

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 9 сентября 2011 г. N 1030н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 07.10.2014 [N 590н](#),
от 16.11.2015 [N 806н](#), от 25.03.2016 [N 187н](#), от 28.06.2016 [N 423н](#),
от 16.02.2017 [N 62н](#), от 25.09.2020 [N 1024н](#))

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую [форму](#) типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

2. При заключении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, предусмотренный в [пунктах 2.10 и 4.5](#) формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, устанавливается в размере не более 50% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи. Размер средств заявки может быть увеличен: во II - III квартале года - не более чем на 20% от размера, указанного в настоящем пункте приказа, на декабрь - до 95% от размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.
(в ред. Приказов Минздрава России от 16.11.2015 [N 806н](#), от 25.03.2016 [N 187н](#))

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2012 года.

Врио Министра
В.С.БЕЛОВ

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 9 сентября 2011 г. N 1030н

ТИПОВОЙ ДОГОВОР
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

_____ года
(место заключения договора)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

(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 N _____ 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. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в
Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,
2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) (далее – Федеральный закон),
заключили настоящий договор о нижеследующем:

<*> Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования
заключается между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями,
включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в
сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

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 в
территориальной программе обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

II. Обязанности и права Сторон

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. представить в территориальный фонд в срок не позднее 1 рабочего дня с момента
заключения настоящего договора заверенную в установленном порядке копию лицензии

страховой медицинской организации, реестр и копии и/или электронные копии договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи), заключенных с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее - медицинские организации), список застрахованных лиц с указанием сведений, предусмотренных [пунктами 1 - 13 части 2 статьи 44](#) Федерального закона;

2.2. осуществлять обязательное медицинское страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

2.3. оформлять (переоформлять), выдавать полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу;

2.4. вести учет застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования в соответствии с [порядком](#) персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 N 29н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 08.02.2011 N 19742) (далее - Порядок, персонифицированный учет), и составлять с территориальным фондом акты сверки численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца в срок до ____ числа каждого месяца с распределением на половозрастные группы, применяемые при расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения для страховой медицинской организации;

2.5. собирать, обрабатывать, 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, утверждаемыми Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с [пунктом 8 части 8 статьи 33](#) Федерального закона;

2.6. представлять в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данные о новых застрахованных лицах, сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах и направлять в территориальный фонд для включения в региональный сегмент застрахованных лиц сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, полученные от территориального фонда в соответствии с [частью 6 статьи 16](#) Федерального закона;

2.7. 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 в письменной форме о факте страхования, необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования и обеспечивать выдачу им полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном [правилами](#) обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 03.03.2011 N 19998) (далее - Правила);

2.7.1. 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 по результатам проведения медико-экономического контроля в размере 50 процентов в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

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;

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;

2.8. формировать целевые средства на оплату медицинской помощи за счет:

2.8.1. средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим договором;

2.8.2. 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 в соответствии со [статьей 41](#) Федерального закона:

2.8.2.1. 50 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

2.8.2.2. 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

2.8.2.3. 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

2.8.2.4. 50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

2.8.3. 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;

2.9. формировать собственные средства в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных [частью 4 статьи 28](#) Федерального закона, в следующем порядке:

2.9.1. 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;

2.9.2. 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;

2.9.3. 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;

2.9.4. 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;

2.9.5. утратил силу;

2.9.6. 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;

2.10. ежемесячно представлять в территориальный фонд на бумажном носителе заверенные печатью и подписанные руководителем и/или в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью руководителя:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование) в размере не более __ 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) в срок до __ числа месяца;

заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - Заявка на получение целевых средств) в объеме средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, в срок до __ числа месяца, следующего за отчетным;

2.11. направлять целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия), созданной в субъекте Российской Федерации, по согласованным тарифам с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.12. вернуть остаток целевых средств в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

2.13. использовать полученные в соответствии с настоящим договором средства по целевому назначению;

2.14. предоставлять отчет об использовании целевых средств 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;

2.15. 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 обязательного медицинского страхования;

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

2.17. обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных Комиссией для страховой медицинской организации согласно [приложению N 2](#) к настоящему договору, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям;

2.18. принимать меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица;

2.19. вести отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи;

2.20. ежемесячно до двадцатого числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять в территориальный фонд отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом в соответствии со [статьей 33](#) Федерального закона;

