

Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан

Типовые правила Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации · № 3856/30-3/и · от 03.10.2003 · Действует с изменениями

Типовые правила Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 03.10.2003 г. № 3856/30-3/и (Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 2004 г., № 4)

ТИПОВЫЕ ПРАВИЛА

обязательного медицинского страхования граждан

Утверждены Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 3 октября 2003 г. N 3856/30-3/и

Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации
24 декабря 2003 г. Регистрационный N 5359

ТИПОВЫЕ ПРАВИЛА

обязательного медицинского страхования граждан

1. Общие положения

1.1. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан разработаны на основании Закона Российской Федерации от 28.06.1991 N 1499-І "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, N 27, ст. 920), в соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3686), Федеральным законом от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3699), Законом Российской Федерации от 27.11.1992 N 4015-І "Об организации страхового дела в Российской Федерации" с изменениями и дополнениями (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 2, ст. 56; Российская газета, 04.01.1998, N 1; Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 47, ст. 5622; 2002, N 12, ст. 1093; N 18, ст. 1721; 2003, N 18, ст. 4855; 2004, N 30, ст. 3085), другими нормативными правовыми актами, регулирующими отношения в системе обязательного медицинского страхования граждан.

1.2. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан устанавливают общие требования к Правилам обязательного медицинского страхования граждан, утверждаемым органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации (далее - территориальные Правила обязательного медицинского страхования).

1.3. Гражданам Российской Федерации в соответствии с законодательством гарантируются предоставление медицинской и лекарственной помощи и ее оплата через систему обязательного

медицинского страхования в объеме и на условиях действующей на территории субъекта Российской Федерации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляется дополнительная бесплатная медицинская помощь, включающая обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами в соответствии с главой 2 Федерального закона "О государственной социальной помощи".

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС) является составной частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, разрабатываемой и утверждаемой в субъекте Российской Федерации в установленном Правительством Российской Федерации порядке.

Территориальная программа ОМС содержит перечень видов и объемов медицинской помощи, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, условия и порядок предоставления медицинской помощи в них.

1.4. Субъектами обязательного медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

1.5. Реализацию государственной политики в области обязательного медицинского страхования обеспечивают Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

(Сноска. Исключена - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 21.03.2007 г. N 56)

2. Взаимоотношения Территориального фонда обязательного медицинского страхования со страхователями

2.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС) осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 N 4543-1 ("Российская газета", 28.04.1993, N 81).

2.2. При обязательном медицинском страховании страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органы местного самоуправления. Взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в ТФОМС уплачиваются органами исполнительной власти за счет средств, предусматриваемых на эти цели в соответствующих бюджетах.

2.3. Страхователями для работающих граждан являются организации, физические лица, зарегистрированные в качестве

индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

2.4. ТФОМС осуществляет регистрацию страхователей по обязательному медицинскому страхованию.

2.5. При предоставлении отдельным категориям граждан необходимых лекарственных средств страхование обеспечивает ТФОМС. (Дополнен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

3. Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации

3.1. В соответствии со статьей 14 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", Положением о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, утвержденным постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 11.10.1993 N 1018 (Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации, 1993, N 44, ст. 4198), страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское страхование, могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами со всеми предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным капиталом, предусмотренным Законом Российской Федерации от 27.11.1992 N 4015-I "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и осуществляющие свою деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность на основании лицензии, получаемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, регулирующим отношения по обязательному медицинскому страхованию.

3.2. Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации при обязательном медицинском страховании осуществляются на основании договора.

Форма типового договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан утверждена постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 11.10.1993 N 1018 "О мерах по выполнению Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР".

3.3. В соответствии со статьей 6 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"

отношения по обязательному медицинскому страхованию работающих граждан возникают с момента заключения гражданином трудового договора с работодателем, зарегистрированным в установленном порядке в качестве налогоплательщика в территориальном налоговом органе и уплачивающим единый социальный налог (взносы) или иной налог в части, исчисляемой и уплачиваемой в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

3.4. Максимальный объем обязательств страховщика по индивидуальному риску (стоимость медицинской помощи, оказанной конкретному лицу в течение срока действия договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан и периода страхования работающих граждан) не определяется.

