

Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными статьями 38 и 39 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Согласно **статье 38** Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

- 1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе по запросу застрахованного лица или его представителя;
- 2) ведение учета застрахованных лиц, осуществивших выбор страховой медицинской организации, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета;
- 3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;
- 5) возвращение остатка 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 обязательного медицинского страхования;
- 6) оплата медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;
- 7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 8) информирование застрахованных лиц 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 настоящим Федеральным законом;
- 9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;
- 11) раскрытие информации о своей деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее исполнение предусмотренных настоящим Федеральным законом условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

15) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования обязанностей.

В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования наряду с указанными в части 2 настоящей статьи положениями должны содержаться положения, предусматривающие следующие права страховой медицинской организации:

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии со статьей 36 настоящего Федерального закона;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены настоящим Федеральным законом;

6) осуществление иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования прав.

Согласно **статье 39** Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.