2.21. информировать застрахованных лиц о медицинских организациях в соответствии с [Правилами](#), 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, врача, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования и об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным [законом](#). Предоставлять информацию застрахованным лицам, задавшим вопрос по электронной почте или на официальный сайт в информационно-коммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть Интернет) в режиме "вопрос - ответ", не позднее 5 рабочих дней со дня получения вопроса;

2.22. размещать на собственном официальном сайте в 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 показатели согласно [приложению N 1](#) к настоящему договору и иную информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации;

2.23. осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, с которыми страховой медицинской организацией заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с

[порядком](#), утвержденным приказом Федерального фонда от 01.12.2010 N 230 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011 N 19614) (далее - порядок организации контроля), и представлять в территориальный фонд отчет о результатах контроля;

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. в случае досрочного расторжения настоящего договора по своей инициативе:

за три месяца до даты расторжения уведомить территориальный фонд, застрахованных лиц и медицинские организации о намерении расторгнуть настоящий договор;

осуществить расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

осуществить сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;

возвратить в бюджет территориального фонда остаток средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

2.27. в случае прекращения действия настоящего договора, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации в течение десяти рабочих дней после прекращения настоящего договора возвратить в бюджет территориального фонда целевые средства, не использованные по целевому назначению;

2.28. обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций, в соответствии с [Порядком](#);

2.29. информировать территориальный фонд о фактах приостановления или прекращения действия лицензии, реорганизации или ликвидации страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней со дня возникновения таких фактов;

2.30. 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 ____ числа каждого месяца;

2.30.1. осуществлять информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в порядке, установленном [правилами](#) обязательного медицинского страхования;

2.31. 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 на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы);

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

3.4. привлекать экспертов качества медицинской помощи, квалификация которых соответствует требованиям Федерального [закона](#) и которые включены в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи;

3.5. обращаться в территориальный фонд за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту;

3.6. исключен;

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 и акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок до ____ числа каждого месяца;

4.2. направлять в соответствии с [частью 6 статьи 16](#) Федерального закона ежемесячно, до десятого числа сведения о гражданах, не обратившихся в страховые медицинские организации за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации;

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 в [Правилах](#), и в течение пяти рабочих дней после утверждения руководителем территориального фонда доводить их до сведения страховой медицинской организации;

4.5. вести учет заявок, в соответствии с порядком документооборота, установленным в территориальном фонде, и направлять в страховую медицинскую организацию по поступившей от нее заявке:

в течение пяти рабочих дней со дня получения Заявки на авансирование - средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в размере не более ____ 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);

в течение трех рабочих дней со дня получения Заявки на получение целевых средств -

средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за отчетный месяц с учетом ранее направленных средств на авансирование оплаты медицинской помощи в размере суммы Заявки на получение целевых средств, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов;

4.6. перечислять страховой медицинской организации:

4.6.1. средства, предназначенные на расходы на ведение дела, - ежемесячно одновременно с предоставлением средств на оплату медицинской помощи по Заявке на авансирование и Заявке на получение целевых средств по обязательному медицинскому страхованию, по нормативу в размере ____ процентов, в соответствии с [частью 18 статьи 38](#) Федерального закона;

4.7. предоставлять страховой медицинской организации сведения об установленных тарифах на территории субъекта Российской Федерации не позднее пяти дней после их утверждения;

4.8. 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, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры;

4.8.1. рассматривать обращение страховой медицинской организации за предоставлением целевых средств, сверх установленных на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации, из средств 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;

4.8.2. 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;

4.8.3. 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 размера дополнительно запрашиваемых средств, выявленного территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи;

отсутствии средств в нормированном страховом запаса территориального фонда;

4.9. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

4.10. предоставлять страховой медицинской организации сведения о нормативных документах, связанных с обеспечением обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, не позднее семи рабочих дней с даты их принятия или внесения

в них изменений и в течение десяти календарных дней с даты запроса указанных документов;

4.11. осуществлять контроль деятельности страховой медицинской организации, 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;

4.12. в случае прекращения настоящего договора в связи с приостановлением действия, отзывом или прекращением действия лицензии у страховой медицинской организации оплатить счета на оплату медицинской помощи медицинских организаций в пределах объемов, установленных решением Комиссии, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

4.13. произвести окончательный расчет со страховой медицинской организацией по настоящему договору не позднее десяти рабочих дней со дня его прекращения;

5. Территориальный фонд вправе:

5.1. в случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств приведен в [приложении N 3](#) к настоящему договору;

5.2. реализовать иные права в соответствии с Федеральным [законом](#).

