

Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

Приказ · № 469н · от 06.08.2025 · Министерство здравоохранения · Действует без изменений

Министерство юстиции
Российской Федерации
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 83233
от 20 августа 2025 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

Москва

6 августа 2025 г. № 469н

Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

В соответствии с частью 19 статьи 38 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и подпунктом 5.2.131 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608, приказываю:

1. Утвердить форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования согласно приложению к настоящему приказу.
2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2025 года.
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2022 г. № 703н "Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 ноября 2022 г., регистрационный № 71044).

Министр М.А.Мурашко

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 6 августа 2025 г. № 469н

Форма

Типовой договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

(место заключения договора)

"__" _____ года

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

в лице _____,

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего на основании _____,

(реквизиты нормативного акта субъекта Российской Федерации)

далее именуемый территориальным фондом, с одной стороны, и страховая медицинская организация _____,

(наименование страховой медицинской организации)

в лице _____,

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующая на основании Устава, доверенности _____, лицензии № _____ от _____, выданной _____,

(наименование органа, выдавшего лицензию)

далее именуемая страховой медицинской организацией, с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон), заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

II. Обязанности и права Сторон

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. Осуществлять обязательное медицинское страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

2.2. Вносить сведения о застрахованных лицах в единый регистр застрахованных лиц на основании принятых заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявлений о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования, предоставлять по запросу застрахованного лица выписку из единого регистра застрахованных лиц, содержащую сведения о полисе обязательного медицинского страхования, или вносить необходимые сведения на полис на материальном носителе при его наличии у застрахованного лица в соответствии порядком, установленном правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (далее - Правила ОМС) 1 .

1 Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона.

2.3. Вести учет застрахованных лиц, осуществивших выбор страховой медицинской организации, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с правилами ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, установленными Правительством Российской Федерации 2 (далее - Правила ведения персонифицированного учета).

2 Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

2.4. Сбирать, обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам,

обеспечивать их сохранность и конфиденциальность, осуществлять обмен указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом.

2.5. В течение трех рабочих дней со дня получения от территориального фонда сведений о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, информировать застрахованных лиц о факте страхования, возможности получения выписки о полисе обязательного медицинского страхования, в том числе на материальном носителе, или внесения изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе при его наличии у застрахованного лица в порядке, установленном Правилами ОМС.

2.6. Направлять в территориальный фонд для формирования нормированного страхового запаса в соответствии со статьей 26 Федерального закона средства на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования: средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, сформированные в размере 35 процентов в течение трех рабочих дней после дня завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, сформированные в размере 35 процентов в течение трех рабочих дней после дня завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

средства, поступившие в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в размере 25 процентов в течение трех рабочих дней после дня поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации.

2.7. Формировать целевые средства на оплату медицинской помощи за счет:

2.7.1. Средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим договором.

2.7.2. Средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также ее финансового обеспечения (далее - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи) в соответствии со статьей 41 Федерального закона:

2.7.2.1. 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи.

2.7.2.2. 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы.

2.7.2.3. 50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2.7.2.4. 100 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных по результатам проведения медико-экономического контроля.

2.7.3. Средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

2.8. Формировать собственные средства в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных частью 4 статьи 28 Федерального закона, в следующем порядке:

2.8.1. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, полученные по нормативу в размере _____ процентов от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам, в соответствии с частью 18 статьи 38 Федерального закона.

2.8.2. Средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, в размере 15 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день удержания данной суммы из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, или в день возврата медицинской организацией указанной суммы при условии соблюдения процедуры обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренной статьей 42 Федерального закона.

2.8.3. Средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, в размере 15 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день удержания данной суммы из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, или в день возврата медицинской организацией указанной суммы при условии соблюдения процедуры обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренной статьей 42 Федерального закона.

2.8.4. Средства, поступившие в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в размере 25 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации.

2.8.5. Средства, поступившие от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи, направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации.