4. Взаимоотношения Территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций

4.1. ТФОМС финансирует страховую медицинскую организацию на основании договора ТФОМС со страховой медицинской организацией. Финансирование обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, определяемым в соответствии с Порядком определения дифференцированных подушевых нормативов на обязательное медицинское страхование, являющимся приложением 1 к Временному порядку финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан, утвержденному Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 05.04.2001 N 1518/21-1 по согласованию с Минздравом России от 06.04.2001 N 2510/3586-01-34 и Минфином России от 27.04.2001 N 12-03-14, зарегистрированного Министерством юстиции Российской Федерации 20.06.2001, регистрационный N 2756 (Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, 2002, N 27; "Российская газета", 04.07.2001, N 125).

ТФОМС доводит до сведения страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в течение 10 дней со дня их пересмотра и утверждения.

4.2. Договор ТФОМС со страховой медицинской организацией заключается на основе Типового договора (приложение к настоящим Правилам) и регулирует взаимоотношения ТФОМС и страховой медицинской организации.

ТФОМС не имеет права отказать страховой медицинской организации (ее филиалу) в заключении договора при наличии у последней заключенных договоров обязательного медицинского страхования со страхователями, договоров на оказание лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), обеспечивающих реализацию территориальной программы ОМС в полном объеме. (Пункт в редакции Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 10.05.2006 г. N 55)

4.3. При недостатке у страховой медицинской организации средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС она обращается в ТФОМС за субвенциями в порядке, установленном ТФОМС.

При установлении экспертами ТФОМС объективных причин недостатка финансовых средств у страховой медицинской организации на оплату предоставленной застрахованным медицинской помощи (неточность дифференцированных нормативов, повышенная заболеваемость и др.) ТФОМС на основании соответствующего решения возмещает страховой медицинской организации недостающие средства в установленном порядке.

4.4. Страховые медицинские организации, их филиалы в пределах переданных им полномочий, осуществляющие обязательное медицинское страхование на соответствующей территории, отвечают перед ТФОМС за соблюдение территориальных Правил обязательного медицинского страхования и обязательств по условиям договоров всеми средствами, полученными от ТФОМС, сформированными резервами, предусмотренными на цели обязательного медицинского страхования, другими доходами, связанными с проведением обязательного медицинского страхования, в том числе от инвестирования временно свободных средств резервов, и представляют необходимую информацию ТФОМС.

Формы статистической отчетности страховых медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию разрабатываются в установленном порядке.

Абзац. (Исключен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

4.5. ТФОМС обязан полностью и своевременно в соответствии с договором со страховой медицинской организацией финансировать ее. ТФОМС сообщает в страховую медицинскую организацию о неуплате страхователями взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и одновременно информирует органы исполнительной власти и прокуратуру субъекта Российской Федерации о неисполнении действующего законодательства.

В случае неуплаты страхователями взносов на обязательное медицинское страхование ТФОМС перечисляет страховой медицинской организации средства обязательного медицинского страхования в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами за счет имеющихся резервов в течение 1 месяца. По истечении этого срока страховая медицинская организация оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованным в полном объеме, за счет своих средств. За просрочку перечисления ТФОМС страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или за неполное выделение средств (из расчета утвержденных в установленном порядке дифференцированных нормативов) ТФОМС несет ответственность перед страховой медицинской организацией в соответствии с договором.

4.6. Полученные от ТФОМС по дифференцированным подушевым

нормативам средства обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций в соответствии с Положением о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, утвержденным постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 11.10.1993 N 1018, используют на оплату медицинских услуг, формирование резервов, на оплату расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, по нормативам, установленным ТФОМС с учетом рекомендаций ФОМС.

Для обеспечения выполнения принятых обязательств по оплате медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС страховая медицинская организация образует из полученных от ТФОМС средств, в порядке и на условиях, установленных ТФОМС, необходимые для предстоящих выплат резервы оплаты медицинских услуг и запасной резерв, а также резерв финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию.

4.7. ТФОМС устанавливает для страховых медицинских организаций единые нормативы финансовых резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым им на проведение обязательного медицинского страхования. При этом сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесечного, а в резерве финансирования предупредительных мероприятий - двухнедельного запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС.

4.8. ТФОМС устанавливает порядок использования страховыми медицинскими организациями финансовых резервов и фондов.

4.8.1. В резерв оплаты медицинских услуг направляются финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным гражданам (как остаток средств, не истраченных на оплату медицинских услуг в текущем периоде).

Средства резерва оплаты медицинских услуг предназначены для оплаты в течение действия договоров страхования медицинских услуг, оказанных застрахованным гражданам в объеме и на условиях территориальной программы ОМС.