III. Ответственность Сторон

6. Страховая медицинская организация несет ответственность перед территориальным фондом за:

6.1. нарушение установленных в настоящем договоре сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменениях в этих данных;

6.2. использование не по целевому назначению целевых средств;

6.3. невыполнение условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

6.4. ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация выплачивает штрафы, пеню и осуществляет восстановление средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, по условиям настоящего договора за счет собственных средств, а также в случае невыполнения условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи за счет средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию путем перечисления на расчетный счет территориального фонда в течение десяти рабочих дней с даты предъявления требований территориальным фондом.

8. 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 пяти десятых процента от неперечисленных сумм.

9. При выявлении нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств и применяет штрафные санкции согласно [приложению N 3](#) к настоящему договору.

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. Срок действия настоящего договора с "___" _____ 20__ г. по 31.12.20__ г.

12. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания, а также при условии участия страховой медицинской организации в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в следующем году.

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

13.1. истечения срока, на который он заключен;

13.2. ликвидации (прекращение деятельности) одной из Сторон;

13.3. при приостановлении или прекращении действия лицензии, отзыве лицензии у страховой медицинской организации;

13.4. по соглашению Сторон, совершенному в письменной форме;

13.5. по инициативе территориального фонда в случае нарушения страховой медицинской организацией условий настоящего договора;

13.6. по инициативе страховой медицинской организации, в том числе в случае нарушения территориальным фондом условий настоящего договора;

13.7. иных случаях, предусмотренных законодательством.

14. При прекращении действия настоящего договора, в том числе в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации:

14.1. страховая медицинская организация:

14.1.1. при прекращении настоящего договора в связи с истечением срока его действия выполняет в полном объеме обязательства по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, результаты которого представляет в территориальный фонд;

14.1.2. проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует

взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

14.1.3. в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;

14.2. территориальный фонд при прекращении настоящего договора в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

15. При расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации:

15.1. страховая медицинская организация:

15.1.1. в письменном виде уведомляет территориальный фонд за три месяца до даты расторжения о намерении расторгнуть договор;

15.1.2. осуществляет сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;

15.1.3. осуществляет расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

15.1.4. в течение десяти рабочих дней с даты расторжения настоящего договора возвращает в бюджет территориального фонда остаток целевых средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

15.2. территориальный фонд:

15.2.1. совместно со страховой медицинской организацией составляет акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств;

15.2.2. исключает страховую медицинскую организацию из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого страховой медицинской организации территориальным фондом, не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения настоящего договора.

16. При расторжении настоящего договора по инициативе территориального фонда:

16.1. территориальный фонд:

16.1.1. в письменном виде уведомляет страховую медицинскую организацию за месяц до даты расторжения о причинах и намерении расторгнуть договор;

16.1.2. оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

16.1.3. исключает страховую медицинскую организацию из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого страховой медицинской организации территориальным фондом, не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения настоящего договора;

16.2. страховая медицинская организация:

16.2.1. в течение десяти дней проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

16.2.2. в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;

17. Территориальный фонд и страховая медицинская организация составляют акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств в территориальный фонд.

18. При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации настоящий договор считается прекращенным с момента приостановления действия лицензии либо ее отзыва.

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 дней с момента получения.

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 с момента возникновения изменений.

23. Все извещения, уведомления и иную корреспонденцию в соответствии с настоящим договором Стороны направляют в письменной форме за подписью уполномоченных лиц 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:

ИНН/КПП _____
ОГРН _____
Адрес (место) нахождения
юридического лица: _____
Банковские реквизиты: _____

Территориальный фонд:

ИНН/КПП _____
ОГРН _____
Адрес (место) нахождения
юридического лица: _____
Банковские реквизиты: _____

VII. Подписи Сторон:

Страховая медицинская организация:

Территориальный фонд:

М.П. _____
" __ " _____ 20__ г.

М.П. _____
" __ " _____ 20__ г.