2.9. Ежемесячно представлять в территориальный фонд на бумажном носителе, заверенные печатью и подписанные руководителем, или в электронном виде, подписанные электронной подписью руководителя:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - заявка на авансирование) в порядке, установленном Правилами ОМС;

заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - заявка на получение целевых средств) в порядке, установленном Правилами ОМС.

2.10. Направлять целевые средства на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования по поступившим из территориального фонда принятым по результатам медико-экономического контроля объемов и стоимости медицинской помощи счетам и реестрам счетов на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемыми в соответствии с Федеральным законом.

2.11. Вернуть остаток целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами ОМС.

2.12. Использовать полученные в соответствии с настоящим договором средства по целевому

назначению.

2.13. Направлять полученные средства нормированного страхового запаса территориального фонда в течение трех рабочих дней в полном объеме на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы.

В случае недостатка полученных от территориального фонда средств нормированного страхового запаса страховая медицинская организация распределяет средства нормированного страхового запаса, полученные на оплату медицинской помощи, между медицинскими организациями пропорционально размерам задолженности страховой медицинской организации по оплате принятых по результатам медико-экономического контроля счетов на оплату медицинской помощи.

2.14. Направлять средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, указанные в пунктах 2.7.2 и 2.7.3 настоящего договора, на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам, в рамках объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии 3, созданной в субъекте Российской Федерации, по согласованным тарифам на оплату медицинской помощи (далее - тарифы) с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3 Часть 9 статьи 36 Федерального закона.

2.15. Направлять в территориальный фонд остаток средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, указанных в пунктах 2.7.2 и 2.7.3 настоящего договора, в течение трех рабочих дней после завершения расчетов в текущем месяце.

2.16. Заключать с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, и территориальным фондом договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.17. Принимать меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица.

2.18. Вести раздельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

2.19. Предоставлять в территориальный фонд:

2.19.1. Ежедневно (в случае наличия) данные о новых застрахованных лицах и сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах.

2.19.2. Ежеквартально до 25 числа после отчетного периода, за январь - декабрь - до 1 марта, следующего за отчетным, отчетность о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования.

2.19.3. В установленные сроки отчетность о деятельности по защите прав застрахованных лиц в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с Федеральным законом 4.

4 Пункт 5 части 8 статьи 33 Федерального закона.

2.19.4. Отчет об использовании целевых средств, содержащий сведения, перечень которых установлен Правилами ОМС, по форме, размещенной на официальном сайте официального сайта Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" 5, одновременно с

обращением за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда.

5 Пункт 5 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. № 901.

2.20. Осуществлять информирование застрахованных лиц и их законных представителей о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о возможности обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом.

2.21. Осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц при оказании медицинской помощи по территориальной программе субъекта Российской Федерации, в установленных законодательством случаях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также при оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона.

2.22. Размещать на собственном официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", опубликовывать в средствах массовой информации или доводить до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц, о представителях страховой медицинской организации, показатели оценки деятельности страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации, предусмотренные приложением № 1 к настоящему договору, и иную информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

2.23. Осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (далее - порядок проведения контроля), в медицинских организациях, с которыми страховой медицинской организацией и территориальным фондом заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории страхования, и представлять в территориальный фонд отчет о результатах контроля, а также заключения по результатам проведенных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

2.24. Обеспечивать возможность специалистам территориального фонда осуществлять проверку и (или) ознакомление с деятельностью, связанной с исполнением договоров в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

2.25. Осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.26. Обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций, в соответствии с Правилами ведения персонифицированного учета.

2.27. Проводить сверку расчетов с территориальным фондом, по результатам которой совместно с территориальным фондом составлять акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок

до десятого числа каждого месяца.

2.28. Осуществлять сопровождение, включая информационное сопровождение (в том числе индивидуальное) застрахованных лиц представителями страховой медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы, на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы, а также оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона на всех этапах оказания им медицинской помощи в порядке, установленном Правилами ОМС.

