



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Минздрав России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 71044

от "21 ноября 2022г.

П Р И К А З

26 октября 2022 г.

№ 7034

Москва

**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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422), подпунктом 5.2.131 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 октября 2011 г., регистрационный № 22082);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2014 г. № 590н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 ноября 2014 г., регистрационный № 34561);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 16 ноября 2015 г. № 806н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации» (зарегистрирован

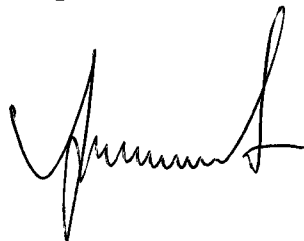
Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2015 г., регистрационный № 39852);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. № 423н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный № 42892);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 февраля 2017 г. № 62н «О внесении изменений в форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 мая 2017 г., регистрационный № 46571);

пункт 2 изменений, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 сентября 2020 г. № 1024н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369).

Министр



М.А. Мурашко

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «26» октября 2022 г. № 703Н

Форма

Типовой договор
о финансовом обеспечении
обязательного медицинского страхования

« » года

_____ года
(место заключения договора)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

_____ года
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)
в лице _____,

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании _____, далее

(реквизиты нормативного акта субъекта Российской Федерации)

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

(наименование страховой медицинской организации)

в лице _____,

(должность, фамилия, имя, отчество)

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» (Собрание законодательства Российской Федерации,
2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412) (далее – Федеральный закон),
заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
(далее – 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. оформлять, переоформлять, выдавать полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу на материальном носителе по запросу застрахованного лица или его представителя;

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 порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, установленным Правительством Российской Федерации¹ (далее соответственно – Порядок, персонифицированный учет);

2.4. собирать, 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 с момента получения от территориального фонда сведений о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, информировать застрахованных лиц о факте страхования, возможности получения полиса обязательного медицинского страхования, в том числе на материальном носителе, или внесения изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (далее – Правила)²;

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 завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ведения персонифицированного учета);

² Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона.

средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, сформированные в размере 35 процентов в течение трех рабочих дней после 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 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 в результате 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;

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

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;

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 Комиссии³, 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;

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 отдельный 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. ежемесячно до двадцатого числа месяца, следующего за отчетным, отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования за месяц, предшествующий отчетному, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную

³ Часть 9 статья 36 Федерального закона.

отчетность в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования⁴ (далее – Федеральный фонд) в соответствии с Федеральным законом;

2.19.3. отчет об использовании целевых средств по форме, установленной Федеральным фондом, содержащий сведения, перечень которых установлен пунктом 132 Правил, 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;

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. 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, а также количественные показатели деятельности страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации, предусмотренные приложением № 1 к настоящему договору, и иную информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации;

2.22. 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;

2.23. 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;

⁴ Пункт 5 части 8 статьи 33 Федерального закона.

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

2.25. обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций, в соответствии с Порядком;

2.26. 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;

2.27. осуществлять информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в порядке, установленном Правилами;

2.28. 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. изучать мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

3.4. 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;

3.5. 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;

3.6. 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, а также сведений об изменении этих данных в соответствии с настоящим договором;

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;

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, 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, осуществляемой 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, сверку расчетов со страховой медицинской организацией, а также между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями при досрочном расторжении или прекращении настоящего договора;

4.16. 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. При выявлении нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает целевые средства на сумму выявленных нарушений договорных обязательств.

8. 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.

9. 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 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, в размере от не перечисленных сумм за каждый день просрочки.

10. 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

11. Настоящий договор вступает 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.

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

12.1. при приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации (прекращение деятельности) страховой медицинской организации;

12.2. истечении срока, на который он заключен;

12.3. досрочно по инициативе страховой медицинской организации;