ │штраф в размере 100% │

│ │медицинской организацией на │ │подушевого норматива │

│ │оказание медицинской помощи │ │финансирования │

│ │по обязательному медицинскому│ │территориальной │

│ │страхованию, включенной в │ │программы │

│ │реестр медицинских │ │обязательного │

│ │организаций, участвующих в │ │медицинского │

│ │системе обязательного │ │страхования за │

│ │медицинского страхования в │ │каждый случай │

│ │субъекте Российской Федерации│ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 4. │Отсутствие официального сайта│ │штраф в размере 100% │

│ │страховой медицинской │ │подушевого норматива │

│ │организации или его │ │финансирования │

│ │несоответствие требованиям │ │территориальной │

│ │правил обязательного │ │программы │

│ │медицинского страхования │ │обязательного │

│ │ │ │медицинского │

│ │ │ │страхования за │

│ │ │ │каждый случай │

│ │ │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 5. │Отсутствие информационных │ │штраф в размере 100% │

│ │стендов или плакатов в │ │подушевого норматива │

│ │пунктах выдачи полисов │ │финансирования │

│ │ │ │территориальной │

│ │ │ │программы │

│ │ │ │обязательного │

│ │ │ │медицинского │

│ │ │ │страхования за │

│ │ │ │каждый случай │

│ │ │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 6. │Непредставление │ │ │

│ │(несвоевременное │ │ │

│ │представление) │ │ │

│ │территориальному фонду, в том│ │ │

│ │числе │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 6.1. │ежемесячного отчета об │ │штраф в размере 100% │

│ │использовании средств │ │подушевого норматива │

│ │обязательного медицинского │ │финансирования │

│ │страхования │ │территориальной │

│ │ │ │программы │

│ │ │ │обязательного │

│ │ │ │медицинского │

│ │ │ │страхования за │

│ │ │ │каждый случай │

│ │ │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 6.2. │о деятельности по защите прав│ │штраф в размере 100% │

│ │застрахованных лиц │ │подушевого норматива │

│ │ │ │финансирования │

│ │ │ │территориальной │

│ │ │ │программы │

│ │ │ │обязательного │

│ │ │ │медицинского │

│ │ │ │страхования за │

│ │ │ │каждый случай │

│ │ │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 6.3. │отчетности, определенной │ │штраф в размере 100% │

│ │Федеральным фондом в │ │подушевого норматива │

│ │соответствии с пунктом 5 │ │финансирования │

│ │части 8 статьи 33 │ │территориальной │

│ │Федерального закона │ │программы │

│ │ │ │обязательного │

│ │ │ │медицинского │

│ │ │ │страхования за │

│ │ │ │каждый случай │

│ │ │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 7. │Представление │ │штраф в размере 100% │

│ │территориальному фонду │ │подушевого норматива │

│ │недостоверной отчетности │ │финансирования │

│ │ │ │территориальной │

│ │ │ │программы │

│ │ │ │обязательного │

│ │ │ │медицинского │

│ │ │ │страхования за │

│ │ │ │каждый случай │

│ │ │ │нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 8. │Отказ в регистрации жалобы │ │штраф в размере 100% │

│ │застрахованного лица, │ │подушевого норматива │

│ │нарушение сроков рассмотрения│ │финансирования │

│ │жалоб застрахованных лиц, │ │территориальной │

│ │отказ в проведении экспертизы│ │программы │

│ │качества медицинской помощи │ │обязательного │

│ │по жалобе застрахованного │ │медицинского │

│ │лица, недоведение до │ │страхования за │

│ │заявителя результатов │ │каждый случай │

│ │рассмотрения (или экспертизы │ │нарушения │

│ │качества медицинской помощи) │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 9. │Неуведомление застрахованных │ │штраф в размере 10% │

│ │лиц, медицинских организаций │ │от суммы средств, │

│ │и территориального фонда о │ │перечисленных │

│ │расторжении настоящего │ │территориальным │

│ │договора по инициативе │ │фондом на ведение │

│ │страховой медицинской │ │дела страховой │

│ │организации за три месяца до │ │медицинской │

│ │даты расторжения, уведомление│ │организации за │

│ │с нарушением установленного │ │месяц, в котором она │

│ │срока │ │должна была │

│ │ │ │направить │

│ │ │ │уведомления │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 10. │Непредъявление исков по │100% размера │ │

│ │возмещению расходов на │регрессного │ │

│ │оказание медицинской помощи │иска │ │

│ │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 │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 11. │Нарушения деятельности по │ │ │

│ │осуществлению контроля │ │ │

│ │объемов, сроков, качества и │ │ │

│ │условий предоставления │ │ │

│ │медицинской помощи, в том │ │ │

│ │числе │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│11.1. │невыявление дефектов, │100% │штраф в размере 10% │

│ │соответствующих перечню │необоснованно │от необоснованно │

│ │оснований для отказа │оплаченной │оплаченной суммы │

│ │(уменьшения) оплаты │суммы │ │

│ │медицинской помощи, │ │ │

│ │установленному в порядке │ │ │

│ │организации контроля │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│11.2. │нарушение сроков проведения │ │штраф в размере 10% │

│ │контроля объемов, сроков, │ │от суммы средств, │

│ │качества и условий │ │перечисленных │

│ │предоставления медицинской │ │территориальным │

│ │помощи, установленных в │ │фондом на ведение │

│ │соответствии с порядком │ │дела страховой │

│ │организации контроля │ │медицинской │

│ │ │ │организации за │

│ │ │ │период, в котором │

│ │ │ │допущены нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│11.3. │невыполнение объемов медико- │ │штраф в размере 10% │

