

ДОГОВОР № 77-АБМ
НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ на 2014 год

Казань
(место заключения договора)

«31» декабря 2013г.

Страховая медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед» в лице генерального директора Гарифуллина Линара Рустамовича, действующего на основании Устава, лицензии № 3943 от «12» мая 2011г., выданной Федеральной службой по финансовым рынкам в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и медицинская организация Государственное автономное учреждение здравоохранения «Пестречинская центральная районная больница», включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и действующая на основании лицензии № ЛО-16-01-003856 от 23 "декабря" 2014 года, выданная Министерством здравоохранения Республики Татарстан, далее именуемая Организация, в лице главного врача Хакимуллина Алмаза Ильгизаровича, 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 в соответствии с Перечнем обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, утверждаемый в Тарифном соглашении по оплате медицинской помощи по Территориальной программе ОМС на 2014 год;

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, установленных 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 15 числа каждого месяца включительно;

4.2 до 23 числа каждого месяца включительно 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, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – порядок организации контроля), устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона, и 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 обязательного медицинского страхования. информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной 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 8 статьи 33 Федерального закона;

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

5. Организация обязуется:

5.1 обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5.2 бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. перечень видов которой содержится в сведениях, представляемых в соответствии с пунктом 5.15 настоящего договора;

5.3 предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и информацию, получаемую от страховой медицинской организации в соответствии с пунктом 4.4 настоящего договора;

5.4 представлять страховой медицинской организации 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 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, устанавливаемым Федеральным фондом в соответствии со статьей 33 Федерального закона;

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

5.9 предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и работы уполномоченных по правам пациентов (представителей страховых медицинских организаций);

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

5.11 вести отдельный 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 со страховой медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между

Сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования;

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 2 числа каждого месяца включительно в электронном виде и (или) на бумажном носителе сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц (приложение №2 к настоящему договору) и списки застрахованных лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, номера полиса обязательного медицинского страхования), выбравших Организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, 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 дня заключения настоящего договора сведения, подтверждающие право Организации на осуществление медицинской деятельности, заверенные в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи, предоставляемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, сведения об условиях предоставления медицинской помощи застрахованным лицам и режиме работы Организации, показатели доступности и качества медицинской помощи, установленные для Организации, и другие документы, необходимые для 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 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 Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от 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. необеспечение сохранности и конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы.

IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

9. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря 2014 года.

10. В случае принятия решения комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования об изменении (уменьшении, увеличении) объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2014 год, Стороны, при исполнении настоящего договора, руководствуются объемами медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленными решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

11. Страховая медицинская организация и Организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора.

12. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, совершенному в письменной форме.

13. Настоящий договор расторгается в одностороннем порядке:

при ликвидации одной из сторон;

при приостановлении, ограничении, отзыве либо прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

при исключении Организации и (или) страховой медицинской организации из реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

14. О намерении досрочного расторжения договора страховая медицинская организация уведомляет Организацию за три месяца до предполагаемой даты расторжения договора.

15. При расторжении настоящего договора стороны производят окончательный расчет в течение десяти дней после прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт, копия которого в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

V. Прочие условия

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

В целях выполнения своих обязательств Стороны руководствуются Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной Кабинетом Министров Республики Татарстан от 25.12.2013 №1054, Тарифным соглашением по оплате медицинской помощи по Территориальной программе ОМС на 2014 год, решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и иными нормативными документами, принимаемыми Министерством здравоохранения Республики Татарстан и ТФОМС Республики Татарстан в целях реализации Территориальной программы ОМС.

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

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

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

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

обработку персональных данных третьим лицам, на нее возлагается обязанность обеспечения указанными лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация ООО «СК «АК БАРС-Мед»
ИНН /КПП 1657049646/165801001
Адрес (место) нахождения юридического лица: 420124, РТ г.Казань ул.Меридианная, 1
Банковские реквизиты: р/с 40701810600020001377 к/с 30101810000000000805 в ОАО «АК БАРС» Банке БИК 049205805

Организация ГАУЗ «Пестречинская ЦРБ»
ИНН /КПП 1633000176/163301001
Адрес (место) нахождения юридического лица: 422770, РТ с.Пестрецы ул.Молодежная, 13
Банковские реквизиты: р/с 40601810745420000001 к/с 30101810000000000805 в ОАО «АК БАРС» Банке БИК 049205805

VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:

ООО «СК «АК БАРС-Мед»



/Л.Р.Гарифуллин/

М.П.

Организация:

ГАУЗ «Пестречинская ЦРБ»



/А.И.Хакимуллин /

М.П.

