**Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ
"Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"**

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

См. [комментарии](http://internet.garant.ru/#/multilink/12180688/paragraph/1073743989/number/0) к статье 16 настоящего Федерального закона

1. Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении [страхового случая](http://internet.garant.ru/#/document/12180688/entry/304):

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](http://internet.garant.ru/#/document/70134006/entry/11000) в [порядке](http://internet.garant.ru/#/document/12183423/entry/1200), 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](http://internet.garant.ru/#/document/12183423/entry/1200), установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/70514766/entry/5504) от 25 ноября 2013 г. N 317-ФЗ в пункт 4 части 1 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/57742540/entry/1614)

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с [законодательством](http://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/21) в сфере охраны здоровья;

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/70514766/entry/55042) от 25 ноября 2013 г. N 317-ФЗ в пункт 5 части 1 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/57742540/entry/1615)

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с [законодательством](http://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/21) в сфере охраны здоровья;

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

См. [Методические указания](http://internet.garant.ru/#/document/70134006/entry/1000) по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденные ФФОМС 30 декабря 2011 г.

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;

См. [Методические рекомендации](http://internet.garant.ru/#/document/70170358/entry/1000) о возмещении страховой медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, направленные [письмом](http://internet.garant.ru/#/document/70170358/entry/0) ФФОМС от 12 апреля 2012 г. N 2490/30-3/и

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](http://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/98) 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](http://internet.garant.ru/#/document/70134006/entry/11000) о выборе страховой медицинской организации в соответствии с [правилами](http://internet.garant.ru/#/document/12183423/entry/1200) обязательного медицинского страхования;

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/70270438/entry/151) от 1 декабря 2012 г. N 213-ФЗ в пункт 3 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/58044277/entry/1623)

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;

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.

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/71434954/entry/121) от 3 июля 2016 г. N 286-ФЗ часть 3 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст части в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/57410769/entry/163)

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.

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/71434954/entry/122) от 3 июля 2016 г. N 286-ФЗ часть 4 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст части в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/57410769/entry/163)

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.

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/70270438/entry/153) от 1 декабря 2012 г. N 213-ФЗ в часть 5 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст части в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/58044277/entry/165)

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с [заявлением](http://internet.garant.ru/#/document/70134006/entry/11000) 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](http://internet.garant.ru/#/document/12183423/entry/1400), 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](http://internet.garant.ru/#/document/12180688/entry/1624) настоящей статьи.

[Федеральным законом](http://internet.garant.ru/#/document/70270438/entry/154) от 1 декабря 2012 г. N 213-ФЗ в часть 6 статьи 16 настоящего Федерального закона внесены изменения

[См. текст части в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/#/document/58044277/entry/166)

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.

7. Страховые медицинские организации, указанные в [части 6](http://internet.garant.ru/#/document/12180688/entry/166) 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](http://internet.garant.ru/#/document/12180688/entry/46) настоящего Федерального закона;

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