

Договор № 27сб
на оказание и оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного
медицинского страхования Тюменской области, превышающей базовую программу обязательного
медицинского страхования

г. Тюмень

15 января 2020 г.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области в лице
директора Ю.Б. Гиберта, действующего на основании Положения, именуемый в дальнейшем
«Фонд», с одной стороны;

Медицинская организация ГБУЗ ТО «Областная больница № 15» (с. Нижняя Тавда),
в дальнейшем именуемое «Организация», включенная в реестр медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории
Тюменской области, участвующих в реализации территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающая медицинскую помощь, и действующая на основании
документа, дающего право на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-003240 от
«18» декабря 2019 г., выданного Департаментом здравоохранения Тюменской области, в лице
главного врача Анатолия Михайловича Смоляренко, действующего на основании устава,

с другой стороны, в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании п.2 постановления
Правительства Тюменской области от 27.12.2019 № 535-п «О территориальной программе
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской
области на 2020 и плановый период 2021 и 2022 годов», соглашения Фонда с Департаментом
здравоохранения Тюменской области от 10.01.2018 № 1ос, заключили настоящий договор о
нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу
в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее -
территориальная программа ОМС) Тюменской области, превышающей базовую программу ОМС
(далее - медицинская помощь), а Фонд обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в
соответствии с условиями настоящего договора, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об
обязательном медицинском страховании (далее - Федеральный закон) и Правилами ОМС,
утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ 28.02.2019 № 108н (далее Правила),
постановлением Правительства Тюменской области от 27.12.2019 № 535-п «О территориальной
программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в
Тюменской области на 2020 и плановый период 2021 и 2022 годов», Тарифным соглашением на
2020г., соглашением Фонда с Департаментом здравоохранения Тюменской области от 10.01.2018 №
1ос.

II. Права и обязанности сторон

2. Фонд 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 Фонд 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 Фонда 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;

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. Фонд обязан:

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 ОМС, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС (далее - тарифы), 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 10 числа каждого месяца включительно, при наличии средств на счете на указанные цели, направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в Заявке на авансирование, полученной от Организации;

Авансирование за первый месяц действия настоящего договора осуществляется до 30 числа текущего месяца.

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 ОМС (далее - порядок организации контроля), устанавливаемым Федеральным фондом ОМС (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 ОМС, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой ОМС;

4.5. проводить ежеквартально и ежемесячно, не позднее 30 числа месяца, следующего за отчетным кварталом (месяцем), 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 и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в Организацию в течение 5 рабочих дней после получения данных актов от Организации;

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 ОМС, 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 обязана:

5.1. обеспечить застрахованному лицу реализацию права на выбор врача и медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5.2. бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, превышающей базовую программу ОМС, перечень видов которой содержится в сведениях, представляемых в соответствии с пунктом 5.14 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 Фонда в соответствии с пунктом 4.4 настоящего договора;

5.4. представлять Фонду 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 показателей доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания медицинской помощи в Организации;

5.5. направлять в Фонд в срок до 5 (пятого) числа текущего месяца (в течение первых пяти рабочих дней в январе) Заявку на авансирование в размере до 50 процентов от суммы принятых к оплате счетов за последние 3 месяца, либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Тюменской области, превышающей базовую программу обязательного медицинского страхования (в случае периода действия договора менее трех месяцев). Авансирование за первый месяц действия настоящего договора осуществляется до 30 числа текущего месяца.

5.6. представлять Фонду в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

5.7. представлять отчетность об использовании средств ОМС, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемом 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 Фонду сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

5.9. использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой ОМС;

5.10. вести раздельный учет по операциям со средствами ОМС;

5.11. проводить ежеквартально и ежемесячно, не позднее 30 числа месяца, следующего за отчетным месяцем (кварталом), сверку расчетов с Фондом, по результатам которой составляется акт;

5.12. 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 ОМС, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

5.13. представлять до 10 числа каждого месяца включительно в электронном виде и (или) на бумажном носителе сведения в Фонд о численности застрахованных лиц (приложение N 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;

5.14. представить Фонду 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 ОМС, 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;

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

5.15.1. при необходимости в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направлять в комиссию по разработке территориальной программы ОМС заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи;

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

III. Ответственность сторон

6.1. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи Фонд вправе по основаниям, изложенным в порядке организации контроля, не оплачивать или оплачивать частично затраты медицинской организации по предоставлению медицинской помощи, требовать возврата средств в Фонд, применять штрафные санкции в соответствии с размером штрафных санкций и сумм, не подлежащих оплате (возмещению), утвержденными Тарифным соглашением.

6.2. За неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по настоящему Договору Организация в срок не позднее 30 дней со дня принятия окончательного решения по результатам контроля уплачивает Фонду штрафные санкции в размере, утвержденном Тарифным соглашением.

6.3. Организация несет ответственность перед Фондом за достоверность предъявленных к оплате счетов на оплату медицинской помощи и сведений в реестрах пролеченных больных.

6.4. За использование не по целевому назначению Организацией средств, перечисленных ей по настоящему договору, Организация уплачивает в бюджет Фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет Фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления Фондом соответствующего требования.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (война, пожар, стихийное бедствие и т.п.). Наличие обстоятельств непреодолимой силы должно быть подтверждено органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

6.6. Стороны несут ответственность за сохранение конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с установленным законодательством порядком.

IV. Срок действия договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует с 01.01.2020 по 31.12.2020 г.

7.2. Фонд и Организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора иначе как по основаниям, не предусмотренным настоящим Договором.

7.3. Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон.

7.4. Настоящий договор расторгается в случаях:

ликвидации одной из сторон;

принятия судом решения о признании договора недействительным;

по соглашению сторон, совершенному в письменной форме;

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

при исключении Организации из реестра медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования;

с момента возникновения указанных обстоятельств.

7.5. Настоящий договор может быть прекращен досрочно по инициативе Фонда. О намерении досрочного прекращения договора Фонд письменно уведомляет Организацию за 10 дней до предполагаемой даты прекращения договора.

7.6. 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.

V. Прочие условия

8.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу; один экземпляр находится у Фонда, другой – у Организации.

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

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

8.5. 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:

Фонд:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области
625000 г. Тюмень, ул. Советская, 65, корп. 2, ИНН 7202026893; КПП 720301001

Получатель: УФК по Тюменской области, (ТФОМС Тюменской области л/с 03675006210)

БИК 047102001, р/с 40404810871020000001, Отделение Тюмень, ОКТМО (поле 105)
71701000

Приемная 59-83-20

Организация:

ГБУЗ ТО «Областная больница №15» (с. Нижняя Тавда)

626020, Тюменская область, Нижнетавдинский район, с. Нижняя Тавда, ул. Дзержинского, д.20.
тел.8 (34533)23056

ИНН7219000741 КПП722401001 Департамент Финансов ТО (ИНН7219000741 КПП 722401001
ГБУЗ ТО Областная больница №15 (с. Нижняя Тавда) л/с МС141171062НТЦБ)

Банк- Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка
Российской Федерации (Отделение Тюмень)
сч. 40601810400003000001 БИК 047102001

VII. Подписи сторон

Фонд

М.П. Ю.Б. Гиберт
« 5 » мая 2020г.

Организация:

М.П. А.М. Смоляренко
« 5 » мая 2020г.