

Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ
(ред. от 11.02.2013)
"Об обязательном медицинском страховании в
Российской Федерации"

Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) застрахованные лица;
 - 2) страхователи;
 - 3) Федеральный фонд.
2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) территориальные фонды;
 - 2) страховые медицинские организации;
 - 3) медицинские организации.

Статья 10. Застрахованные лица

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

- 1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;
(в ред. Федерального закона от 03.12.2011 N 379-ФЗ)
- 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);
(в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)
- 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
- 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
- 5) неработающие граждане:
 - а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
 - б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
 - в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
 - г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
 - д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
 - е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах "а" - "е" настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

**Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ,
СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до

достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно публиковываться иными способами.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

7. Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

КонсультантПлюс: примечание.

Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до 1 января 2011 года являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с настоящим Федеральным законом. С 1 мая 2011 года изготовление полисов обязательного медицинского страхования для застрахованных лиц, не получающих универсальной электронной карты, организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. До 1 мая 2011 года выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществлялась в соответствии с нормативными правовыми актами, регулировавшими выдачу полисов обязательного медицинского страхования и действовавшими до дня вступления в силу настоящего Федерального закона (пункт 2 статьи 51 данного документа).

1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

2. В день подачи заявления о выборе страховой медицинской организации застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)