



**Кафедра Общественного здоровья и
здравоохранения
имени Ю.П. Лисицына**

**Весенний семестр
2022/2023 учебный год**

Система медицинского страхования в Российской Федерации

**Оприщенко Сергей Анатольевич
д.м.н., профессор**

Первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии в годы правления канцлера Отто Бисмарка (1883-1889 гг.). (получила название **бисмарковской**). Она представляла собой серию специальных законов о страховании рабочих по случаю болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости. В основу указанных законодательных актов был положен следующий принцип: здоровье - капитал, увеличивающий эффективность общественного труда.



Первые больничные кассы были созданы в 1883 г., сразу после принятия *das Krankenversicherungsgesetz* («Закон о страховании рабочих по случаю болезни»). Согласно этому закону каждый работник определенных отраслей хозяйства, зарабатывающий меньше установленного лимита, должен был в обязательном порядке страховаться. Страховые фонды должны были финансироваться за счет обязательных страховых платежей работников и работодателей



Первое страховое товарищество в России было открыто в Санкт-Петербурге в 1827 году. С 1929 по 1991 год необходимость в медицинском страховании отсутствовала, т.к. было всеобщее бесплатное медицинское обслуживание.



Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в **1903 г. Закон** «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». По данному Закону **работодатель нес ответственность** за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждение потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

В **1912 г.** Государственной Думой Российской Империи приняты сразу **четыре закона**, посвященных вопросам медицинского страхования:

1. «О страховании рабочих от несчастных случаев»;
2. «О страховании рабочих на случай болезни»;
3. «Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих»;
4. «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих».

Организационную основу страховой медицины продолжали составлять больничные кассы, которых планировалось создать в стране около 4 тыс.

Переход к страховой медицине был необходим в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг. В первую очередь это является гарантом и доступностью высококачественных медицинских услуг для всех слоёв населения. Во-вторых, страховая медицина помогает решению проблем привлечения дополнительных финансовых ресурсов в область здравоохранения.

Очередной вехой в страховой системе РФ нужно считать 28 июня 1991 года - был принят Закон №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»



1 января 2011 г. Закон **№ 1499-1** «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» утратил силу.

На смену ему пришел Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. **№ 326-ФЗ** «Об обязательном медицинском страховании в РФ»



Виды систем здравоохранения в мире

Экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (S. Nakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) предложена классификация, по которой различается **три** первичных типа систем здравоохранения:

- 1 – государственная (система Бевериджа);
- 2 – система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка);
- 3 – негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

Виды систем здравоохранения в мире

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям.

Выделяют: **платная медицина**, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования, **государственная медицина** с бюджетной системой финансирования и **система здравоохранения**, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Виды систем здравоохранения в мире

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно **на платной основе**, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является **рынок медицинских услуг**. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко она представлена здравоохранением **США**

Виды систем здравоохранения в мире

Вторая модель характеризуется **значительной ролью государства**. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из **госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения**. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Эта модель с 1948 г. существует в **Великобритании**. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной

Виды систем здравоохранения в мире

Третью модель определяют как **социально-страховую** или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы **смешанной экономики**, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения.

Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением **ФРГ**, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

Цель медицинского страхования

Гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.



Система медицинского страхования предусматривает

- Медицинское страхование граждан РФ
- Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом
- Медицинское страхование иностранных граждан, временно или постоянно проживающих на территории РФ.



Нормативно-правовые документы в сфере Обязательного медицинского страхования (ОМС)

1. Конституция РФ;
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»;
4. Федеральный закон от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ»;
5. Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»;
6. Федеральный закон от 01.12.2012 № 213 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ»;
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил ОМС» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 № 897н, от 09.09.2011 № 1036н, Приказов Минздрава России от 22.03.2013 № 160н, от 21.06.2013 № 396н, от 20.11.2013 № 859ан, от 06.08.2015 № 536н);
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении ОМС»;
9. Приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС»;
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС»

1. Основные понятия в медицинском страховании

- **Объект медицинского страхования** – страховой риск, связанный с денежными затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая
- **Страховой риск** – вероятность наступления страхового случая (заболеть, получить травму и т. д.)
- **Страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение на оказание медицинской помощи

2. Основные понятия в медицинском страховании

- **Страховые взносы на ОМС** – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями
- **Страхователь** – юридическое или физическое лицо, приобретающее за плату гарантии полного или частичного возмещения ущерба, полученного в результате наступления страхового случая
- **Страховщик** – юридическое лицо, принимающее на себя по договору страхования обязательство возместить страхователю убытки, возникшие в результате наступления страховых случаев

3. Основные понятия в медицинском страховании

- **Застрахованные в рамках ОМС граждане** – это физические лица, работающие или не работающие, которые вправе при наступлении страхового случая по ОМС требовать предоставления им медицинской помощи за счет средств, накопленных в фондах ОМС. Право на него имеют не только все граждане РФ, но и иностранцы, и лица без гражданства, если в их пользу заключен договор страхования

К категории граждан России, **не имеющих права на ОМС**, относятся лица, чьи работодатели не являются плательщиками социальных выплат – это военнослужащие (Минобороны, МВД, ФСБ), сотрудники МЧС, налоговых и таможенных служб. Они обеспечены медицинской помощью в медицинских организациях своих ведомств, но в экстренных ситуациях им обязаны оказывать медицинскую помощь все медицинские организации, в т. ч., работающие в рамках ОМС.

- **Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ)** – документ, устанавливающий перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно на территории субъекта РФ

Виды медицинского страхования в РФ



- **Обязательное медицинское страхование (ОМС)** – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и при наступлении страхового случая организационных мер, которые направлены на обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных указанным Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС (ст. 3 Федерального закона № 326-ФЗ).
- **Добровольное медицинское страхование (ДМС)** – вид медицинского страхования, который обеспечивает получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных ПГГ. Может быть коллективным и индивидуальным. Осуществляется на основе специально разработанных страховыми медицинскими организациями программ ДМС.*

* ДМС осуществляется в соответствии с требованиями Закона РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ» и предусматривает заключение договора между страхователем и страховой медицинской организацией. Взаимные обязательства сторон регулируются договором и действующим законодательством

Основные принципы Обязательного медицинского страхования (ОМС)

1. **обеспечение** за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ ОМС;
2. **устойчивость** финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС;
3. **обязательность** уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
4. **государственная гарантия** соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
5. **создание условий** для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.



Базовая программа ОМС определяет

- **виды медицинской помощи** (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения),
- **перечень страховых случаев**,
- **структуру тарифа** на оплату медицинской помощи,
- **способы оплаты** медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС,
- **критерии** доступности и качества медицинской помощи.



В базовой программе ОМС устанавливается

- **требования** к условиям оказания медицинской помощи,
- **нормативы** в расчете на одно застрахованное лицо:
 - объемов предоставления медицинской помощи,
 - финансового обеспечения базовой программы ОМС
- **нормативы** финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи,
- **расчет** коэффициента удорожания базовой программы ОМС.



Субъекты и участники ОМС

Субъектами ОМС являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд ОМС (ФФОМС).

Участниками ОМС являются:

- 1) Территориальные фонды ОМС (ТФОМС);
- 2) страховые медицинские организации (СМО);
- 3) медицинские организации (МО).



Застрахованное лицо

обязательному медицинскому страхованию **подлежат:**

- 1) **граждане РФ**, за исключением военнослужащих и лиц, приравненных к ним в части организации оказания медицинской помощи;
- 2) **иностранцы граждане**, постоянно и временно проживающие в РФ, за исключением высококвалифицированных специалистов, и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ»;
- 3) **лица без гражданства**, постоянно и временно проживающие в РФ, за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ;
- 4) **лица**, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах».

Страхователями являются

Для работающих граждан

- лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам: а) организации; б) индивидуальные предприниматели; в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями; 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой: нотариусы, адвокаты и т. д.

Для неработающих граждан

- органы исполнительной власти субъектов РФ



Фонды ОМС

- **Федеральный фонд ОМС (ФФОМС)** – некоммерческая организация, созданная РФ в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере ОМС. Является страховщиком по ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС
- **Территориальные фонды ОМС (ТФОМС)** – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на их территории



Страховая медицинская организация

- **Страховая медицинская организация**, осуществляющая деятельность в сфере ОМС (СМО) – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством РФ порядке, осуществляющая отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между ТФОМС и СМО



Медицинская организация

К ним относятся **имеющие право** на осуществление медицинской деятельности и **включенные в реестр** медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС :

- 1) организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, которые занимаются частной медицинской практикой



Медицинская организация обязана

- 1) бесплатно **оказывать** застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- 2) **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;
- 3) **использовать** средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- 4) **размещать** на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи

Финансирование ОМС складывается из:

- доходов от уплаты:
страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- недоимок по взносам, налоговым платежам;
начисленных пеней и штрафов;
- средств федерального бюджета;
- средств бюджетов субъектов РФ;
- доходов от размещения временно свободных средств;
- иных источников, предусмотренных законодательством РФ.

Финансирование ОМС

Осуществляется из фондов социального страхования. Основными источниками поступлений средств в фонд служат страховые взносы.

Страховые взносы – обязательные периодические платежи, производимые законодательно установленными группами населения, хозяйствующими субъектами и при необходимости государством, которые аккумулируются в страховых фондах на цели социальной защиты.

Тарифы страховых взносов*

- на обязательное пенсионное страхование – 22%;
- на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством - 2,9%;
- на обязательное медицинское страхование 5,1%



* «Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 05.08.2000 N 117-ФЗ (ред. от 29.11.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2022)

1. Основными задачами Фонда социального страхования являются:

- **обеспечение** гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам,
- **обеспечение** гарантированных государством пособий при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, а также социального пособия на погребение, санаторно-курортное обслуживание работников и их детей;
- **участие** в разработке и реализации государственных программ охраны здоровья работников, мер по совершенствованию социального страхования;
- **осуществление** мер, обеспечивающих финансовую устойчивость Фонда;

2. Основными задачами Фонда социального страхования являются:

- **разработка** предложений о размерах тарифа страховых взносов на государственное социальное страхование;
- **организация** работы по подготовке и повышению квалификации специалистов для системы государственного социального страхования, разъяснительной работы среди страхователей и населения по вопросам социального страхования;
- **сотрудничество** с аналогичными фондами (службами) других государств и международными организациями по вопросам социального страхования.

Постановление Правительства РФ от 12.02.1994 № 101 (ред. от 14.07.2021) «О Фонде социального страхования Российской Федерации»

1. Средства Фонда направляются на:

- **выплату** пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, при рождении ребенка, при усыновлении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, а также социального пособия на погребение;
- **оплату** дополнительных выходных дней по уходу за ребенком-инвалидом или инвалидом с детства до достижения им возраста 18 лет;
- **оплату** путевок для работников и их детей в санаторно-курортные учреждения, а также на лечебное (диетическое) питание;
- **частичное содержание** находящихся на балансе страхователей санаториев-профилакториев (оплата расходов на питание, лечение и медикаменты, заработную плату работников, культурно-массовое обслуживание);



2. Средства Фонда направляются на:

- **частичную оплату** путевок в детские загородные оздоровительные лагеря, находящиеся на территории Российской Федерации, для детей работающих граждан;
- **частичное содержание** детско-юношеских спортивных школ (оплата расходов на оплату труда тренерско-преподавательского состава и аренду помещений, необходимых для учебно-тренировочного процесса);
- **оплату проезда** к месту лечения и обратно;
- **создание** резерва для обеспечения финансовой устойчивости Фонда на всех уровнях;
- **проведение** научно-исследовательской работы по вопросам социального страхования и охраны труда.

1. Застрахованные лица в РФ имеют право на

1. **Бесплатное оказание** им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая: а) на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС; б) на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС.
2. **Выбор СМО** путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.
3. **Замену СМО**, 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 ОМС.
4. **Выбор медицинской организации** из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с законодательством РФ.

2. Застрахованные лица в РФ имеют право на

5. Выбор врача.

6. Получение от ТФОМС, СМО 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 ОМС.

8. Возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ.

9. Защиту прав и законных интересов в сфере ОМС

Базовая программа ОМС

В рамках базовой программы ОМС **оказываются:**

- первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь,
- скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами),
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь

1. По ОМС оказываются следующие виды медицинской помощи:

1. Первичная медико-санитарная помощь, включающая:

- первичную доврачебную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара;
- первичную врачебную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);
- первичную специализированную медицинскую помощь, которая оказывается врачами-специалистами,

2. По ОМС оказываются следующие виды медицинской помощи:

2. Специализированная медицинская помощь, которая оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, в том числе в период беременности, родов и послеродовой период.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь с применением новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники.

3. По ОМС оказываются следующие виды медицинской помощи:

4. Скорая медицинская помощь, которая оказывается государственными и муниципальными медицинскими организациями при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях. При необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

Для избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных пациентов гражданам предоставляется паллиативная медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

1. Вышеуказанные виды медицинской помощи включают бесплатное проведение:

- медицинской реабилитации;
- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- различных видов диализа;
- химиотерапии при злокачественных заболеваниях;
- профилактических мероприятий, включая:
 - профилактические медицинские осмотры,
 - диспансеризацию,
 - диспансерное наблюдение граждан, страдающих социально значимыми и хроническими заболеваниями,

2. Вышеуказанные виды медицинской помощи включают бесплатное проведение:

- пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин;
- неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний у новорожденных детей;
- аудиологического скрининга у новорожденных детей и детей первого года жизни.



Застрахованные лица в РФ обязаны

1. **Предъявить** полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
2. **Подать в СМО** лично или через своего представителя заявление о выборе СМО в соответствии с правилами ОМС.
3. **Уведомить СМО** об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.
4. **Осуществить выбор** СМО по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия СМО, в которой ранее был застрахован гражданин



Полис ОМС

Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования*.



*ч. 1 ст. 45 Закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

Получение полиса ОМС

Полис выдается **без ограничения** срока действия и **действует** на всей территории РФ.

Производится в заявительном порядке при выборе или замене страховой медицинской компании.

Обратиться за получением полиса гражданин может как **лично**, так и через **своего представителя**.

К заявлению о выборе (замене) СМО прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

- **документ**, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта);
- СНИЛС (при наличии).

На время изготовления полиса **выдается временное свидетельство**, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.

Добровольное медицинское страхование

Относится к **коммерческому** страхованию.

Является **дополнением** к обязательному медицинскому страхованию.

Обеспечивает гражданам получение **дополнительных** медицинских услуг сверх установленных программ ОМС.

Договор ДМС заключается только на **добровольной** основе.

Срок страхового периода **зависит** от страховых взносов.

Перечень услуг определяется подписанным **договором** между страхователем и страховщиком.



Спасибо за внимание!

