**Роль, функции и задачи страховых медицинских организаций.**

**Содержание.**

Введение.

1.Понятие страховых медицинских организаций, их роль в системе социальной защиты населения.

2. Функции и задачи страховых медицинских организаций

3. Проблемы системы медицинского страхования в России.

Заключение.

Список литературы.

**Введение.**

**«**Граждане Российской Федерации имеют право на: обязательное и добровольное медицинское страхование; выбор медицинской страховой организации; выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства; получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса»[[1]](#footnote-1).

Обязательное медицинское страхование представляет собой систему отношений, обеспечивающих защиту материального и социального положения застрахованных лиц и гарантирующих оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая, определенного настоящим Федеральным законом. Обязательное медицинское страхование является видом обязательного социального страхования.

**1.Понятие страховых медицинских организаций, их роль в системе социальной защиты населения.**

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ - по законодательству РФ юридическое лицо, имеющее государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием и осуществлять его в соответствии с законодательством. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ является самостоятельным хозяйствующим субъектом любой формы ответственности и руководствуется в своей деятельности законодательством РФ. Основными задачами СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ является организация и финансирование медицинской помощи застрахованным гражданам, осуществление контроля за объемом, сроками и качеством медицинских и иных услуг, предоставляемых в соответствии с условиями договора медицинского страхования. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИ ЗАЦИЯ заключает договоры медицинского страхования со страхователями и медицинскими учреждениями. При этом застрахованным гражданам гарантируется высококачественная медицинская помощь в объемах и в сроки, определенные договором. Медицинские учреждения, осуществляющие свою деятельность на основании договоров со СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, получают соответствующую плату за оказание застрахованным медицинской помощи и иных услуг. Уставный фонд СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ должен обеспечивать полностью осуществление медицинского страхования и составлять не менее 100 тысяч рублей. В СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗА ЦИИ образуются резервные фонды по видам страхования за счет вложения от15 до 20 процентов средств, полученных по договорам медицинского страхования. В СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, занимающейся медицинским страхованием населения, соотношение собственных и привлеченных финансовых ресурсов не может быть более 1:20. СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗА ЦИИ, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не имеют права использовать средства, предназначенные на реализацию программ обязательного медицинского страхования, для коммерческой деятельности, за исключением приобретения на временно свободные средства резервного фонда высоколиквидных ценных бумаг и банковских депозитов. Доходы, полученные от использования временно свободных средств резервных фондов, направляются на: пополнение фондов медицинского страхования; улучшение материально-технической базы медицинских учреждений и страховых организаций, участвующих в выполнении программ обязательного медицинского страхования, экономическое стимулирование их работников и другие цели, связанные с развитием обязательного медицинского страхования.

Цель медицинского страхования состоит в гарантиях гражданам получения медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет накопленных средств. Обязательное медицинское страхование рассматривается как часть государственного социального страхования и как форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Регулирование в этой области базируется на законе Российской Федерации “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, который был разработан в Комитете по охране здоровья Верховного Совета Российской Федерации и принят в 1991 г. с наименованием “О медицинском страховании граждан в РСФСР”. В соответствии с указанным законом формулировались нормы программ обязательного медицинского страхования, на основе которых работает вся система обязательного медицинского страхования.

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения – органы исполнительной власти и органы местного самоуправления; для работающего населения – работодатели и физические лица. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование.

**2. Функции и задачи страховых медицинских организаций.**

Страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования[[2]](#footnote-2). Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования.

За необоснованный отказ в заключении договора обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием.

Страховая медицинская организация имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью гражданина, возмещения ей расходов в пределах суммы, затраченной на оказание застрахованному медицинской помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем.