4.8.2. В запасной резерв направляются средства обязательного медицинского страхования, предназначенные на финансирование территориальной программы ОМС, формируемые страховой медицинской организацией для возмещения превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами, предназначенными на эти цели.

Средства запасного резерва могут быть использованы только на оплату медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

4.8.3. В резерв финансирования предупредительных мероприятий по территориальной программе ОМС направляются средства, формируемые страховой медицинской организацией для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости среди граждан и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы ОМС при улучшении доступности и качества медицинских

услуг и повышению эффективности использования финансовых средств медицинскими учреждениями.

Конкретные направления использования резерва финансирования предупредительных мероприятий устанавливаются ТФОМС по согласованию со страховыми медицинскими организациями.

4.9. В случае прекращения, в том числе досрочного, договора ТФОМС со страховой медицинской организацией последняя в течение 10 дней возвращает ТФОМС средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг, в том числе средства сформированных резервов: оплаты медицинских услуг и запасного, оставшиеся после выполнения ею в полном объеме обязательств перед лечебно-профилактическими учреждениями по договорам на предоставление медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию, а также оставшиеся средства резерва финансирования предупредительных мероприятий. Возврат средств резервов страховой медицинской организацией не осуществляется в случае пролонгирования, возобновления либо заключения нового договора ТФОМС со страховой медицинской организацией.

4.10. Временно свободные средства запасного резерва и резерва финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию могут размещаться в банковских депозитах и инвестироваться в высоколиквидные государственные ценные бумаги.

4.11. По окончании календарного года определяются финансовые результаты проведения обязательного медицинского страхования согласно действующему законодательству Российской Федерации.

4.12. ТФОМС осуществляет контроль за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями.

4.13. При выявлении случаев нецелевого и нерационального использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией ТФОМС вправе расторгнуть договор с одновременным обращением в орган, выдавший лицензию на обязательное медицинское страхование, с ходатайством о применении к ней соответствующих санкций.

4.14. При оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан взаимоотношения между ТФОМС и страховой медицинской организацией осуществляются на основании Типового договора (приложение к настоящим Правилам), в соответствии с которым страховая медицинская организация осуществляет контроль качества медицинской помощи.

4.14.1. ТФОМС в пределах выделенных средств финансирует страховую медицинскую организацию, осуществляющую страхование обеспечения необходимыми лекарственными средствами, исходя из численности лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в соответствии с информацией, содержащейся в федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь (далее - федеральный регистр).

4.14.2. Полученные от ТФОМС средства на обеспечение

необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан страховая медицинская организация использует на оплату обеспечения необходимыми лекарственными средствами, на формирование запасного резерва и на оплату расходов на ведение дела по обеспечению необходимыми лекарственными средствами по установленным нормативам. В запасной резерв на оплату необходимых лекарственных средств направляются средства, формируемые страховой медицинской организацией для возмещения превышения расходов над средствами, предназначенными на эти цели.

Сумма средств запасного резерва не должна превышать сумму средств на оплату необходимых лекарственных средств в течение месяца.

Средства запасного резерва могут быть использованы только на оплату необходимых лекарственных средств.

4.14.3. В случае прекращения, в том числе досрочного, договора ТФОМС со страховой медицинской организацией последняя в течение 10 дней возвращает ТФОМС средства, оставшиеся после выполнения ею в полном объеме обязательств перед поставщиком лекарственных средств. Возврат указанных средств не осуществляется в случае пролонгирования, возобновления либо заключения нового договора ТФОМС со страховой медицинской организацией. В этом случае указанные средства остаются у страховой медицинской организации в качестве авансирования последующих платежей на оплату лекарственных средств, полученных гражданами бесплатно в аптечных учреждениях. (Пункт дополнен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

5. Взаимоотношения медицинских учреждений и страховых медицинских организаций

5.1. Медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, имеющие соответствующие лицензии.

5.2. Отношения между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией (и/или ТФОМС) строятся на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию. Согласно статье 23 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" договор содержит: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования средств обязательного медицинского страхования; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству условия.

В целях организации контроля за расходованием средств на оплату необходимых лекарственных средств страховая медицинская организация передает в медицинское учреждение: (Дополнен - Приказ

Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

- сведения о гражданах, имеющих право на получение социальных услуг, содержащиеся в федеральном регистре. (Дополнен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

5.3. Медицинское учреждение, имеющее лицензию на право оказания определенных видов медицинской помощи, использует поступившие средства в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по территориальной программе ОМС по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации.

