

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1355н
"Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

С изменениями и дополнениями от:

7 октября 2014 г., 16 ноября 2015 г., 25 марта 2016 г.

В соответствии с [Федеральным законом](#) от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую [форму](#) типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
2. Признать утратившим силу [приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. N 1184н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 февраля 2011 г., регистрационный N 19714).

Министр

В. И. Скворцова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 29 декабря 2012 г.
Регистрационный N 26421

Информация об изменениях:

[Приказом](#) Минздрава России от 25 марта 2016 г. N 187н в Типовой договор внесены изменения

[См. текст Типового договора в предыдущей редакции](#)

Утвержден
[приказом](#) Министерства здравоохранения РФ
от 24 декабря 2012 г. N 1355н
(с изменениями от 7 октября 2014 г.,
16 ноября 2015 г., 25 марта 2016 г.)

Форма

Типовой договор
на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

_____ "___" _____ 20__ г.
(место заключения договора)

Страховая медицинская организация _____
(наименование страховой медицинской организации)
в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество)
действующего на основании Устава, доверенности _____, лицензии N _____
от "___" _____ 20__ г., выданной _____
(наименование органа, выдавшего лицензию)
в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее
именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и
медицинская организация _____,
(наименование медицинской организации)
включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации
территориальной программы обязательного медицинского страхования, и
действующая на основании _____
(сведения, подтверждающие право на осуществление

медицинской деятельности)

_____, далее именуемая Организация, в лице

_____,

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании _____,

(основания для заключения договора)

с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с [Федеральным законом от 29 ноября 2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758) (далее - Федеральный закон) заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

II. Права и обязанности Сторон

2. Страховая медицинская организация вправе:

2.1 получать от Организации сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иные сведения в объеме и в порядке, определенных настоящим договором, осуществлять проверку их достоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

2.2 при выявлении нарушений обязательств, установленных настоящим договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты Организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты Организацией штрафов в размерах, установленных в тарифном соглашении в соответствии с [частью 2 статьи 41](#) Федерального закона;

2.3 предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в соответствии со [статьей 31](#) Федерального закона и применять санкции в соответствии со [статьей 41](#) Федерального закона.

3. Организация вправе:

3.1 получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании настоящего договора в соответствии с установленными тарифами;

3.2 обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.3. увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование): во II и III квартале года - не более чем на 20% от размера, указанного в [пункте 5.5](#) настоящего договора; на декабрь - до 95% от размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

4. Страховая медицинская организация обязуется:

4.1 оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования ([приложение N 1](#) к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы), в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) путем перечисления указанных средств на расчетный счет Организации на основании предъявленных Организацией счетов и реестров счетов, до ____ числа каждого месяца включительно;

4.2 до ____ числа каждого месяца включительно направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в Заявке на авансирование, полученной от Организации;

4.3 проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в Организации в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - порядок организации контроля), устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее -

Федеральный фонд) в соответствии с [пунктом 2 части 3 статьи 39](#) Федерального закона, и передавать акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, содержащие результаты контроля, в Организацию в сроки, определенные порядком организации контроля;

4.4 обеспечивать Организацию информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

4.5 проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с Организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в Организацию в течение 5 рабочих дней после получения данных актов от Организации;

4.6 осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом согласно [пункту 8 части 8 статьи 33](#) Федерального закона;

4.7 выполнять иные обязанности, предусмотренные [Федеральным законом](#) и настоящим договором.

5. Организация обязуется:

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

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

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

5.4 представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов, плановых и фактических сроков оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (медицинскую, учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи при наличии), подписанные акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в сроки, определенные порядком организации контроля, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания медицинской помощи в Организации;

5.5 направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере до ___ процентов* от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

5.6 представлять страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

5.7 представлять отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемом Федеральным фондом в соответствии со [статьей 33](#) Федерального закона;

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

5.9 предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, а также для деятельности представителя страховой медицинской организации;

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

5.10.1. использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

5.11 вести отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

5.12 проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов со страховой медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между Сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в страховую медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней после получения данного акта от страховой медицинской организации;

5.13 осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с [пунктом 8 части 8 статьи 33](#) Федерального закона;

5.14 представлять до ___ числа каждого месяца включительно в электронном виде и (или) на бумажном носителе сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц ([приложение N 2](#) к настоящему договору) и списки застрахованных лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, номера

полиса обязательного медицинского страхования), выбравших Организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, информацию об изменении представленных ранее сведений, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

5.15 представить страховой медицинской организации в срок не позднее 1 рабочего дня после дня заключения настоящего договора сведения, подтверждающие право Организации на осуществление медицинской деятельности, заверенные в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи, предоставляемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, сведения об условиях предоставления медицинской помощи застрахованным лицам и режиме работы Организации, показатели доступности и качества медицинской помощи, установленные для Организации, и другие документы, необходимые для выполнения настоящего договора;

5.16 предоставлять страховой медицинской организации сведения об оказании медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий (бездействия) третьих лиц, одновременно с предоставлением счетов за оказанную медицинскую помощь;

5.16.1. при необходимости в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направлять в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи;

5.17 выполнять иные обязанности, предусмотренные [Федеральным законом](#) и настоящим договором.