Страховая медицинская организация обязана[[3]](#footnote-3):

* + разрабатывать правила обязательного медицинского страхования в соответствии с типовыми правилами обязательного медицинского страхования;
  + вести регистр застрахованных лиц в соответствии с требованиями, установленными Фондом для ведения сводного регистра застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию, на основе единых идентификационных номеров застрахованных лиц;
  + в случае поступления заявления установленного Фондом образца от лица, имеющего право быть застрахованным в соответствии с настоящим Федеральным законом, в срок, не превышающий 2 рабочих дней, уведомить об этом Фонд и передать ему персональные данные о застрахованном лице;
  + подготовить к выдаче заявителю полис обязательного медицинского страхования в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня получения уведомления от Фонда о закреплении за страховой медицинской организацией, лица, подавшего заявление;
  + до выдачи застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования, а также в случае его утраты или повреждения выдать застрахованному лицу лист регистрации, заменяющий полис до оформления документа;
  + с момента выдачи застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования организовывать предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в объеме и на условиях, определенных федеральной программой обязательного медицинского страхования, в медицинских организациях, заключивших со страховщиком договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
  + извещать Фонд об изменении персональных данных застрахованного лица в срок, не превышающий 14 рабочих дней со дня, когда об этом стало известно;
  + заключать в установленном порядке договоры с медицинскими организациями о предоставлении медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
  + ежегодно разрабатывать операционный план, соответствующий требованиям типового операционного плана, утвержденного Правительством Российской Федерации;
  + персонифицировано оплачивать медицинскую помощь, предоставляемую медицинской организацией лицу, застрахованному в данной страховой медицинской организации, в соответствии с договором, заключенным данной страховой медицинской организацией с медицинской организацией;
  + представлять Фонду ежеквартальный отчет о выполнении договоров с медицинскими организациями о предоставлении медицинской помощи застрахованным лицам.
  + принимать меры по досудебному урегулированию претензий застрахованных лиц;
  + обеспечивать защиту прав застрахованных лиц, предусмотренных законодательством в сфере обязательного медицинского страхования;
  + по поручению застрахованного лица представлять его интересы в суде;
  + при выдаче полисов обязательного медицинского страхования ознакомить застрахованных лиц с федеральной программой обязательного медицинского страхования, правилами обязательного медицинского страхования, правами и обязанностями застрахованного лица, обязанностями страховых организаций и медицинских организаций по организации медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, установленными законодательством Российской Федерации условиями и порядком возмещения застрахованному лицу вреда, нанесенного действием (бездействием) медицинских организаций, страховщика;
  + обеспечить право на выбор застрахованными лицами медицинских организаций, с которыми страховщиками заключены договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с условиями заключенных договоров;
  + контролировать объем, качество, сроки, условия и обоснованность предоставления медицинской организацией медицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с условиями договора;
  + привлекать независимых экспертов из числа лиц, имеющих соответствующую специализацию и специальную подготовку;
  + в двухнедельный срок рассматривать жалобы застрахованных лиц и давать по ним обоснованные заключения;
  + вести учет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном бюджетным законодательством Российской Федерации, а в случае осуществления деятельности по добровольному медицинскому страхованию вести раздельный учет финансовых средств по обязательному медицинскому страхованию и добровольному медицинскому страхованию;
  + формировать и размещать страховые резервы;
  + в установленном Фондом порядке ежегодно публиковать сведения, включающие информацию о структуре доходов и расходов, перечень медицинских организаций, с которыми заключены договоры об организации медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, и аудиторское заключение о деятельности страховой медицинской организации;
  + обеспечивать защиту персональной информации о застрахованных лицах от противоправных действий третьих лиц;
  + создавать попечительский совет в соответствии с типовым положением о попечительском совете, утвержденным Правительством Российской Федерации в случае аннулирования лицензии на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию оплачивать медицинскую помощь, предоставленную лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации, до момента принятия решения об аннулировании лицензии.