Приложение N 1
к типовому договору
о финансовом обеспечении
обязательного медицинского
страхования, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 9 сентября 2011 г. N 1030н

**ПОКАЗАТЕЛИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)

Показатель
1. Отсутствие в деятельности страховой медицинской организации фактов нарушений законодательства по обязательному медицинскому страхованию и нарушений в использовании средств обязательного медицинского страхования, своевременность предоставления страховой медицинской организацией в установленном порядке отчетности в территориальный фонд;
2. Возможность курьерской доставки полисов обязательного медицинского страхования застрахованным лицам в установленных случаях (лицам с ограниченными возможностями, лицам пожилого возраста, многодетным матерям и иным категориям);
3. Возможность беспрепятственного доступа в страховую медицинскую организацию лиц с ограниченными возможностями;
4. Наличие представителей страховой медицинской организации в медицинских организациях;
5. Возможность диалога с застрахованными лицами на сайте (рубрика "вопрос-ответ");
6. Наличие круглосуточного многоканального телефона, обеспечивающего возможность обращений граждан в режиме ожидания ответа;
7. Изменение структуры и количества поступающих жалоб, в том числе увеличение их количества в страховых медицинских организациях при одновременном снижении в территориальном фонде, наличие обоснованных жалоб на действия страховой медицинской организации;
8. Доля умерших от числа застрахованных лиц в данной страховой медицинской

организации; (п. 8 в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 187н) 8.1. Доля застрахованных лиц, не обращавшихся за оказанием медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе умерших; (п. 8.1 введен Приказом Минздрава России от 25.03.2016 N 187н) 8.2. Доля умерших застрахованных лиц, не проходивших диспансеризацию; (п. 8.2 введен Приказом Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)
9. Доля претензий, удовлетворенных в досудебном порядке, и доля исков, удовлетворенных в судебном порядке;
10. Доля медико-экономических экспертиз от числа страховых случаев;
11. Доля экспертиз качества медицинской помощи от числа страховых случаев;
12. Доля экспертиз качества медицинской помощи в общем объеме проведенных экспертиз;
13. Доля выявленных нарушений от общего числа экспертиз по результатам экспертизы качества медицинской помощи на 10 000 застрахованных лиц;
14. Доля тематических экспертиз от общего числа экспертиз на 10 000 застрахованных лиц.

Приложение N 2
к типовому договору
о финансовом обеспечении
обязательного медицинского
страхования, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 9 сентября 2011 г. N 1030н

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 16.11.2015 N 806н)

Объемы
медицинской помощи, установленные по территориальной
программе обязательного медицинского страхования на ____ год <*>

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

Виды медицинской помощи			N стр оки	Единица измерен ия	Территори альные норматив ы объемов медицинс кой помощи на одно застрахов анное лицо	Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования по источникам ее финансового обеспечения				
						всего на _____ год	в том числе:			
							январ ь - март	апре ль - июнь	июль - сентя брь	октяб рь - декаб рь
А			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	сум ма стро к	14 + 24 + 34	3	посещен ие с профила кт. и иными целями						
		15 + 25 + 35	4	посещен ие по неотлож. мед. помощи						

		16 + 26 + 36	5	обраще ние по заболева нию						
- в стационарных условиях (сумма строк 17 + 27 + 37), в том числе:			6	случай госпитал изации						
медицинская реабилитация (в строке 7 - сумма строк 18 + 28 + 38; в строке 8 - сумма строк 19 + 29 + 39)			7	койко- день						
			8	случай госпитал изации						
высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 20 + 30 + 40)			9	случай госпитал изации						
- в условиях дневных стационаров (сумма строк 21 + 31 + 41)			10	случай лечения						
- 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	сум ма		14	посещен ие с						

условиях	стро к			профила кт. и иными целями						
			15	посещен ие по неотлож. мед. помощи						
			16	обращен ие по заболева нию						
- в стационарных условиях, в том числе:			17	случай госпитал изации						
медицинская реабилитация			18	койко- день						
			19	случай госпитал изации						
высокотехнологичная медицинская помощь			20	случай госпитал изации						
- в условиях дневных стационаров			21	случай лечения						
2. Дополнительные расходы на			22							

медицинскую помощь, включаемые в тариф сверх базовой программы обязательного медицинского страхования (расширение статей расходов):								
- скорая медицинская помощь	23	вызов						
- в амбулаторных условиях	24	посещение с профилактикт. и иными целями						
	25	посещение по неотлож. мед. помощи						
	26	обращение по заболеванию						
- в стационарных условиях, в том числе:	27	случай госпитализации						
медицинская реабилитация	28	койко-день						
	29	случай госпитал						