5.4. Медицинские учреждения ведут учет медицинской помощи, оказанной застрахованным, в том числе учет рецептов, выписанных отдельным категориям граждан, имеющим право на государственную социальную помощь по обеспечению лекарственными средствами в соответствии со стандартами медицинской помощи, и представляют ТФОМС и страховым медицинским организациям необходимые сведения.

5.5. Расчеты между страховой медицинской организацией (ТФОМС) и медицинским учреждением производятся путем оплаты ею счетов медицинского учреждения.

5.6. При оказании на территории другого субъекта Российской Федерации медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС застрахованным гражданам, а также отдельным категориям граждан при обеспечении необходимыми лекарственными средствами взаиморасчеты между территориальными фондами обязательного медицинского страхования производятся в установленном порядке.

5.7. В соответствии со статьей 27 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

5.8. Страховая медицинская организация осуществляет контроль качества медицинской помощи, предоставленной застрахованным по территориальной программе ОМС, а также контроль качества обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

6. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, права и обязанности застрахованных

6.1. В соответствии со статьей 5 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", Инструкцией по ведению страхового медицинского полиса, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 23.01.1992

№ 41 ("Российская газета", 26.02.1992, № 46), страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим заключение договора по обязательному медицинскому страхованию граждан, имеющим силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения об обязательном медицинском страховании граждан.

Форма страхового полиса обязательного медицинского страхования и инструкция по его ведению утверждаются Правительством Российской Федерации.

Страховой медицинский полис выдается страховой медицинской организацией в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

ТФОМС принимает меры к недопущению случаев выдачи застрахованному гражданину двух и более страховых медицинских полисов обязательного медицинского страхования.

6.2. При обращении за медицинской помощью застрахованные представляют страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования.

В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить страховой медицинский полис, он указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию или обращается за подтверждением в ТФОМС, которые обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования и обеспечить застрахованного страховым полисом обязательного медицинского страхования.

6.3. В соответствии с Инструкцией по ведению страхового медицинского полиса, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 23.01.1992 № 41, застрахованные неработающие граждане при изменении постоянного места жительства должны возвратить полученный ими ранее страховой медицинский полис с последующим получением другого полиса по новому месту жительства. При увольнении застрахованных работающих граждан администрация организации обязана получить у них выданные страховые медицинские полисы.

6.4. Согласно пункту 5 Инструкции по ведению страхового медицинского полиса, пункту 20 Типового договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан, утвержденного постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 11.10.1993 № 1018, в случае утраты страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования по личному заявлению застрахованного гражданина, поданному в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис, ему выдается дубликат полиса за дополнительную плату.

6.5. В соответствии со статьей 6 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" граждане

Российской Федерации имеют право на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.

Приложение
к Типовым правилам обязательного
медицинского страхования граждан,
утвержденным ФОМС
3 октября 2003 г.
N 3856/30-3/и

ТИПОВОЙ ДОГОВОР

Территориального фонда обязательного медицинского страхования
со страховой медицинской организацией
г. _____ " ____ " _____ г.

(наименование Территориального фонда ОМС)
в лице _____
(должность, Ф. И. О.)
действующего на основании Положения о территориальном фонде ОМС,
именуемый в дальнейшем "Фонд", и _____
(наименование страховой медицинской организации)
действующий на основании Устава _____ от _____
выданной _____
в лице _____
(должность, Ф. И. О.)
действующего на основании Устава, именуем _____ в дальнейшем
"Страховщик", в соответствии с Правилами обязательного медицинского
страхования граждан _____
(наименование субъекта РФ)
утвержденными _____
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ)
(далее - Правила), заключили Договор о нижеследующем:

I. Предмет Договора и обязанности сторон

1. Фонд принимает на себя обязательства по финансированию деятельности Страховщика в объеме зачисленных финансовых средств по заключенным им договорам обязательного медицинского страхования граждан и/или по финансированию деятельности Страховщика по обеспечению необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан по регулируемым ценам.

Страховщик принимает на себя обязательства использовать полученные финансовые средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего Договора.

2. Фонд обязуется на основании представленных Страховщиком договоров обязательного медицинского страхования граждан в рамках территориальной программы ОМС, включая сведения о численности застрахованных, внесенные в базу данных, перечислять Страховщику

финансовые средства по утвержденным дифференцированным подушевым нормативам ____ числа каждого месяца при наличии финансовых средств у Фонда.