Приложение № 1
к договору на оказание и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
от 31 декабря 2014г. № 44-АБМ

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2015 год.
для лиц, застрахованных в ООО «СК «АК БАРС-Мед»

ГКУЗ, Педиатрическая ЦРБ
(наименование медицинской организации)

Виды медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	всего на 2015 год	Объемы медицинской помощи:					всего на 2015 год	Стоимость территориальной программы по источникам ее финансирования, руб.			
				январь-март	апрель-июнь	июль-сентябрь	октябрь-декабрь	январь-март		апрель-июнь	июль-сентябрь	октябрь-декабрь	
													9
А	1	2	4	5	6	7	8		9	10	11	12	
Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС	1			2 027	2 027	2 027	2 026	131 863 066,25	32 746 655,84	32 965 766,59	32 965 766,59	33 184 877,23	
- скорая медицинская помощь (сумма строк 7+12+17)	2	вызов	8 107	2 027	2 027	2 027	2 026	11 914 518,15	2 832 688,79	2 978 629,54	2 978 629,54	3 124 570,28	
- амбулаторная помощь (сумма строк 8+13+18), в т.ч.:	3	посещение	191 325	47 832	47 832	47 832	47 829	62 315 451,02	15 578 862,78	15 578 862,78	15 578 862,78	15 578 862,68	
посещения с профилактической целью	3.1	посещение	43 290	10 822	10 822	10 822	10 824	17 852 980,45	4 463 245,13	4 463 245,13	4 463 245,13	4 463 245,06	
посещения по неотложной медицинской помощи	3.2	посещение	10 188	2 548	2 548	2 548	2 544	3 923 170,05	980 792,52	980 792,52	980 792,52	980 792,49	
обращения в связи с заболеваниями	3.3	обращение	48 732	12 184	12 184	12 184	12 180	40 539 300,52	10 134 825,13	10 134 825,13	10 134 825,13	10 134 825,13	
- стационарная помощь (сумма строк 9 + 14+19)	4	случай госпит-ии	3 114	779	779	779	777	47 807 091,33	11 878 602,83	11 951 772,83	11 951 772,83	12 024 942,84	
- в дневных стационарах (сумма строк 10 + 15+20), в том числе:	5	случай госпит-ии	1 159	290	290	290	289	9 826 005,75	2 456 501,44	2 456 501,44	2 456 501,44	2 456 501,43	
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС	6							127 480 851,12	31 870 212,81	31 870 212,81	31 870 212,81	31 870 212,69	
- скорая медицинская помощь	7	вызов	8 107	2 027	2 027	2 027	2 026	8 995 703,02	2 248 925,76	2 248 925,76	2 248 925,76	2 248 925,74	
- амбулаторная помощь	8	посещение	191 325	47 832	47 832	47 832	47 829	62 315 451,02	15 578 862,78	15 578 862,78	15 578 862,78	15 578 862,68	
посещения с профилактической целью	8.1	посещение	43 290	10 822	10 822	10 822	10 824	17 852 980,45	4 463 245,13	4 463 245,13	4 463 245,13	4 463 245,06	
посещения по неотложной медицинской помощи	8.2	посещение	10 188	2 548	2 548	2 548	2 544	3 923 170,05	980 792,52	980 792,52	980 792,52	980 792,49	
обращения в связи с заболеваниями	8.3	обращение	48 732	12 184	12 184	12 184	12 180	40 539 300,52	10 134 825,13	10 134 825,13	10 134 825,13	10 134 825,13	
- стационарная помощь	9	случай госпит-ии	3 114	779	779	779	777	46 343 691,33	11 585 922,83	11 585 922,83	11 585 922,83	11 585 922,84	
- в дневных стационарах	10	случай госпит-ии	1 159	290	290	290	289	9 826 005,75	2 456 501,44	2 456 501,44	2 456 501,44	2 456 501,43	

Приложение № 2
к договору на оказание и оплату медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию
от 31 декабря 2014 г. № 77-16М

Сведения о численности лиц, застрахованных
в ООО "СК "АК БАГС-Мед",
выбравших организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи на 01.01.2015

Наименование медицинской организации: ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПЕСТРЕЧИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"

№	Число застрахованных лиц	в том числе по группам застрахованных лиц								чел
		дети		трудоспособный возраст				пенсионеры		
		0 - 4 года	5 - 17 лет	18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше	муж.	жен.	
1	25 589	муж. 855 жен. 793	муж. 1 915 жен. 1 896	муж. 7 573 жен. 6 397	муж. 1 704 жен. 4 456					