СОГЛАШЕНИЕ

территориального фонда обязательного медицинского страхования

с медицинской организацией о финансовом обеспечении мероприятий

по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области**, именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании положения о Фонде, утвержденного постановлением Правительства Мурманской области от 06.10.2011г. № 510-ПП, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами)

именуемая в дальнейшем «Медицинская организация», в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, должность уполномоченного лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ(ы), подтверждающий(е) права лица заключать настоящее Соглашение)

с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», в соответствии с [пунктом 3](consultantplus://offline/ref=43266350B3B5B66610C88C225B686997285AD84970C2F508A04A8FA50EFA0674BE8E99B5D8D59282A1lDK) Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса федерального фонда обязательного медицинского страхования, 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, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 26 февраля 2021 г. № 273 (далее - Правила), заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

**I. Предмет Соглашения**

1. Предметом настоящего Соглашения являются реализация и финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации.

**II. Финансовое обеспечение мероприятий**

2. Средства для финансового обеспечения мероприятий предоставляются Фондом Медицинской организации в пределах средств нормированного страхового запаса, предусмотренных на данные цели законом о бюджете Фонда на текущий финансовый год.

3. Размер средств, предоставляемых из бюджета Фонда Медицинской организации, на обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(размер денежных средств, указанный в рублях и копейках цифрами и прописью)

**III. Порядок, условия и сроки предоставления**

**Фондом Медицинской организации средств для финансового**

**обеспечения мероприятий**

4. Средства для финансового обеспечения мероприятий предоставляются Фондом при соблюдении Медицинской организацией следующих условий:

а) наличие у Медицинской организации заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на текущий финансовый год (в соответствии со ст. 39 ФЗ от 29.11.2011г. № 326-ФЗ);

б) включение Медицинской организации в план мероприятий, утвержденный Министерством здравоохранения Мурманской области \_\_\_\_\_\_\_\_;

в) наличие заявления медицинского работника руководителю Медицинской организации о направлении на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, по выбору медицинского работника, который осуществляется в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации;

г) наличие у Медицинской организации заключенного в соответствии со [статьей 54](consultantplus://offline/ref=738C4A4BB6E862140BFE9DFFD31CC58EAE305EFCA77CC6EEEB61D64A753D0CA24F1D93ED2F8AE1A5j7r9L) Федерального закона от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» договора (контракта) об образовании на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе;

5. Медицинская организация представляет в Фонд документы, подтверждающие выполнение условий, предусмотренных [подпунктами «а](#P80)» - [«г» пункта 4](#P113) настоящего Соглашения, одновременно с проектом Соглашения, представленным в Фонд в порядке, установленном [приложением № 2](consultantplus://offline/ref=738C4A4BB6E862140BFE9DFFD31CC58EAE305FF8A57CC6EEEB61D64A753D0CA24F1D93ED2F8AE6A8j7r1L) к приказу Минздрава России от 06.06.2016г. № 354н.

6. Фонд перечисляет Медицинской организации средства для финансового

обеспечения мероприятий, указанных в [пункте 1](#P48) настоящего Соглашения (далее

- мероприятия), на счета, на которых в соответствии с законодательством Российской Федерации учитываются операции со средствами обязательного

медицинского страхования, поступающими медицинским организациям, в сроки и в размере, определенные графиком перечисления средств (приложение к

настоящему Соглашению) по каждому мероприятию в соответствии с порядком расчетов, установленным представленным договором (контрактом):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименования сторон, заключивших договор, предусмотренный подпунктом «г» пункта 4 настоящего порядка, дата и номер заключенного договора)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(размер денежных средств, указанный в рублях и копейках цифрами и прописью)

**IV. Взаимодействие Сторон**

7. Фонд обязуется:

а) осуществить перечисление Медицинской организации средств на оплату заключенного договора (контракта), предусмотренных [пунктом 6](#P226) настоящего Соглашения, после предоставления в Фонд копий документов, подтверждающих успешное прохождение медицинского работника дополнительного профессионального образования по программам повышения квалификации;

б) осуществлять контроль за реализацией Медицинской организацией мероприятий и использованием средств, полученных в соответствии с настоящим Соглашением.

8. Фонд вправе направить требование о возврате Медицинской организацией средств, полученных в соответствии с настоящим Соглашением, в случае несоблюдения Медицинской организацией условий, предусмотренных настоящим Соглашением.

9. Медицинская организация обязуется:

а) представить в Фонд документы, подтверждающие выполнение условий, предусмотренных [подпунктами «а](#P80)» - [«г» пункта 4](#P113) настоящего Соглашения, одновременно с проектом Соглашения, представленным в Фонд в порядке, установленном [приложением № 2](consultantplus://offline/ref=738C4A4BB6E862140BFE9DFFD31CC58EAE305FF8A57CC6EEEB61D64A753D0CA24F1D93ED2F8AE6A8j7r1L) к приказу Минздрава России от 06.06.2016г. № 354н;

б) реализовать мероприятия в полном объеме в сроки, установленные заключенным договором (контрактом), указанным в [пункте 6](#P226) настоящего Соглашения в целях бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

в) в течение 2-х рабочих дней с момента подписания документов, подтверждающих оказание образовательных услуг, представить в Фонд заверенные должностным лицом Медицинской организации копии таких документов;

г) использовать средства, полученные в соответствии с настоящим Соглашением, для финансового обеспечения мероприятий с соблюдением условий, установленных настоящим Соглашением;

д) представить в Фонд в течение 3-х рабочих дней с момента перечисления средств за оказанные услуги, заверенные должностным лицом Медицинской организации копии платежных поручений;

е) вести раздельный аналитический учет средств для финансового обеспечения мероприятий;

ж) представлять в Фонд отчетность о реализации мероприятий и использовании средств для финансового обеспечения мероприятий;

з) создавать условия для осуществления Фондом контроля, предусмотренного [подпунктом «б» пункта 7](#P149) настоящего Соглашения;

и) вернуть в бюджет Фонда средства, полученные в соответствии с настоящим Соглашением, использованные не по целевому назначению.

**V. Ответственность Сторон**

10. В случае невыполнения или ненадлежащего выполнения своих обязательств по настоящему Соглашению Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**VI. Срок действия Соглашения**

11. Настоящее Соглашение действует с момента заключения до «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**VII. Порядок внесения изменений в Соглашение**

12. Стороны имеют право вносить изменения в настоящее Соглашение или прекращать его действие в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

**VIII. Заключительные положения**

13. Споры, возникающие между Сторонами, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

14. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Соглашения находится у Фонда, другой - у Медицинской организации.

**IX. Местонахождение и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| ФОНД:  **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области**  Почтовый адрес: 183038 г.Мурманск, пр. Ленина, д.89  ИНН/КПП: 5192160029/519001001  УФК по Мурманской области  (ТФОМС Мурманской области, л/счет  № 03495000010)  ЕКС № 4010 2810 7453 7000 0041  КС № 0327 1643 4700 0009 4900  Отделение Мурманск Банка России/ УФК по Мурманской области г. Мурманск  БИК 014705901  тел/факс: (8152) 420-017 - приемная | Медицинская организация:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банковские реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**X. Подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| ФОНД:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  М.П. | МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  М.П. |

Приложение

к Соглашению территориального фонда

обязательного медицинского страхования с

медицинской организацией о финансовом

обеспечении мероприятий

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

**График**

**перечисления денежных средств**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Дата** | **Сумма** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Итого |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ФОНД:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/    «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. | МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. |