**Дополнительные задачи и функции[[4]](#footnote-4)** страховых медицинских организаций:

· Определение рейтинга медицинских учреждений;

· Обеспечение реализации гарантий контингентам особого внимания при получении ими медицинской помощи;

· Участие в формировании Территориальной Программы государственных гарантий, муниципальных заказов-заданий территорий и планов-заданий медицинских учреждений;

· Участие в организации централизованного обеспечения медицинских учреждений медикаментами;

· Содействие развитию общих врачебных практик.

 · Финансировать медицинские учреждения за оказание незастрахованным гражданам экстренной и неотложной медицинской помощи на территории области. Проводить контроль качества оказания экстренной и неотложной помощи и защиты прав незастрахованных граждан на территории области;

· Осуществлять централизованное обеспечение медикаментами медицинских учреждений с участием СМО;

· Устанавливать критерии оценки работы СМО по обеспечению качества оказания медицинской помощи. Контролировать ведение работы СМО по обеспечению качества медицинских услуг;

· Вести работу с Карточкой Страхователя;

· Принимать участие в комиссиях по доходам при администрациях городов и районов;

· Поддерживать развитие общих врачебных практик.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, за исключением деятельности по добровольному медицинскому страхованию. В качестве учредителей (акционеров, участников) страховой медицинской организации не могут выступать самостоятельно или по поручению органы исполнительной власти Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление здравоохранением, Фонд, медицинские организации, участвующие в системе обязательного медицинского страхования, а также их объединения (ассоциации и союзы).

**3. Проблемы системы медицинского страхования в России.**

Можно выделить внешние факторы, также оказывающие влияние на финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день эти факторы играют главенствующую роль. Они определяются состоянием экономики и направлениями государственной политики в области здравоохранения. Все факторы в свою очередь можно разделить на экономические и организационно-правовые. Экономические факторы напрямую связаны с состоянием экономики станы в целом. Падение объемов производства, закрытие и ликвидация предприятий, кризис неплатежей, разрыв хозяйственных связей приводят к сокращению поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование[[5]](#footnote-5).

Поэтому не случайно реализация закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" привела к трудноразрешимому соединению предусмотренного законом рыночного механизма со следующими принципами: с территориальным принципом сбора страховых взносов и финансирования; с социально-гарантированным характером обязательного медицинского страхования, предполагающим всеобщность, независимость от социального положения. К тому же круг субъектов, участвующих в этой системе, оказался на практике шире, чем это было обозначено в законе, что привело к множественным и неоправданным конфликтам на территориальном уровне, к возникновению самых различных вариантов перехода к медицинскому страхованию, подчас крайне неэффективных и противоречащих самому закону.

Анализ различных предложений, высказываемых по поводу дальнейшего реформирования здравоохранения, позволяет выделить несколько принципиальных направлений, вокруг которых и идут споры. Это, прежде всего усиление функций территориального органа административного управления здравоохранением, который и осуществляет все структурные изменения в системе организации медицинской помощи населению, то есть, закрывает ряд нерентабельных медицинских учреждений, ужесточает контроль над деятельностью тех учреждений, которые работают в системе обязательного медицинского страхования, создает "собственную" страховую компанию. Реализация данного варианта в условиях кризиса экономики возможна только за счет резкого сокращения объема и доступности медицинской помощи. Сжатые сроки, объективно необходимые для реализации этого варианта, не позволяют разработать и реализовать меры по социальной защите больших групп населения, а также работников здравоохранения, которые могут быть лишены своих рабочих мест без достаточных на то оснований.

Другое направление предполагает создание территориальной больничной кассы, имеющей монопольное право на обязательное медицинское страхование населения и образующей филиалы на местах, действующие под руководством и по программе территориальной больничной кассы. Сохраняются, по сути, административные методы управления, но в рамках обязательного медицинского страхования. В этом случае средства территориальных больничных касс формируются из бюджета (страхование неработающих) и внебюджетных источников (начисление на заработную плату работающих на данной территории и другие источники) и распределяются территориальной больничной кассой по филиалам, исходя из условий, в которых действует филиал.