III. Ответственность сторон

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация несет ответственность за:

7.1 неоплату, неполную или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по настоящему договору, в виде уплаты Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой [ставки рефинансирования](#) Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

Уплата пени не освобождает страховую медицинскую организацию от оплаты медицинской помощи в соответствии с условиями настоящего договора;

7.2. необеспечение сохранности и конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

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

IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

9. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря года, в котором он был заключен.

10. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

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

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

13. Настоящий договор расторгается в одностороннем порядке:

при ликвидации одной из сторон;

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

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

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

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

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

V. Прочие условия

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

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

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

19. Стороны обязуются принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. В случае если одна из Сторон поручает обработку персональных данных третьим лицам, на нее возлагается обязанность обеспечения указанными лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

20. Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация:
ИНН /КПП _____/
Адрес (место) нахождения
юридического лица: _____

Организация:
ИНН/КПП _____/
Адрес (место) нахождения
юридического лица: _____

Банковские реквизиты: _____

Банковские реквизиты: _____

БИК _____

БИК _____

VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:

М.П.
"__" _____ 20__ г.

Организация:

М.П.
"__" _____ 20__ г.

* Размер средств заявки на авансирование устанавливается: на 2013 год - не более 55%, на 2014 год - не более 40%, с 2015 года - не более 50% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи

Информация об изменениях:

[Приказом Минздрава России от 16 ноября 2015 г. N 806н приложение изложено в новой редакции](#)

[См. текст приложения в предыдущей редакции](#)

Приложение N 1
к [типовому договору](#) на оказание
и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому
страхованию, утвержденному [приказом](#)
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 декабря 2012 г. N 1355н
(с изменениями от 16 ноября 2015 г.)

Объемы медицинской помощи по территориальной программе
обязательного медицинского страхования на _____ год.*

(наименование медицинской организации)

для лиц, застрахованных в _____
(наименование страховой медицинской организации)

Виды медицинской помощи	N строки	Единица измерения	Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования				
			всего на год	в том числе:			
				январь - март	апрель - июнь	июль - сентябрь	октябрь - декабрь
1	2	3	4	5	6	7	8
Медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования:	1						
- скорая медицинская помощь (сумма строк 13 + 23 + 33)	2	вызов					
- в амбулаторных условиях	сумма строк						
	14 + 24 + 34	3	посещение с профилактич. и иными целями				
	15 + 25 + 35	4	посещение по неотлож. мед. помощи				
	16 + 26 + 36	5	обращение по заболеванию				
- в стационарных условиях (сумма строк 17 + 27 + 37), в том числе:	6	случай госпитализации					
медицинская реабилитация (в строке 7 - сумма строк 18 + 28 + 38 ; в строке 8 - сумма строк 19 + 29 + 39)	7	койко-день					
	8	случай госпитализации					
высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 20 + 30 + 40)	9	случай госпитализации					
- в условиях дневных стационаров (сумма строк 21 + 31 + 41)	10	пациенто-день					
- паллиативная медицинская помощь (равно строке 42)	11	койко-день					
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:	12						
- скорая медицинская помощь	13	вызов					
- в амбулаторных условиях	14	посещение с профилактич. и иными целями					
	15	посещение по неотлож. мед. помощи					
	16	обращение по					

		заболеванию						
- в стационарных условиях, в том числе:	17	случай госпитализации						
медицинская реабилитация	18	койко-день						
	19	случай госпитализации						
высокотехнологичная медицинская помощь	20	случай госпитализации						
- в условиях дневных стационаров	21	случай лечения						
2. Дополнительные расходы на медицинскую помощь, включаемые в тариф сверх базовой программы обязательного медицинского страхования (расширение статей расходов):	22		X	X	X	X	X	X
- скорая медицинская помощь	23	вызов	X	X	X	X	X	X
- в амбулаторных условиях	24	посещение с профилактич. и иными целями	X	X	X	X	X	X
	25	посещение по неотлож. мед. помощи	X	X	X	X	X	X
	26	обращение по заболеванию	X	X	X	X	X	X
- в стационарных условиях, в том числе:	27	случай госпитализации	X	X	X	X	X	X
медицинская реабилитация	28	койко-день	X	X	X	X	X	X
	29	случай госпитализации	X	X	X	X	X	X
высокотехнологичная медицинская помощь	30	случай госпитализации	X	X	X	X	X	X
- в условиях дневных стационаров	31	случай лечения	X	X	X	X	X	X
3. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы обязательного медицинского страхования:	32							
- скорая медицинская помощь	33	вызов						
- в амбулаторных условиях	34	посещение с профилактич. и иными целями						
	35	посещение по неотлож. мед. помощи						
	36	обращение по заболеванию						
- в стационарных условиях, в том числе:	37	случай госпитализации						
медицинская реабилитация	38	койко-день						
	39	случай госпитализации						
высокотехнологичная медицинская	40	случай						