2.29. Предоставлять по обращениям застрахованных лиц информацию по вопросам обязательного медицинского страхования и организации оказания медицинской помощи.

2.30. Оказывать помощь застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.31. При прекращении настоящего договора осуществлять передачу территориальному фонду сведений, указанных в пункте 2 части 2 статьи 38 Федерального закона, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения настоящего договора.

2.32. Осуществлять достижение установленных настоящим договором показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций.

2.33. Выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

3. Страховая медицинская организация вправе:

3.1. Принимать участие в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в Комиссии, созданной в субъекте Российской Федерации.

3.2. Участвовать в согласовании тарифов.

3.3. Получать в установленном законодательством порядке сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования посредством государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, региональных информационных систем обязательного медицинского страхования, данных первичной медицинской документации, учетно-отчетной документации, результатов внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности, необходимые для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, информацию о режиме работы медицинской организации, видах оказываемой ею медицинской помощи в рамках территориальной программы и иные сведения в объеме и порядке, которые установлены настоящим договором, осуществлять проверку их достоверности, в том числе в целях сопровождения, включая информационного сопровождения (в том числе индивидуального) застрахованных лиц представителями страховой медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы, на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы, включая оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона.

3.4. Изучать мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи.

3.5. Привлекать экспертов качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены Федеральным законом.

3.6. Обращаться в территориальный фонд за предоставлением целевых средств из нормированного

страхового запаса территориального фонда в случае недостатка целевых средств для оплаты медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту, подтвержденного принятыми к оплате счетами и реестрами счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля в соответствии с порядком проведения контроля, а также с учетом результатов проведенных страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

3.7. Осуществлять иные права, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

4. Территориальный фонд обязуется:

4.1. Составлять со страховой медицинской организацией акты:

сверки численности застрахованных лиц на первое число текущего месяца в срок до второго рабочего дня текущего месяца с распределением на половозрастные группы, применяемые при расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения для страховой медицинской организации;

сверки расчетов на первое число текущего месяца за отчетный месяц в срок не позднее десятого рабочего дня текущего месяца.

4.2. Направлять в страховую медицинскую организацию ежемесячно, до десятого числа сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе страховой медицинской организации, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации (в случае изменения застрахованным лицом места жительства и отсутствия по новому месту жительства застрахованного лица страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией), в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона.

4.3. Актуализировать региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и принимать меры к страховой медицинской организации за нарушения сроков представления данных о застрахованных лицах, сведений об изменении этих данных в соответствии с настоящим договором, а также за внесение в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц записей, содержащих недостоверные сведения, предусмотренные подпунктом "в" пункта 15 Правил ведения персонифицированного учета.

4.4. Утверждать и пересматривать дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования при изменении численности и (или) половозрастной структуры застрахованных лиц и финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Правилами ОМС.

4.5. Доводить до сведения страховой медицинской организации нормативы, указанные в пункте 4.4 настоящего договора, не позднее четвертого рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

4.6. Вести учет заявок в соответствии с порядком документооборота, установленным в территориальном фонде.

4.7. Направлять в порядке, установленном Правилами ОМС, целевые средства в страховую медицинскую организацию по поступившей:

заявке на авансирование;

заявке на получение средств на оплату счетов.

4.8. Осуществлять медико-экономический контроль предъявленных медицинскими организациями счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и направлять в страховую медицинскую организацию принятые территориальным фондом по результатам медико-экономического контроля счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи по территориальной программе, а также сведения о результатах указанного медико-экономического контроля согласно страховой принадлежности застрахованных лиц, в срок, установленный порядком проведения контроля.

4.9. Предоставлять страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, ежемесячно одновременно с предоставлением целевых средств на оплату медицинской помощи по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов, в пределах установленного законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования норматива в размере _____ процентов.