Следующий подход[[6]](#footnote-6) предполагает создание независимых от органов управления здравоохранения финансово-кредитных учреждений, которые аккумулируют все бюджетные средства здравоохранения и управляют ими. При этом они способствуют демонтажу командной системы в здравоохранении, разрабатывают и внедряют "правила игры" для субъектов медицинского страхования, осуществляют организационно-методическую деятельность, создают условия для формирования рынка медицинских услуг.

Система обязательного медицинского страхования устроена таким образом, что все ее участники - фонды, страховые компании, лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) - так или иначе зависят от государства в плане финансирования. В основе неэффективности системы страхования лежат хорошо известные корпоративные интересы врачей.

Сегодня бесплатная медицина существует лишь формально. В действительности человеку, ставшему пациентом, нередко приходится тем или иным способом оплачивать оказанные ему медицинские услуги. Естественно, эти так называемые черные деньги ставят пациентов в неравное положение.

Таким образом, созданная система обязательного медицинского страхования, по сути, построена не для человека, а для самой себя. (Экономика и жизнь 08.03.2002) И полисы ОМС, полученные гражданами, не обеспечивают их необходимым уровнем правовой защиты, а служат финансовым инструментом, запускающим громоздкий механизм взаиморасчетов между фондами обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями.

В результате ФОМСы превратились в общий котел по сбору и распределению денег между медицинскими учреждениями через страховые компании. Назвать созданную систему страхованием в полном смысле этого слова нельзя, так как она мало отличается от модели бюджетного финансирования. (Экономика и жизнь 08.03.2002)

Известно, что система обязательного медицинского страхования изначально была определена как бюджетно-страховая. Она не построена на принципах истинной страховой системы, а основана на сложном сочетании отдельных элементов обязательного медицинского страхования и монопольного государственного здравоохранения. Сегодня в стране территориальные фонды ОМС работают каждый по своим правилам.

Разумеется, когда принимался Закон РФ N 1499-1 от 28.06.91 "О медицинском страховании граждан в РФ", не обошлось, без стратегических ошибок. Во-первых, территориальные фонды обязательного медицинского страхования подчинили органам исполнительной власти субъектов Федерации. Во-вторых, предполагалось, что все деньги территории, которые система ОМС будет аккумулировать, прибавятся к бюджетному финансированию территориального здравоохранения. Но взаимные финансовые обязательства в рамках законодательного акта прописаны не были, и постепенно произошло замещение бюджетных денег средствами ОМС. (Медицинская газета 28.08.2002) Смещение бюджетных и внебюджетных средств ОМС в медицинских учреждениях недопустимо. Многие медицинские учреждения, не получая необходимых денег из муниципальной казны, тратят деньги ОМС на покрытие расходов, которые должны финансироваться из бюджета. В результате этого наблюдается нехватка денег на медикаменты и питание для больных. (Восточно-Сибирская правда (Иркутск) 15.05.2002)

Передача территориальных фондов ОМС под опеку органов исполнительной власти в значительной степени повлияла на сдерживание реализации страховых принципов в системе обязательного медицинского страхования, нивелировала эффективность и качество исполнения фондами своих контрольных функций в ЛПУ, подчиненных им же[[7]](#footnote-7).

Эффективные и доступные мероприятия территориального фонда ОМС не достигают конечной цели - улучшения медицинской помощи застрахованным.

Более того, органы управления здравоохранением практически подчинили себе все правовые рычаги управления медицинскими учреждениями - лицензирование и аккредитацию ЛПУ и предприятии обслуживания медтехники, аттестацию персонала, подготовку и переподготовку кадров. Управленцы от государства выступают застрельщиками мероприятий по экономическому анализу рынка ресурсов для ЛПУ, маркетингу, ценовому регулированию на основе конкурсных технологий закупок и т.п. Очевидно, нет мотивации, ибо все финансовые риски покрываются ОМС. (Медицинская газета 28.08.2002)

Явные нарушения страховых принципов в ОМС происходят при формировании тарифного соглашения на медицинские услуги. Страховщику нет надобности исследовать риски увеличения фактической стоимости услуг в зависимости от внешних факторов, таких как инфляция, повышение заработной платы медработникам, рост цен на тепло и энергию, медикаменты и материалы. Объектом внимания страховщика не становятся риски возникновения сопутствующего ущерба от некачественного лечения, повторных госпитализаций, врачебных ошибок.

