

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 программ обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, в том числе медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, оказывающей медицинскую помощь в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона. Порядок направления застрахованных лиц в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

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

6) получение от Федерального фонда, 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.

1.1. Застрахованные лица, указанные в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона, приобретают права, установленные частью 1 настоящей статьи, при уплате за них страхователями, указанными в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, страховых взносов на обязательное медицинское страхование в течение не менее трех лет.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе (за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона) или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - свидетельство о рождении);

2) 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;

3) 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 и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме 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 (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме - 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.

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. В случае подачи в соответствии с частью 1 статьи 46 настоящего Федерального закона застрахованным лицом заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц заявление о выборе страховой медицинской организации подается им одновременно с заявлением о включении в единый регистр застрахованных лиц. Порядок подачи и формы заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

5.1. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи. Если застрахованным лицом не было подано заявление о замене страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой оно было застраховано ранее. В случае изменения места жительства застрахованного лица и отсутствия по новому месту жительства застрахованного лица страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией лицо, не подавшее заявление о замене страховой медицинской организации, считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи.

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе страховой медицинской организации, а также не осуществивших замену 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, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

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

1) информируют застрахованное лицо в порядке и сроки, которые установлены правилами обязательного медицинского страхования, о факте страхования и возможности получения полиса

обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесения изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе (за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона);

2) по запросу застрахованного лица или его представителя (за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона) обеспечивают выдачу полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесение изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

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

Статья 17. Права и обязанности страхователей

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

2. Страхователь обязан:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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. Лица, указанные в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, признаются страхователями с момента их постановки на учет в налоговых органах в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах. Информация о постановке таких лиц на учет в налоговых органах передается в Федеральный фонд в порядке, установленном соглашением об информационном обмене между федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, 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 для неработающих граждан осуществляются на основании документов, представленных ими на бумажном или электронном носителе.

7. Особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей для неработающих граждан 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 и договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации, Федерального фонда 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, Федеральному фонду 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, Федеральному фонду 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;

7.1) использовать средства нормированного страхового запаса Федерального фонда, нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

7.2) использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в порядке, предусмотренном частью 6.6 статьи 26 настоящего Федерального закона;

8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.