		изации						
высокотехнологичная медицинская помощь	30	случай госпитализации						
- в условиях дневных стационаров	31	случай лечения						
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	37	случай						

числе:		госпитализации						
медицинская реабилитация	38	койко-день						
	39	случай госпитализации						
высокотехнологичная медицинская помощь	40	случай госпитализации						
- в условиях дневных стационаров	41	случай лечения						
- паллиативная медицинская помощь	42	койко-день						

<*> Заполняется на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

Приложение N 3
к типовому договору
о финансовом обеспечении
обязательного медицинского
страхования, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 9 сентября 2011 г. N 1030н

**ПЕРЕЧЕНЬ
САНКЦИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ
ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 25.03.2016 N 187н,
от 16.02.2017 N 62н)

N п/п	Наименование нарушения	Уменьшение финансирования (руб., %)	Финансовые санкции за счет собственных средств страховой медицинской организации (руб., %)
1.	Нарушения порядка выдачи полиса обязательного		штраф в размере 3 000 рублей за

	медицинского страхования, предусмотренного статьей 46 Федерального закона		каждый случай нарушения
2.	Ведение персонифицированного учета сведений в обязательном медицинском страховании с нарушением установленного порядка		
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.	нарушение сроков представления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
2.3.	внесение в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц записей, содержащих недостоверные сведения		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
3.	Отказ в заключении договора с медицинской организацией на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
4.	Отсутствие официального сайта страховой медицинской организации или его несоответствие требованиям правил обязательного медицинского страхования		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
5.	Отсутствие информационных стендов или плакатов в пунктах выдачи полисов		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования

			территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.	Непредставление (несвоевременное представление) территориальному фонду, в том числе		
6.1.	ежемесячного отчета об использовании средств обязательного медицинского страхования		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.2.	о деятельности по защите прав застрахованных лиц		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.3.	отчетности, определенной Федеральным фондом в соответствии с пунктом 5 части 8 статьи 33 Федерального закона		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
7.	Представление территориальному фонду недостовой отчетности		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай

			нарушения
8.	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)		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
9.	Неуведомление застрахованных лиц, медицинских организаций и территориального фонда о расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения, уведомление с нарушением установленного 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
10.	Непредъявление исков по возмещению 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 информации у страховой медицинской организации	100% размера регрессного иска	
11.	Нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе		
11.1.	невиявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля	100% необоснованно оплаченной суммы	штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы

11.2.	нарушение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных в соответствии с порядком организации контроля, невыполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
(в ред. Приказа Минздрава России от 16.02.2017 N 62н)			
11.3.	утратил силу. - Приказ Минздрава России от 16.02.2017 N 62н		
11.4.	проведение экспертизы качества медицинской помощи с нарушением требований к специалистам, ее осуществляющим, проведение экспертизы качества специалистом-экспертом, экспертом качества, не включенным в Реестр экспертов		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.5.	необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств 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 штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи
(в ред. Приказа Минздрава России от 16.02.2017 N 62н)			
11.6.	неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при		штраф в размере 100% от суммы средств санкций, которые должны были быть применены к медицинским организациям по

	наличии оснований их применения		результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, но не были применены
(в ред. Приказа Минздрава России от 16.02.2017 N 62н)			
12.	Оплата медицинской помощи, оказанной незастрахованному лицу	100% оплаченной стоимости медицинской помощи	штраф в размере 10% от необоснованно полученной суммы
13.	Завышение суммы средств в заявке на получение средств от территориального фонда вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией	100% необоснованно полученной суммы	штраф в размере 10% от необоснованно полученной суммы
14.	Несвоевременное представление в территориальный фонд Заявки на авансирование и/или Заявки на получение целевых средств		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за месяц, предшествующий месяцу, в котором она должна была направить Заявку
15.	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		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования 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

16.	Нецелевое расходование страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования	100% суммы нецелевого использования средств	штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств
17.	Несвоевременное возмещение страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования 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
18.	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		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения, за каждый день сверх установленного срока
19	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 за период, в котором допущены нарушения
(п. 19 введен Приказом Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)			
20.	Нарушение порядка информационного сопровождения застрахованных лиц на любом		Штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения

	этапе оказаний им медицинской помощи		
(п. 20 введен Приказом Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)			