Средства перечисляются на застрахованных лиц при подтверждении страхователем уплаты единого социального налога (взноса), единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в частях, зачисляемых в Фонд, а также уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан за предыдущий ____ (период).

При несвоевременном или неполном внесении страхователем финансовых средств Фонд уведомляет об этом Страховщика в течение 10 дней со дня получения информации о неуплате единого социального налога (взноса), единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в частях, зачисляемых в Фонд, и в течение 10 дней с установленного для органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органов местного самоуправления срока уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Фонд перечисляет Страховщику в этом случае финансовые средства по дифференцированным подушевым нормативам за счет собственных резервов в течение ____ недель (месяцев). По истечении этого срока Страховщик оплачивает медицинскую помощь застрахованным в полном объеме за счет имеющихся средств по обязательному медицинскому страхованию.

Авансовый платеж перечисляется Страховщику до ____ числа месяца, предшествующего расчетному, и составляет ____% стоимости медицинских услуг, оплаченных Страховщиком за предыдущий месяц. Фонд обязуется перечислять Страховщику финансовые средства на организацию обеспечения необходимыми лекарственными средствами исходя из численности лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в соответствии с информацией, содержащейся в федеральном регистре лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи (далее - федеральный регистр). (Дополнен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

3. При недостатке у Страховщика финансовых средств на оплату медицинской помощи по договорам обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС Фонд рассматривает возможность предоставления субвенции в течение 10 дней после получения от Страховщика обоснования потребности в дополнительных средствах.

При установлении экспертами Фонда объективных причин недостатка финансовых средств у Страховщика на оплату медицинской помощи застрахованным лицам (неточность дифференцированных подушевых нормативов, повышенная заболеваемость и т. п.) Фонд возмещает Страховщику ____% недостающих средств.

4. Фонд ежемесячно (ежеквартально) пересматривает

дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования и в течение __ дней доводит их до сведения Страховщика.

Фонд ежемесячно передает Страховщику сведения о лицах, имеющих право на обеспечение необходимыми лекарственными средствами, содержащиеся в федеральном регистре, с соблюдением требований законодательства об информации, информатизации и защите информации.

(Дополнен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

5. Фонд предоставляет Страховщику тарифы на медицинские услуги, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, или коэффициенты индексации тарифов не позднее ____ дней после их утверждения.

6. Фонд предоставляет Страховщику информацию и сведения, связанную с обеспечением обязательного медицинского страхования по соответствующей территории страхования в течение десяти дней с момента запроса, но не чаще одного раза в квартал.

7. Фонд предоставляет Страховщику ежеквартально информацию о финансовом положении Фонда (объем зачисленных финансовых средств, размеры нормированного страхового запаса и его использования).

8. Страховщик осуществляет обязательное медицинское страхование граждан с соблюдением действующего законодательства, территориальных Правил обязательного медицинского страхования граждан и других утвержденных в установленном порядке нормативных документов.

9. Страховщик оплачивает по согласованным в установленном порядке тарифам медицинские услуги, предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Страховщик оплачивает дополнительную бесплатную медицинскую помощь, предусматривающую обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера) отдельных категорий граждан при оказании амбулаторно-поликлинической помощи на основе Перечня лекарственных средств. (Дополнен - Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

10. Страховщик осуществляет контроль объема, сроков и качества медицинских услуг, оказанных застрахованным в соответствии со стандартами медицинской помощи и утверждаемым в установленном порядке Перечнем лекарственных средств, в медицинских учреждениях, заключивших со Страховщиком договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию, в том числе по инициативе ТФОМС. Плановые проверки проводятся в соответствии с графиком проверок, согласованным с органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

11. Страховщик формирует из полученных от Фонда финансовых средств на основании утвержденных Фондом единых нормативов:
- средства на оплату медицинской помощи;

- средства на оплату необходимых лекарственных средств;
- запасной резерв на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования в размере ____% от полученных средств, но не более ____ дней запаса средств на оплату медицинской помощи;
- запасной резерв на финансирование дополнительной бесплатной медицинской помощи, предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными средствами в размере ____% от полученных средств, но не более месячного запаса;
- резерв финансирования предупредительных мероприятий по территориальной программе обязательного медицинского страхования в размере ____% полученных средств, но не более ____дневного запаса;
- средства на ведение дела в размере ____% полученных средств;
- фонд оплаты труда в размере ____% средств на ведение дела.

