

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 в сфере охраны здоровья;
(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)
- 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)
- 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 персонализированного 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 опубликовываться 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 17. Права и обязанности страхователей

1. Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

2. Страхователь обязан:

- 1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;
- 2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

3. Страхователи, указанные в части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона, обязаны представлять в территориальные фонды расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном частью 11 статьи 24 настоящего Федерального закона.

4. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей, указанных в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации. Контроль за регистрацией и снятием с регистрационного учета указанных страхователей осуществляют территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, которые представляют соответствующие данные в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.

5. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей, указанных в части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона, осуществляются территориальными фондами в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, при этом:

1) регистрация в качестве страхователя осуществляется на основании заявления о регистрации, подаваемого не позднее 30 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о наделении полномочиями страхователя (далее — наделение полномочиями);

2) снятие страхователя с регистрационного учета осуществляется на основании заявления о снятии с регистрационного учета в качестве страхователя, подаваемого в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о прекращении полномочий страхователя (далее — прекращение полномочий).

6. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей осуществляются на основании документов, представленных ими на бумажном или электронном носителе.

7. Особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 18. Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан

1. Нарушение страхователями, указанными в части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона, срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в территориальные фонды влечет за собой наложение штрафа в размере пяти тысяч рублей.

2. Отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в территориальные фонды документов или копий документов, предусмотренных настоящим Федеральным законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с настоящим Федеральным законом, влечет за собой наложение штрафа в размере 50 рублей за каждый непредставленный документ.

3. В случае выявления нарушений, указанных в частях 1 и (или) 2 настоящей статьи, должностные лица Федерального фонда или территориальных фондов составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании по форме, утвержденной Федеральным фондом.

4. Рассмотрение дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложение штрафов в части регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан осуществляются должностными лицами Федерального фонда или территориальных фондов в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Перечень должностных лиц Федерального фонда и территориальных фондов, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы в соответствии с частями 3 и 4 настоящей статьи, утверждается Федеральным фондом.

6. Штрафы, начисленные в соответствии с настоящей статьей, зачисляются в бюджет Федерального фонда.

Статья 19. Права и обязанности страховых медицинских организаций

Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными статьями 38 и 39 настоящего Федерального закона.

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

1. Медицинские организации имеют право:

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также — тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

2. Медицинские организации обязаны:

1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персоналифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную

- медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- 6) размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
 - 7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования; (в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)
 - 8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.