

# ТРУДОВОЕ ПРАВО И ПРАВО СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

УДК 349.3

## РОЛЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ The Role of Medical Insurance Agencies in the System of Social Protection of Citizens

**А. В. Бекетова** – преподаватель кафедры гражданского права Омской юридической академии

**A. V. Beketova** – Lecturer at the Civil Law Department of the Omsk Law Academy



***Аннотация.** В статье автор анализирует практическую деятельность страховых медицинских организаций по обеспечению и защите прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования и оценивает роль страховых медицинских организаций в системе социальной защиты населения.*

*The author estimates both medical insurance agencies' performance in the field of providing and protecting the rights of insured persons within compulsory medical insurance and the role of insurance medical agencies in the system of social protection of citizens.*

***Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование, страховая медицинская организация, бесплатная медицинская помощь, социальная защита населения.*

*Compulsory medical insurance, insurance medical agencies, free medical aid, social protection of citizens.*

12 декабря 1993 г. Российская Федерация объявила себя социальным государством и гарантировала народу социальную защиту в разных сферах жизни общества, в том числе и в сфере здравоохранения. Статьей 41 Конституции Российской Федерации каждому гарантировано право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, которая оказывается в госу-

дарственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Для реализации вышеуказанных конституционных прав государством принят ряд нормативных правовых актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья, и создана система

обязательного медицинского страхования, призванная обеспечить всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении бесплатной медицинской помощи. Основным нормативным правовым актом является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], а деятельность в системе обязательного медицинского страхования регулируется Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1].

В целом обязательное медицинское страхование является видом обязательного социального страхования и представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных случаях – в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Иными словами, это сложная система, при взаимодействии структурных элементов которой обеспечивается предоставление и оказание бесплатной медицинской помощи.

В структуру обязательного медицинского страхования входят субъекты (застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования) и участники (территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации). Каждый из них осуществляет определенную функцию в системе обязательного медицинского страхования. Застрахованные лица – это и есть то население, в отношении которого осуществляется социальная защита в сфере здравоохранения и обязательное медицинское страхование.

Основной задачей такого субъекта и участника, как Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, является финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, разработка базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования. Страховые медицинские организации оплачивают оказанную застрахованным лицам медицинскую по-

мощь, выступая посредниками между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями, а также осуществляют ряд других важнейших функций, которые напрямую влияют не только на качество оказываемой медицинской помощи, но и в целом на социальную защищенность населения в сфере здравоохранения.

Роль страховых медицинских организаций в системе социальной защиты населения можно рассмотреть через прямую и косвенную защиту.

Под прямой защитой мы будем понимать деятельность страховой медицинской организации в результате обращения застрахованного лица с жалобой на нарушение его прав в сфере здравоохранения. В общем виде процесс прямой защиты выглядит следующим образом: 1) застрахованное лицо подает жалобу в страховую медицинскую организацию; 2) страховая медицинская организация рассматривает жалобу и уведомляет застрахованное лицо о принятии жалобы; 3) в зависимости от содержания жалобы страховая медицинская организация запрашивает информацию в медицинской организации о причинах нарушения прав и требует их устранения, проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи, для чего запрашивает необходимую документацию в медицинской организации, нарушившей права застрахованного лица; 4) в случае выявления нарушений/дефектов оказания медицинской помощи страховая медицинская организация применяет санкции к медицинской организации; 5) страховая медицинская организация информирует застрахованное лицо о результатах рассмотрения жалобы и принятых мерах по восстановлению нарушенных прав.

В том случае, если права застрахованного лица нарушены и оно намерено обратиться в суд общей юрисдикции о взыскании материального и морального вреда, страховая медицинская организация содействует в формировании исковых требований и написании искового заявления и выступает в процессе в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельные требования.