4.10. Принимать решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой медицинской организации объемов средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

4.11. Рассматривать обращение страховой медицинской организации за предоставлением целевых средств сверх установленных объемов средств на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда одновременно с отчетом страховой медицинской организации об использовании целевых средств и проводить проверку в течение десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации.

4.12. Осуществлять предоставление средств из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки при отсутствии оснований, предусмотренных частью 9 статьи 38 Федерального закона.

4.13. Отказать в предоставлении средств нормированного страхового запаса не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки при:

наличии у страховой медицинской организации остатка целевых средств;
необоснованности объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленной территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов и проведения экспертизы качества медицинской помощи;
отсутствии средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

4.14. Обеспечивать сохранность и конфиденциальность сведений и информации при осуществлении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществлять обмен указанными сведениями между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона.

4.15. Осуществлять контроль за деятельностью страховой медицинской организации в соответствии с Федеральным законом и настоящим договором, в том числе по заключению договоров на оказание и оплату медицинской помощи, выполнению условий данных договоров, организации обязательного медицинского страхования, защите прав застрахованных лиц, осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, достоверности учетно-отчетных сведений, направляемых в территориальный фонд, и проводить проверку деятельности страховой медицинской организации, в том числе путем ревизий, сверки расчетов со страховой медицинской организацией, а также между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями при досрочном расторжении или прекращении настоящего договора.

4.16. Осуществлять ежеквартальную оценку достижения страховой медицинской организацией показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций в порядке, установленном

Федеральным фондом, и направлять результаты указанной оценки в Федеральный фонд для использования при осуществлении мониторинга деятельности страховых медицинских организаций.

4.17. Осуществлять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

5. Территориальный фонд вправе реализовать права в соответствии с Федеральным законом.

III. Ответственность Сторон

6. Страховая медицинская организация за счет собственных средств несет ответственность перед территориальным фондом за ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

7. Страховая медицинская организация при нарушении установленных настоящим договором обязательств в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи обязана уплатить территориальному фонду штраф в размере до 10 процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения.

8. При выявлении нарушений страховой медицинской организацией договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств, в которую не включается сумма штрафа (пени). Перечень нарушений договорных обязательств страховой медицинской организацией и перечень санкций за нарушение указанных обязательств 6 установлен в Приложении № 2 к настоящему Договору.

6 Пункт 14 части 2 статьи 38 Федерального закона.

9. Страховая медицинская организация за счет собственных средств выплачивает штрафы, пени при выявлении территориальным фондом нарушений договорных обязательств возмещает территориальному фонду средства, использованные не по целевому назначению, в размерах, установленных приложением № 2 к настоящему договору, в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования территориальным фондом.

10. Территориальный фонд несет ответственность перед страховой медицинской организацией за нарушение сроков перечисления страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или неполное выделение средств на обязательное медицинское страхование, установленных настоящим договором, поступивших в бюджет территориального фонда за соответствующий период, в виде уплаты штрафа в размере одной трехсотой ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, в размере от не перечисленных сумм за каждый день просрочки.

11. 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.

IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

12. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на _____ (указывается год реализации программ обязательного медицинского страхования) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по договору.

13. Настоящий договор расторгается (прекращает свое действие) в следующих случаях:

13.1. При приостановлении, прекращении действия или отзыва лицензии страховой медицинской

организации.

13.2. При истечении срока, на который заключен настоящий договор.

13.3. Досрочно по инициативе страховой медицинской организации.

13.4. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

14. В случае приостановления, прекращения действия или отзыва лицензии страховой медицинской организации настоящий договор считается расторгнутым с даты внесения в единый государственный реестр субъектов страхового дела, предусмотренный пунктом 2 статьи 4.1 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-I "Об организации страхового дела в Российской Федерации", сведений о приостановлении, прекращении действия или об отзыве лицензии на осуществление обязательного медицинского страхования.