Современная тарифная политика вступает в непримиримое противоречие со страховыми принципами в ОМС, потому что не только не позволяет фондам ОМС сформировать страховые резервы, но и ведет к устойчивой кредиторской задолженности перед ЛПУ.В ОМС не решены проблемы быстрой и точной добольничной диагностики с целью достоверного распознавания и признания тяжести страхового случая. Социальная роль добольничной диагностики и мониторинг здоровья населения очень важны в условиях научно-технического прогресса, постоянного ухудшения экологической ситуации, когда нагрузки, особенно на психическую сферу человека, загрязнение окружающей среды, шумы и вибрации, электромагнитные излучения и тому подобное начинают проявляться как дисфункции организма. В ОМС не развито управление рисками предрасположенности застрахованных к заболеваемости, не стимулируется сопротивляемость факторам, приводящим к заболеванию.[[8]](#footnote-8)

Проблемы продолжают оставаться нерешенными. Во-первых, отсутствуют результаты по реструктуризации объемов медицинской помощи, финансируемых из бюджетов всех уровней и средств ОМС, во-вторых, отсутствует сбалансированность территориальных программ по объемам и финансовым средствам. В 2001 г. практически во всех субъектах Федерации территориальные программы утверждены с дефицитом финансовых средств.

Среди основных причин возникновения дефицита - неадекватные методы формирования доходной части территориальных программ. В частности, многие финансовые органы субъектов Федерации применяют старые методы планирования бюджета здравоохранения по смете расходов, основанные на показателях мощностей сети больниц и поликлиник. Между тем механизм сбалансированности программы предполагает необходимость использования подушевого норматива формирования финансовых ресурсов на ее обеспечение.**Заключение.**

Таким образом, СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ - по законодательству РФ юридическое лицо, имеющее государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием и осуществлять его в соответствии с законодательством.

Страховые медицинские организации играют важную роль в системе социальной защиты, социального страхования, и в частности, медицинского страхования населения Российской Федерации.

Основной задачей страховой медицинской организации является предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в объеме и на условиях, определенных федеральной программой обязательного медицинского страхования, в медицинских организациях, заключивших со страховщиком договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

**Список литературы.**

1. Закон РФ N 1499-1 от 28.06.91 "О медицинском страховании граждан в РФ",
2. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
3. Лучкевич В.С., И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.
4. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования.

# Шейман И.М. «Реформа управления и финансирования здравоохранения». Москва, “Издатцентр”, 1998

1. Тогунов И.А. Метод информационного контроля в системе ОМС территориального уровня // Ж. Здравоохранение Российской федерации. - 1998 - № 5. - С.23.

1. ЗАКОН О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

   Статья 6. Права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования [↑](#footnote-ref-1)
2. Лучкевич В.С., И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г. [↑](#footnote-ref-2)
3. Закон РФ N 1499-1 от 28.06.91 "О медицинском страховании граждан в РФ", [↑](#footnote-ref-3)
4. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-4)
5. Лучкевич В.С., И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г. [↑](#footnote-ref-5)
6. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-6)
7. Тогунов И.А. Метод информационного контроля в системе ОМС территориального уровня // Ж. Здравоохранение Российской федерации. - 1998 - № 5. - С.23. [↑](#footnote-ref-7)
8. Шейман И.М. «Реформа управления и финансирования здравоохранения». Москва, “Издатцентр”, 1998 [↑](#footnote-ref-8)