(Пункт в редакции Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

12. Страховщик обеспечивает возможность экспертам Фонда осуществлять проверку и (или) ознакомление с деятельностью, связанной с исполнением данного Договора в том числе по проведению контроля качества медицинской помощи.

Плановые проверки проводятся Фондом ____ (период).

13. Страховщик ведет автоматизированный персонифицированный учет медицинской помощи и учет необходимых лекарственных средств, отпущенных отдельным категориям граждан при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

Страховщик предоставляет Фонду сведения о застрахованных контингентах, использовании средств обязательного медицинского страхования, использовании средств на дополнительную бесплатную медицинскую помощь, предусматривающую обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, по утвержденным в установленном порядке отчетным формам в срок ____.

(Пункт в редакции Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 24.11.2004 г. N 74)

14. Страховщик сообщает Фонду о намерении досрочно прекратить Договор обязательного медицинского страхования, а также о договорах, действие которых прекращено, в трехдневный срок.

15. Стороны обязуются обмениваться информацией о недостатках при оказании медицинской помощи медицинскими учреждениями в рамках обязательного медицинского страхования и координировать действия по их устранению.

16. Максимальная ответственность Страховщика по индивидуальному риску (стоимость медицинской помощи, оказанной конкретному застрахованному в течение срока действия Договора) не определяется.

17. Окончательный расчет по закончившемуся Договору

производится не позднее _____ (срок) после его окончания.

II. Ответственность сторон

18. За каждый день просрочки предоставления Страховщику финансовых средств в соответствии с абзацем первым пункта 2 настоящего Договора Страховщик вправе потребовать от Фонда уплаты пени в размере 0,5% от суммы невыплаченных средств. Выплата пени не освобождает Фонд от уплаты требуемой суммы средств.

19. За несвоевременное предоставление Страховщику информации и документов, предусмотренных условиями настоящего Договора (пунктами 4, 5, 8), Страховщик вправе потребовать от Фонда уплаты пени в сумме _____ минимальных размеров оплаты труда за каждый день просрочки по каждому документу.

20. При установлении экспертами Фонда нарушений Страховщиком требований принятых в субъекте Российской Федерации правил обязательного медицинского страхования граждан, порядка контроля качества оказания медицинской помощи и использования страховых средств и порядка оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Фонд взыскивает со Страховщика штраф в размере _____.

21. При установлении экспертами Фонда необоснованности получения субвенции или ее использовании Страховщик уплачивает Фонду штраф в размере __% субвенции, но не ниже 100% выданной субвенции.

22. Страховщик уплачивает Фонду за превышение расходов на ведение дела и оплату труда по обязательному медицинскому страхованию, предусмотренных пунктом 12, кроме превышения за счет собственных средств, штраф в размере __% объема перерасходованных финансовых средств.

23. За несвоевременное предоставление Фонду информации, предусмотренной пунктом 14 настоящего Договора, Страховщик уплачивает Фонду пеню в сумме _____ минимальных размеров оплаты труда текущего месяца за каждый день просрочки соответствующего документа.

24. Страховщик выплачивает штрафы и восстанавливает необоснованно выплаченные суммы из собственных средств.

III. Срок действия Договора и порядок его прекращения

25. Срок действия настоящего Договора с "___" _____ 200_ г. по 31.12.200_ г.

26. Договор считается пролонгированным на двенадцать месяцев, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее чем за _____ дней до конца срока.

27. Настоящий Договор прекращается в случаях:

- истечения срока действия Договора;
- ликвидации одной из сторон;
- принятия судом решения о признании Договора недействительным.

28. Договор может быть прекращен досрочно:

- по соглашению сторон, совершенному в письменной форме;
- по инициативе Фонда в случае нарушения Страховщиком условий настоящего Договора;
- по инициативе Страховщика в случае нарушения Фондом условий настоящего Договора.

При досрочном прекращении Договора сторона, выступающая инициатором, извещает об этом другую сторону не менее чем за месяц до предполагаемого срока прекращения в письменном виде.

IV. Прочие условия

29. Стороны принимают все меры к разрешению спорных вопросов путем переговоров. Все неурегулированные между сторонами споры по настоящему Договору рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством.

30. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Фонда, другой - у Страховщика.

V. Юридические адреса сторон

Страховщик: Фонд:

М. П. М. П.

"__" _____ 200_ г. "__" _____ 200_ г.