15. При прекращении действия настоящего договора в связи с приостановлением, прекращением действия или отзыва лицензии страховой медицинской организации:

15.1. Страховая медицинская организация:

15.1.1. Информировывает территориальный фонд о фактах приостановления или прекращения действия лицензии, реорганизации или ликвидации страховой медицинской организации в течение одного рабочего дня со дня возникновения таких фактов.

15.1.2. Осуществляет сверку расчетов с медицинскими организациями на дату прекращения настоящего договора в течение пяти рабочих дней с даты приостановления или прекращения действия лицензии и подписывает акт сверки расчетов.

15.1.3. В течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора: возвращает в бюджет территориального фонда целевые средства, не использованные по целевому назначению;

передает территориальному фонду сведения согласно пункту 2 части 2 статьи 38 Федерального закона о застрахованных лицах, осуществивших выбор страховой медицинской организации, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также сведения, поступившие от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

15.1.4. Составляет и подписывает с территориальным фондом акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств.

15.2. Территориальный фонд:

15.2.1. Составляет и подписывает со страховой медицинской организацией акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств.

15.2.2. Исключает страховую медицинскую организацию из реестра страховых медицинских организаций в порядке, установленном Правилами ОМС.

16. При прекращении действия настоящего договора в связи с истечением срока, на который он заключен:

16.1. Страховая медицинская организация:

16.1.1. Составляет и подписывает с территориальным фондом акт сверки расчетов на дату истечения срока настоящего договора.

16.1.2. В течение десяти рабочих дней с даты истечения срока настоящего договора: возвращает в бюджет территориального фонда целевые средства, не использованные по целевому назначению.

передает территориальному фонду сведения согласно пункту 2 части 2 статьи 38 Федерального закона о застрахованных лицах, осуществивших выбор страховой медицинской организации, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также сведения, поступившие от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

16.2. Территориальный фонд:

16.2.1. Составляет и подписывает со страховой медицинской организацией акт сверки расчетов на дату истечения срока настоящего договора.

16.2.2. Исключает страховую медицинскую организацию из реестра страховых медицинских организаций в порядке, установленном Правилами ОМС.

17. При расторжении настоящего договора досрочно по инициативе страховой медицинской организации:

17.1. Страховая медицинская организация:

17.1.1. За три месяца до даты расторжения настоящего договора в письменной форме уведомляет территориальный фонд, застрахованных лиц и медицинские организации о намерении расторгнуть настоящий договор.

17.1.2. В течение трех месяцев после дня уведомления осуществляет расчеты с медицинскими организациями на основании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, принятых территориальным фондом к оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

17.1.3. Осуществляет сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора и подписывает акт сверки расчетов.

17.1.4. Составляет и подписывает с территориальным фондом акт сверки расчетов на дату расторжения настоящего договора.

17.1.5. в течение десяти рабочих дней с даты расторжения настоящего договора:

возвращает в бюджет территориального фонда целевые средства, не использованные по целевому назначению;

передает территориальному фонду сведения согласно пункту 2 части 2 статьи 38 Федерального закона о застрахованных лицах, осуществивших выбор страховой медицинской организации, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также сведения, поступившие от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

17.2. Территориальный фонд:

17.2.1. В течение пяти рабочих дней после дня его информирования страховой медицинской организацией о расторжении настоящего договора уведомляет страховую медицинскую организацию о сроках проведения и предмете внеплановой проверки деятельности страховой медицинской организации.

17.2.2. До даты расторжения договора проводит внеплановую проверку деятельности страховой медицинской организации.

17.2.3. Составляет и подписывает со страховой медицинской организацией акт сверки расчетов на дату расторжения настоящего договора.

17.2.4. Исключает страховую медицинскую организацию из реестра страховых медицинских организаций в порядке, установленном Правилами ОМС.

18. После прекращения действия настоящего договора и на период до выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации территориальный фонд направляет сведения об указанных застрахованных лицах в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в порядке, установленном частью 6 статьи 16 Федерального закона. При этом, у застрахованного лица сохраняется право выбора страховой медицинской организации.