│ │экономического контроля, │ │от суммы средств, │

│ │медико-экономической │ │перечисленных │

│ │экспертизы и экспертизы │ │территориальным │

│ │качества медицинской помощи │ │фондом на ведение │

│ │ │ │дела страховой │

│ │ │ │медицинской │

│ │ │ │организации за │

│ │ │ │период, в котором │

│ │ │ │допущены нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│11.4. │проведение экспертизы │ │штраф в размере 10% │

│ │качества медицинской помощи с│ │от суммы средств, │

│ │нарушением требований к │ │перечисленных │

│ │специалистам, ее │ │территориальным │

│ │осуществляющим, проведение │ │фондом на ведение │

│ │экспертизы качества │ │дела страховой │

│ │специалистом-экспертом, │ │медицинской │

│ │экспертом качества, не │ │организации за │

│ │включенным в Реестр экспертов│ │период, в котором │

│ │ │ │допущены нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│11.5. │необоснованное снятие с │ │штраф в размере 10% │

│ │медицинских организаций │ │от суммы средств, │

│ │денежных средств по │ │перечисленных │

│ │результатам проведения │ │территориальным │

│ │контроля объемов, сроков, │ │фондом на ведение │

│ │качества и условий │ │дела страховой │

│ │предоставления медицинской │ │медицинской │

│ │помощи при осуществлении │ │организации за │

│ │обязательного медицинского │ │период, в котором │

│ │страхования │ │допущены нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│11.6. │неприменение к медицинским │ │штраф в размере 10% │

│ │организациям штрафных санкций│ │от суммы средств, │

│ │по результатам проведения │ │перечисленных │

│ │контроля объемов, сроков, │ │территориальным │

│ │качества и условий │ │фондом на ведение │

│ │предоставления медицинской │ │дела страховой │

│ │помощи при наличии оснований │ │медицинской │

│ │их применения │ │организации за │

│ │ │ │период, в котором │

│ │ │ │допущены нарушения │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 12. │Оплата медицинской помощи, │100% │штраф в размере 10% │

│ │оказанной незастрахованному │оплаченной │от необоснованно │

│ │лицу │стоимости │полученной суммы │

│ │ │медицинской │ │

│ │ │помощи │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 13. │Завышение суммы средств в │100% │штраф в размере 10% │

│ │заявке на получение средств │необоснованно │от необоснованно │

│ │от территориального фонда │полученной │полученной суммы │

│ │вследствие недостоверных │суммы │ │

│ │данных о численности │ │ │

│ │застрахованных лиц данной │ │ │

│ │страховой медицинской │ │ │

│ │организацией │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 14. │Несвоевременное представление│ │штраф в размере 10% │

│ │в территориальный фонд Заявки│ │от суммы средств, │

│ │на авансирование и/или Заявки│ │перечисленных │

│ │на получение целевых средств │ │территориальным │

│ │ │ │фондом на ведение │

│ │ │ │дела страховой │

│ │ │ │медицинской │

│ │ │ │организации за │

│ │ │ │месяц, │

│ │ │ │предшествующий │

│ │ │ │месяцу, в котором │

│ │ │ │она должна была │

│ │ │ │направить Заявку │

│ │ │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 15. │Несвоевременный возврат в │ │пеня в размере │

│ │бюджет территориального фонда│ │1/300 ставки │

│ │средств при прекращении │ │рефинансирования │

│ │договора о финансовом │ │Центрального банка │

│ │обеспечении обязательного │ │Российской │

│ │медицинского страхования в │ │Федерации, │

│ │течение десяти рабочих дней с│ │действующей на день │

│ │даты прекращения договора │ │возникновения │

│ │ │ │нарушения срока │

│ │ │ │перечисления средств │

│ │ │ │в бюджет │

│ │ │ │территориального │

│ │ │ │фонда, от │

│ │ │ │своевременно не │

│ │ │ │возвращенных сумм за │

│ │ │ │каждый день сверх │

│ │ │ │установленного срока │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 16. │Нецелевое расходование │100% суммы │штраф в размере 10% │

│ │страховой медицинской │нецелевого │от суммы нецелевого │

│ │организацией средств │использования │использования │

│ │обязательного медицинского │средств │средств │

│ │страхования │ │ │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 17. │Несвоевременное возмещение │ │пеня в размере │

│ │страховой медицинской │ │1/300 ставки │

│ │организацией средств │ │рефинансирования │

│ │обязательного медицинского │ │Центрального банка │

│ │страхования, использованных │ │Российской │

│ │не по целевому назначению, в │ │Федерации, │

│ │бюджет территориального фонда│ │действующей на день │

│ │ │ │возникновения │

│ │ │ │нарушения срока │

│ │ │ │перечисления средств │

│ │ │ │в бюджет │

│ │ │ │территориального │

│ │ │ │фонда, от │

│ │ │ │своевременно не │

│ │ │ │возмещенной суммы за │

│ │ │ │каждый день сверх │

│ │ │ │установленного срока │

├──────┼─────────────────────────────┼──────────────┼─────────────────────┤

│ 18. │Несвоевременная оплата │ │пеня в размере 1/300 │

│ │(неоплата) медицинским │ │ставки │

│ │организациям медицинской │ │рефинансирования │

│ │помощи, оказанной │ │Центрального банка │

│ │застрахованным лицам, с │ │Российской │

│ │учетом результатов контроля │ │Федерации, │

│ │объемов, сроков, качества и │ │действующей на день │

│ │условий предоставления │ │возникновения │

│ │медицинской помощи по │ │нарушения, за каждый │

│ │обязательному медицинскому │ │день сверх │

│ │страхованию │ │установленного срока │

└──────┴─────────────────────────────┴──────────────┴─────────────────────┘