Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом

Приложение к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития РФ
от «28» декабря 2010 г № 1219н

**Правила обязательного медицинского страхования**

**I. Общие положения**

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон), устанавливают единые требования к полису обязательного медицинского страхования и к размещению страховыми медицинскими организациями информации, включают следующие разделы:

I. Общие положения;

II. Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом;

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования;

IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу;

V. Порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

VI. Порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

VII. Порядок направления территориальным фондом сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;

VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

IX. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис медицинского страхования;

X. Порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования;

XI. Методику формирования тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

XII. Положение о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации;

XIII. Порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации;

XIV. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации в информационно - коммуникационной сети «Интернет» и опубликованию в средствах массовой информации;

XV. Особенности предоставления средств территориальным фондом страховой медицинской организации в 2011 году.

**II. Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом**

1. Застрахованное лицо имеет право на выбор или замену страховой медицинской организации из числа страховых медицинских организаций, перечень которых размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) на его официальном сайте в информационно - коммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть Интернет) и дополнительно может опубликовываться иными способами.
2. 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 (далее – законные представители), путем обращения в страховую медицинскую организацию.
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.
4. 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 законным представителем.
5. Для выбора или замены страховой медицинской организации законный представитель, застрахованное лицо лично или через своего представителя (далее – застрахованное лицо) обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации по образцу согласно приложению № 1 к настоящим Правилам.
6. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:
	1. для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
		* свидетельство о рождении;
		* документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
		* страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
	2. для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
		* документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);
		* страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
	3. для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 12, ст. 425) (далее - Закон «О беженцах»), - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или справка из Федеральной миграционной службы о принятии жалобы на решение о лишении статуса беженца;
	4. для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:
		* паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
		* вид на жительство с отметкой о регистрации по месту жительства;
		* страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
	5. для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:
		* документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
		* вид на жительство;
		* страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
	6. для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:
		* паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации и отметкой о регистрации по месту жительства;
		* страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
	7. для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:
		* документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации и отметкой о регистрации по месту жительства;
		* страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
	8. для представителя застрахованного лица:
		* документ, удостоверяющий личность;
		* доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, составленная в письменной форме, не требующей нотариального удостоверения, и заверенная уполномоченными работниками территориального фонда по месту страхования или уполномоченными работниками организации, в которой доверитель работает или учится, жилищно-эксплуатационной организации по месту жительства застрахованного лица и администрации стационарного лечебного учреждения, в котором застрахованное лицо находится на лечении;
	9. для лиц без определенного места жительства (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, органами внутренних дел Российской Федерации или органами социальной защиты населения представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица по образцу согласно приложению № 2 к настоящим Правилам;
	10. для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица по образцу согласно приложению № 2 к настоящим Правилам.
	11. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация регистрирует застрахованное лицо по обязательному медицинскому страхованию в выбранной страховой медицинской организации.
7. С 1 мая 2011 года сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за полисом обязательного медицинского страхования единого образца (далее – полис) и не имеющих полис обязательного медицинского страхования, полученный до 1 мая 2011 года, ежемесячно до десятого числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них. Соотношение работающих и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, в сведениях, направляемых территориальным фондом в страховые медицинские организации, должно быть равным.
8. Страховые медицинские организации:
	1. в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованных лиц в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;
	2. в день обращения застрахованного лица обеспечивают выдачу полиса в соответствии с порядком, изложенном в разделе IV настоящих Правилах;
	3. предоставляют застрахованным лицам информацию об их правах и обязанностях.
9. Замену страховой медицинской организации застрахованное лицо осуществляет начиная с календарного года, следующего за годом, в котором реализовано право выбора страховой медицинской организации, за исключением случаев смены места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - договор о финансовом обеспечении).
10. Замену страховой медицинской организации застрахованное лицо имеет право осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении путем подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в выбранную страховую медицинскую организацию.
11. При подаче застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до 1 ноября текущего года включительно выбранная им страховая медицинская организация осуществляет обязательства в отношении застрахованного лица с даты подачи заявления.
12. При подаче застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации после 1 ноября текущего года выбранная им страховая медицинская организация осуществляет обязательства в отношении застрахованного лица с 1 января года, следующего за текущим, за исключением случаев, когда замена произошла вследствие смены места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении.
13. В случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.
14. При расторжении договора о финансовом обеспечении застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации в течение двух месяцев от даты расторжения данного договора.
15. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по инициативе страховой медицинской организации страховая медицинская организация за три месяца до даты его расторжения обязана уведомить застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор и о необходимости выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации.
16. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по причине приостановления или прекращения действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации территориальный фонд уведомляет застрахованных лиц о расторжении договора о финансовом обеспечении и о необходимости выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней с даты его расторжения через свой официальный сайт в сети Интернет, средства массовой информации или доводит до сведения застрахованных лиц иными способами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.
17. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, вносит в полис сведения о страховой медицинской организации в день подачи застрахованным лицом заявления и в течение трех рабочих дней уведомляет страховую медицинскую организацию, в которой застрахованное лицо ранее было застраховано, о факте страхования.
18. Если застрахованным лицом не представлено заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, то такое лицо считается застрахованным страховой медицинской организацией, в которой он был застрахован ранее.
19. Положения настоящего раздела Правил, касающиеся деятельности страховой медицинской организации, при ее отсутствии распространяются на территориальный фонд.