

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 25.12.2023)  
«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ» (выдержка)**

**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);

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 реестр застрахованных лиц заявление о выборе страховой медицинской организации подается им одновременно с заявлением о включении в единый реестр 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. В случаях нарушения прав при предоставлении медицинской помощи по программе ОМС** застрахованные лица могут обратиться в выбранную ими страховую медицинскую организацию. В соответствии с действующим законодательством РФ в сфере обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязана осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В страховую медицинскую организацию застрахованные лица обращаются письменно или устно. Письменное обращение направляется по почте, электронной почте или размещается на сайте страховой медицинской организации в сети «Интернет».

Адреса сайтов СМО в сети «Интернет»

<http://www.maksm.ru> - Филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире

<http://www.kms-oms.ru> – АСП ООО «Капитал МС-Филиал во Владимирской области

<http://www.ingos-m.ru> - Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Владимире

С устным обращением застрахованные лица могут обратиться непосредственно в офис выбранной ими страховой медицинской организации или её представительства, а также по телефону.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2019 № 108н (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.05.2019 №54643), на оборотной стороне полиса ОМС единого образца содержатся сведения о наименовании, адресе (фактическом) и телефоне страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом.

Граждане могут обратиться в ТФОМС Владимирской области по вопросам, относящимся к сфере обязательного медицинского страхования в письменном виде или на личном приёме.

Письменные обращения можно направить почтой, электронной почтой или с помощью раздела "КОНТАКТЫ" настоящего сайта.

Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, либо фамилию,

имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

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 внесении 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.