19. Настоящий договор может быть признан недействительным по решению суда.

V. Прочие условия

20. Стороны разрешают все спорные вопросы, возникшие в связи с выполнением настоящего договора, путем направления претензий, рассматриваемых в течение тридцати календарных дней со дня получения претензий.

21. В случае если стороны не могут прийти к соглашению, все споры и разногласия по выполнению настоящего договора, а также споры, связанные с его изменением, подлежат разрешению в

соответствии с законодательством Российской Федерации.

22. Стороны информируют друг друга обо всех изменениях адресов и банковских реквизитов в срок не позднее пяти рабочих дней со дня возникновения изменений.

23. Все извещения, уведомления и иную корреспонденцию в соответствии с настоящим договором Стороны с соблюдением условий конфиденциальности направляют в электронной форме за подписью уполномоченных лиц, в случае невозможности предоставления в электронном виде предоставляются в письменной форме на адреса, указанные в настоящем договоре.

24. Передача Сторонами третьим лицам прав и обязанностей по настоящему договору не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

25. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у территориального фонда, другой - у страховой медицинской организации.

VI. Реквизиты Сторон

Страховая медицинская организация:

Территориальный фонд:

ИНН/КПП:

ИНН/КПП:

ОГРН _____

ОГРН _____

Адрес в пределах места нахождения юридического лица:

Адрес в пределах места нахождения юридического лица:

Банковские реквизиты:

Банковские реквизиты:

VII. Подписи Сторон:

Страховая медицинская организация:

Территориальный фонд:

М.П.

М.П.

"__" _____ 20__ г.

"__" _____ 20__ г.

Приложение № 1

к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования,
утвержденному приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 6 августа 2025 г. № 469н

Показатели оценки деятельности страховой медицинской организации

№

Наименование показателя

1. Ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах.

2.

Эффективность сопровождения застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за пределами территории страхования, а также при оказании медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, оказывающими медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

3.

Эффективность информирования о прохождении диспансеризации взрослого населения.

4.

Эффективность информирования о прохождении диспансерного наблюдения.

5.

Защита прав застрахованных лиц в судебном и досудебном порядке.

6.

Эффективность защиты прав застрахованных лиц.

7.

Соблюдение установленного законодательством Российской Федерации порядка авансирования медицинских организаций в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

8.

Контроль за использованием медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования (дебиторская задолженность медицинских организаций).

9.

Эффективность экспертной деятельности страховых медицинских организаций по результатам контроля территориальным фондом за качеством проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

10.

Качество проводимого страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (по результатам контроля территориального фонда по претензии медицинской организации в рамках обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля).

Приложение № 2

к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования,
утвержденному приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Перечень санкций за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

№

п/п

Наименование нарушения

Уменьшение финансирования (руб., %)

Финансовые санкции за счет собственных средств страховой медицинской организации (руб., %)

1.Нарушения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования, предусмотренного статьей 46 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) штраф в размере 20% от подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа) за каждый случай нарушения

2.Ведение персонифицированного учета сведений в обязательном медицинском страховании с нарушением правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования (далее - Правила ведения персонифицированного учета), установленных Правительством Российской Федерации 1 , в том числе:

1 Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

2.1.Нарушение сроков представления данных о застрахованном лице и сведений об их изменении штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения

2.2.Внесение в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц записей, содержащих недостоверные сведения, предусмотренные подпунктом "в" пункта 15 Правил ведения персонифицированного учета штраф в размере 20% от подушевого норматива финансирования территориальной программы за каждый случай нарушения

3.Отсутствие официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" страховой медицинской организации или его несоответствие требованиям Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (далее - Правила ОМС) 2 штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы за каждый случай нарушения

2 Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона.

