

ДОГОВОР № 83
НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

г. Красноярск

«03» декабря 2013 г.

Страховая медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», в лице директора филиала «ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Красноярский филиал «Сибирь» Полупкиной Нины Васильевны, действующего на основании Положения о филиале, Доверенности от 20 ноября 2013 года № 46, Лицензии С № 0193 77 от 09 июля 2013 года, выданной Федеральной службой по финансовым рынкам в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и медицинская организация муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Тюсская центральная районная больница», включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и действующая на основании лицензии ЛО-23-01-005996 от 12.07.2013 г, выданной МБУЗ «Тюсская ЦРБ» далее именуемая Организация, в лице главного врача Ладких Петра Викторовича, действующего на основании устава, с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758) (далее – Федеральный закон) заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

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

II. Права и обязанности Сторон

2. Страховая медицинская организация вправе:

2.1 получать от Организации сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иные сведения в объеме и в порядке, определенных настоящим договором, осуществлять проверку их достоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

2.2 при выявлении нарушений обязательств, установленных настоящим договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты Организации

на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты Организацией штрафов; 2.3 предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в соответствии со статьей 31 Федерального закона и применять санкции в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

3. Организация вправе:

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

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

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

4. Страховая медицинская организация обязуется:

4.1 оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленной решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение № 1 к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы), в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) путем перечисления указанных средств на расчетный счет Организации на основании предъявленных Организацией счетов и реестров счетов, до 23 числа каждого месяца включительно;

4.2 до 28 числа каждого месяца направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в заявке на авансирование, полученной от Организации;

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, в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (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, содержание результатов контроля, в организации в сроки, определенные порядком организации контроля, в также показателях

акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в сроки, определенные порядком организации контроля, а также показателях

4.4 обеспечивать организацию информационным материалом (бюллетени, листовки, памятки) о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с периториальной программой обязательного медицинского страхования;

4.5 проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования;

4.6 осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом согласно пункту 8 части 3 статьи 8 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, предоставляемых в соответствии с пунктом 5.15 настоящего договора;

5.3 предоставлять застрахованным лицам 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

5.4 предоставлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов, плановых и фактических сроков оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

5.5 предоставлять застрахованным лицам 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

доступности и качества медицинской помощи, в том числе информации о сроках ожидания медицинской помощи в Организации;

5.5 направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере до 40 процентов* от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

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

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

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

5.9 представлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информации о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;

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

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

5.12 проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов 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;

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 5 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

* Размер средств заявки на авансирование устанавливается: на 2013 год – не более 55%, на 2014 год – не более 40%, с 2015 года – не более 30% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи

фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, номера полиса обязательного медицинского страхования), выбравших Организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, информацию об изменении представленных ранее сведений, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

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

5.16 предоставлять страховой медицинской организации сведения об оказании медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий (бездействия) третьих лиц, одновременно с предоставлением счетов за оказанную медицинскую помощь; 5.17 выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

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 по настоящему договору, в виде уплаты Организацией за счет собственных средств пени в размере одной трети от ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

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

7.2. обеспечение 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.

9. Настоящий договор вступает в силу с 1 января 2014 года и действует по 31 декабря 2014 года.

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 отказываться 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.

IV. Прочие условия

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

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

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

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

обеспечения указанными лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

VI. Реквизиты сторон:

<p>Организация: МБУЗ «Тбилисская ЦРБ» ИНН 2351007954 КПП 235101001 Адрес: 352360 Краснодарский край Тбилисский район ст. Тбилисская ул. Садовая 1 tbtmgrb@mail.kuban.ru Телефон: (86158)-3-29-58 ФУ администрации МО Тбилисский район (МБУЗ «Тбилисская ЦРБ») л/с 902530190 р/с 40701810300003000010 БИК 040326000 РКЦ Кропоткин г. Кропоткин</p>	<p>Страховая медицинская организация: Общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» Филиал «АльфаСтрахование-ОМС» Краснодарский филиал «Сибирь» ИНН/КПП 7106060429/231043002 Адрес (место) нахождения юридического лица: 350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Одесская, д. 48 тел/факс 8(861)210-44-29 Банковские реквизиты: р/с 4070181082606000011 в филиал «Ростовский» ОАО «АЛФА-БАНК» г. Ростов-на-Дону к/с 3010181050000000207 БИК: 046015207 Ответственное лицо: Левина Александра Александровна 8 (861) 210-44-38</p>
---	--

Страховая медицинская организация: Общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС»
Организация: МБУЗ «Тбилисская ЦРБ»

«АльфаСтрахование-ОМС»

Филиал «ООО «АльфаСтрахование-ОМС»
Краснодарский филиал «Сибирь»

Н.В. Лолушкина

«03» декабря 2013 г.

Л.В. Гладких

«03» декабря 2013 г.

