

Договор № 4805

на оказание и оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Тюменской области, превышающей базовую программу обязательного медицинского страхования

г. Тюмень

29 января 2021 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 Тюменская областная общественная организация «Будущее начинается сейчас», 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-72-01-002165 от «14» апреля 2016г., выданного Департаментом здравоохранения Тюменской области,

(наименование вылавшего органа)

в лице Председателя Правления Паришуткиной Галины Тимофеевны, действующего на основании (должность, фамилия, имя, отчество)

Устава,

с другой стороны, в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании п.2 постановления Правительства Тюменской области от 30.12.2020 № 893-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2021 и плановый период 2022 и 2023 годов», соглашения Фонда с Департаментом здравоохранения Тюменской области, 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, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2021 и плановый период 2022 и 2023 годов», Тарифным соглашением, соглашением Фонда с Департаментом здравоохранения Тюменской области.

## 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;

### 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 20 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, определяемом в размере, предусмотренном порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, не позднее пяти рабочих дней со дня получения от Организации заявки на авансирование медицинской помощи, направлять в Организацию аванс в размере, предусмотренном порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, путем перечисления денежных средств на расчетный счет 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;



### 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;

### 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 20 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, определяемом в размере, предусмотренном порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, не позднее пяти рабочих дней со дня получения от Организации заявки на авансирование медицинской помощи, направлять в Организацию аванс в размере, предусмотренном порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, путем перечисления денежных средств на расчетный счет 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, предоставляемых 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;

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.

## VI. Срок действия договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует с 01.01.2021 по 31.12.2021 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.

## VII. 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.

#### IX. Реквизиты сторон:

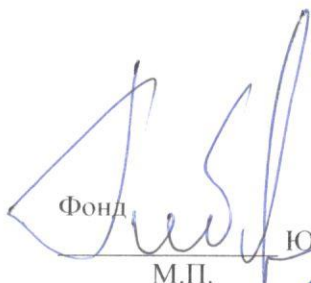
##### Фонд:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области  
625000 г. Тюмень, ул. Советская, 65, корп. 2,  
ИНН 7202026893; КПП 720301001  
УФК по Тюменской области (ТФОМС Тюменской области л/с 03675006210)  
БИК 017102101  
Казначейский счет 03271643710000096700  
Единый казначейский счет 40102810945370000060  
Отделение Тюмень Банка России //УФК по Тюменской области г. Тюмень  
ОКТМО (поле 105) 71701000  
Приемная 59-83-20

##### Организация:

Тюменская областная общественная организация «Будущее начинается сейчас»  
625014, г. Тюмень, ул. Чекистов, 31А, корпус 3  
ИНН 7203177359; КПП 720301001  
ТООО «Будущее начинается сейчас»  
БИК 046577411  
р/с 40703810300260000008  
к/с 30101810365770000411  
Ф-л Банка ГПБ (АО) «Уральский» г. Екатеринбург  
ОГРН 1067200018863  
ОКПО 95828428  
Приемная 27-50-90

#### XII. Подписи сторон

Фонд  
  
М.П.



Г.Т. Паршуткина