4.Непредставление (несвоевременное представление) территориальному фонду обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд), в том числе:

4.1.ежеквартального отчета о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования, предусмотренного Правилами ОМС и типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - договор) штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы за каждый случай нарушения

4.2.отчетности по формам и в порядке, которые утверждены Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 5 части 8 статьи 33 Федерального закона штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы за каждый случай нарушения

5.Представление территориальному фонду недостоверной отчетности, утвержденной Федеральным фондом в соответствии с пунктом 5 части 8 статьи 33 Федерального закона штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы за каждый случай нарушения

6.Отказ в регистрации жалобы застрахованного лица, нарушение сроков рассмотрения жалоб застрахованных лиц, отказ в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица, недоведение до заявителя результатов рассмотрения (или экспертизы качества медицинской помощи), не перенаправление жалобы застрахованного лица по ведомственной принадлежности, ответ заявителю предоставлен не по существу поставленных в жалобе вопросов штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы за каждый случай нарушения

7.Неуведомление застрахованных лиц, медицинских организаций и территориального фонда о расторжении договора по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения, уведомление с нарушением установленного договором срока штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за месяц, в котором она должна была направить уведомления

8.Непредъявление исков о возмещении расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) (за исключением случаев причинения вреда вследствие несчастного случая на производстве) при наличии у страховой медицинской организации документов, которыми установлена виновность лица.100% размера регрессного иска

9.Нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи 3 , в том числе:

3 Часть 1 статьи 40 Федерального закона.

9.1.Невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному Порядком контроля (в случае их выявления территориальным фондом по результатам повторной медико-экономической экспертизы и (или) повторной экспертизы качества медицинской помощи)100% необоснованно оплаченной суммы штраф в размере 10% от суммы средств санкций, подлежащих применению к медицинским организациям по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, но не примененных

9.2.Нарушение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных в соответствии с Порядком контроля штраф в размере доли от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения, соответствующая доле невыполненных или несвоевременно выполненных экспертиз в общем объеме проведенных страховой медицинской организацией целевых медико-экономических экспертиз/экспертиз качества медицинской помощи

9.3.Проведение экспертизы качества медицинской помощи с нарушением требований к специалистам, ее осуществляющим, проведение экспертизы качества специалистом-экспертом, экспертом качества, не включенным в реестр экспертов качества медицинской помощи штраф в размере доли от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения, соответствующей доле невыполненных или несвоевременно выполненных экспертиз в общем объеме проведенных страховой медицинской организацией целевых медико-экономических экспертиз/экспертиз качества

медицинской помощи

9.4. Необоснованное применение к медицинским организациям санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования штраф в размере 100% от суммы средств необоснованного применения к медицинским организациям санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

9.5. Неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований их применения штраф в размере 100% от суммы средств санкций, которые должны были быть применены к медицинским организациям по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, но не были применены

9.6. Незаполнение в заключениях по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи всех разделов, предусмотренных формой штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения

10. Несвоевременное представление в территориальный фонд заявки на авансирование и (или) заявки на получение целевых средств в размере 1/300 ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока предоставления в территориальный фонд заявки на авансирование и/или заявки на получение целевых средств от суммы просроченной заявки за каждый день сверх установленного настоящим договором срока

11. Несвоевременный возврат в бюджет территориального фонда средств при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в течение десяти рабочих дней с даты прекращения договора в размере 1/300 ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств в бюджет территориального фонда, от своевременно не возвращенных сумм за каждый день сверх установленного срока

12. Нецелевое расходование страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования 100% суммы нецелевого использования средств штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств

13. Несвоевременное возмещение страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда в размере 1/300 ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств в бюджет территориального фонда, от своевременно не возмещенной суммы за каждый день сверх установленного срока

14. Несвоевременная оплата (неоплата) медицинским организациям медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в размере 1/300 ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения, за каждый день сверх установленного срока

15. Несвоевременное направление в территориальный фонд средств на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на

ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения

16.Нарушение порядка информационного сопровождения застрахованных лиц на любом этапе оказания им медицинской помощи, установленного Правилами ОМСштраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения