Департамент образования и науки Тюменской области
Государственное автономное профессиональное образование
учреждение Тюменской области «Тюменский медицинский колледж»

Тема: «Виды медицинского страхования»

Выполнила: студентка 40 группы, 2 бригады
Тюрина В.Ю.

Что собой представляет медицинское страхование?

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет накопленных страховщиком средств.

Понятие и сущность медицинского страхования

Понятие медицинского страхования является совокупностью разнообразных видов страховки, рассчитанных на частичное или полное покрытие расходов застрахованного лица, обращающегося за медицинскими услугами. Его сущность состоит в грамотном распределении финансовых вложений, уплачиваемых застрахованным лицом в пользу страховой компании. Формируемый механизм функционирует благодаря взносам, уплачиваемым гражданином как в обязательном медицинском страховании, так и в добровольном.

Целью медицинского страхования является обеспечение застрахованного лица помощью через реализацию финансовых средств, отчисляемых в лечебное учреждение.

Выполнение цели связано с решением таких задач как:

- Создание системы, отвечающей за формирование подходящих условий и наблюдение за выполнением требований по обеспечению граждан медицинской помощью.
- Децентрализация управления с целью предоставления большей автономии лечебным учреждениям.
- Демонополизация государственной системы, обеспечивающая доступ разным страховым компаниям к работе с гражданами.
- Защита правовых и экономических интересов граждан в области медицинского страхования.

Система целей и задач строится на следующих принципах функционирования:

- Существуют два источника поступления финансов – страховые взносы и средства, выделяемые из федерального бюджета.
- Страховые организации защищают интересы застрахованных лиц, предоставляя помощь в случае отказа лечебного учреждения выполнять обязательства.
- Страховка должна быть у каждого гражданина.

Виды медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование – это гарантия государства по предоставлению бесплатное медицинской помощи каждому гражданину, проживающему на территории РФ.

Добровольное медицинское страхование вид – личного страхования. Оно, в частности, позволяет получать помощь в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), не работающих по программе ОМС.

Лицевая сторона

Оборотная сторона

Полис нового образца

РЕСО
ГАРАНТИЯ
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ (812)
346-84-84
КРУГЛОСУТОЧНАЯ ПОМОЩЬ

ИНГОССТРАХ
Ingosstrakh
ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
По настоящему ПОЛИСУ Застрахованный имеет право получать медицинскую помощь по договору добровольного медицинского страхования граждан на период его действия в соответствии с программами добровольного медицинского страхования.
Директор Департамента медицинского страхования Вылегжанина С. В.
Россия, 117997, Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2
Департамент медицинского страхования
Тел. (495) 729 41 29 (многоканальный)

НОМЕР ПОЛИСА
ЗАСТРАХОВАННЫЙ
ДАТА РОЖДЕНИЯ 27.10.1966
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА 01.01.2012 - 31.12.2012
ПОМОЩЬ НА ДОМУ, АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ, СКОРАЯ ПОМОЩЬ, СТАЦИОНАР ПЛАНОВЫЙ И ЭКСТРЕННЫЙ
Медицинские услуги предоставляются в соответствии с условиями договора страхования. Адреса и телефоны лечебных учреждений прилагаются.
Email: doctor@spb.reso.ru
ТЕЛЕФОН ФИЛИАЛА РЕСО-ГАРАНТИЯ /812/ 346 84 84; /812/ 600 03 23; /812/ 9429658(СМП); 8 800 100-63-65 (Москва)
ОТЗОВИК

СОГАЗ
СТРАХОВАЯ ГРУППА
WWW.SOGAZ.RU
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Каждый вид медицинского страхования является возможностью своевременно получать высококвалифицированную врачебную помощь при обращении в медицинское учреждения. Однако они различаются по объему предоставляемых услуг и характеру оказываемой помощи. Так, обязательное страхование определяется государственной программой, в то время как добровольное имеет более разнообразный перечень услуг. Он зависит от страховой компании и приобретаемой программы: более высокие тарифы открывают доступ к более дорогим услугам в большем объеме.

Источники финансирования программ также отличаются. ОМС финансируется из государственного бюджета, а также пополняется через взносы работодателей. ДМС же оплачивается из личного кармана, если это индивидуальная страховка, или за счет работодателя, если это коллективная страховка.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

ОМС – важная составляющая государственной политики по социальной защите интересов граждан в области охраны здоровья. Такой вид страховки гарантирует одинаковые возможности для всех граждан РФ при получении медицинской помощи, что определяет ее всеобщий характер.

Она строится на следующих принципах:

- Сохранение правил, характерных для государственной системы здравоохранения: доступность и бесплатность для каждого вне зависимости от экономического и социального статуса.
- «Общественная солидарность»: трудящиеся граждане переводят отчисления в фонд через работодателя, а неработающим доступ к медицине оплачивается через средства из бюджета.
- Безвозвратный характер оказания помощи.
- Возможность выбирать врача и лечебное учреждение, что отменяет принцип территориального ограничения на получение медицинских услуг.

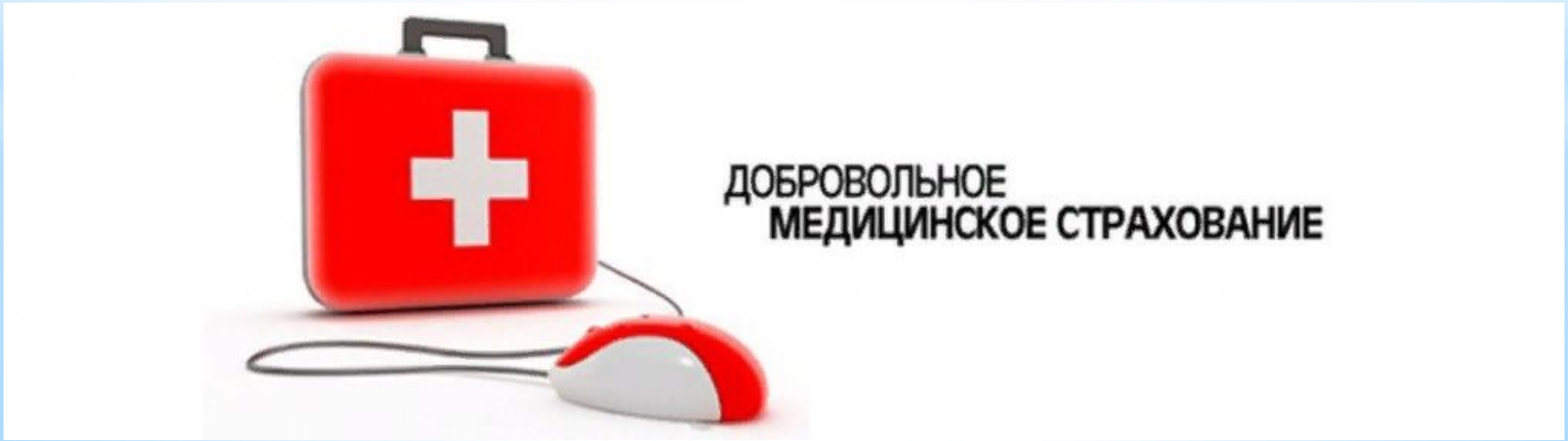
ОМС функционирует на основании базовой и территориальной программы. Первый вид действует на территории всей страны, второй ограничен рамками соответствующего субъекта.

Базовая программа принимается Правительством и утверждается на основании социальных гарантий по обеспечению граждан страховой медициной. Структура территориальной программы несколько отличается и дополняется рядом страховых случаев, которые могут быть не прописаны в стандартных условиях.

Объем услуг, оказываемых в рамках территориальных особенностей системы ОМС, не может быть ниже базового уровня.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это вид страхования, обеспечивающий получение медицинских услуг в рамках выбранной программы страхования, расходы по которым компенсирует страховая компания.

При выборе этого вида страхования нужно учесть, что стоимость страховки оплачивается физическим лицом за счет собственных средств. Плюсом ДМС становится возможность персонально подобрать необходимые услуги, отталкиваясь от своего состояния здоровья. Это можно сделать при выборе страховой организации и тарифа обслуживания. Недостатком же можно назвать высокую стоимость таких услуг.



ДМС разделяется на две разновидности: личное страхование и коллективное.

Индивидуальные полисы рассчитаны на следующие виды страховки:

- Полное страхование – полностью покрывает потребности застрахованного лица и решает проблемы со здоровьем, возникающие как в ходе профессиональной деятельности, так и в личной жизни. Действителен на протяжении срока, прописанного в договоре.
- Частичное страхование – этот вид страховки действует в ограниченный период времени, например, при путешествиях или выполнении особо сложных работ.
- Дополнительное страхование – является разновидностью услуги, которую страхователь может приобрести в дополнение к основному полису.

СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Субъекты

- застрахованные лица
- страхователи
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Участники (система договоров в сфере ОМС)

территориальные фонды обязательного медицинского страхования

Договор о финансовом обеспечении ОМС

страховые медицинские организации

Договор на оказание и оплату медицинской помощи

медицинские организации

Страхователями считаются:

- Предприятия, организации или предприниматели, создающие трудовые места для граждан.
- Министерства финансов, органы государственного управления и администрации.
- Учреждения, представляющие интересы граждан в области социальной защиты.
- Дееспособные граждане.

Страховщиками считаются страховые медицинские организации, действующие на основании государственной лицензии. К таким организациям относятся лечебно-профилактические центры, научные и исследовательские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь.

В стандартный страховой пакет входят такие услуги как:

- оказание скорой медицинской помощи;
- предоставление амбулаторного лечения;
- проведение диагностических консультаций;
- прохождение диспансеризации;
- назначение лечения;
- направление на определенные анализы.

Владельцу полиса ОМС обычно помогают с лечением тех заболеваний, которые угрожают жизни и здоровью.

При необходимости оказания экстренной медицинской помощи человеку должны помочь вне зависимости от наличия у него полиса.

Для владельцев ДМС перечень доступных услуг несколько расширен. Такой полис имеет свои тарифы, предоставляющие возможность получения разных медицинских услуг:

- Базовый. Стандартный выбор, открывающий возможность консультироваться у основных специалистов, вызывать врача на дом, сдавать анализы и получать стоматологическую помощь. Не распространяется на узкопрофильных врачей и дорогостоящую диагностику.
- Расширенный. В этот тариф обычно входят услуги узких специалистов, физиотерапия, массажи, более широкий комплекс анализов и возможность лечения в стационаре.
- Полный. Сюда относится лечение в лучших отечественных или зарубежных клиниках, патронаж при беременности и родах, неограниченное число процедур, консультации психотерапевта и т.д.

Чем больше услуг покрывает полис, тем дороже обойдется его приобретение. При этом оказать помощь по ДМС могут далеко не во всех клиниках. Страховой договор содержит четко оговоренный список лечебных учреждений, куда страхователь может обратиться за медицинской помощью.

Медицинское страхование позволяет застрахованному лицу получить своевременную помощь в определенных учреждениях. Они обязаны урегулировать ситуацию, связанную с обращением пациента, при наступлении страхового случая, параметры которого прописаны в договоре страхования.