Суть прямой защиты заключается в том, что восстанавливается нарушенное право конкретного застрахованного лица, а значит, любое застрахованное лицо в случае некачественного оказания ему медицинской помощи и нарушения

иных прав в сфере здравоохранения вправе обратиться в свою страховую медицинскую организацию за защитой. По результатам рассмотрения обращений и жалоб застрахованных лиц страховые медицинские организации могут выделить основные проблемы и нарушения прав граждан, которые возникают не только по вине медицинских организаций, но и являются следствием правовой неграмотности населения в сфере обязательного медицинского страхования. К таким относятся: некачественное оказание медицинской помощи; взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам обязательного медицинского страхования; отказ в оказании бесплатной медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; неполное лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи; нарушение норм этики и деонтологии; организация работы медицинской организации.

Одной из причин существования данных нарушений, а значит и проблем, является правовая неграмотность населения, в связи с чем страховыми медицинскими организациями ежедневно проводится информирование застрахованных граждан об их правах в системе обязательного медицинского страхования путем раздачи памяток, дачи устных и письменных консультаций/разъяснений, проведения открытых семинаров и т. д. Не стоит забывать, что большую роль в данном случае играет желание самого застрахованного лица в получении информации, а задача страховых медицинских организаций – предоставить все возможности в ее получении.

Еще одним способом борьбы с вышеуказанными нарушениями является наложение страховой медицинской организацией санкций на медицинскую организацию. Безусловно, наложение санкций – серьезное наказание для медицинских организаций, но, несмотря на это, из года в год нарушения повторяются, и зачастую одними и теми же сотрудниками. Поэтому в отношении медицинских организаций также необходимо проводить разъяснительные работы, только не страховыми медицинскими организациями, а руководством самой медицинской организации. В целях пресечения повторения подобных нарушений необходимо в отношении виновных лиц применять дисциплинарные взыскания в виде замечания и выговора.

Далее обратимся к выделенной нами косвенной защите. Под косвенной защитой мы будем понимать не единичный, а массовый контроль за медицинскими организациями. Она осуществляется путем регулирования мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

В состав вышеуказанных мероприятий входит в том числе проведение страховыми медицинскими организациями экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы и медико-экономического контроля. При этом экспертиза качества медицинской помощи может быть плановой (проверка медицинской организации один раз в год проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию) и целевой (проверка в зависимости от получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации; летальных исходов при оказании медицинской помощи; внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации; заболеваний с удлинненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 % от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи).

При проведении данных экспертиз также выявляются некоторые проблемы, такие как не-

соблюдение стандартов оказания медицинской помощи; нарушение правил оформления первичной медицинской документации; несоблюдение сроков оказания медицинской помощи; нарушение информированности застрахованных лиц о медицинской помощи; нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи; нарушение сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи; нарушения, приведшие к летальному исходу при оказании медицинской помощи.

По результатам проведенных экспертиз страховыми медицинскими организациями также применяются санкции, но в гораздо большем объеме, так как происходит проверка не единичного страхового случая, а делается выборка оплаченных страховых случаев из средств обязательного медицинского страхования. Ввиду того что нарушения повторяются из года в год, считаем необходимым увеличить размер штрафных санкций.

Косвенная защита играет огромную роль в социальной защите населения, так как путем проведения вышеуказанных экспертиз и выявления нарушений страховые медицинские организации тем самым указывают медицинским организациям на упущения в процессе их деятельности, которые необходимо исправить и не допускать в дальнейшем.

Ежедневно страховые медицинские организации проводят анкетирование застрахованных лиц на предмет выявления удовлетворенности объемом, доступностью и качеством медицинской помощи. Результаты анкетирования необходимы как для страховых медицинских организаций (проведение дальнейшего контроля за доступностью и качеством медицинской помощи), так и для медицинских организаций (улучшение работы по направлениям, в которых выявлены нарушения).

Так, по результатам проведенного ОАО «РОСНО-МС» анкетирования на территории г. Омска и Омской области за 2014 год выявлены следующие показатели.

Удовлетворенность качеством медицинской помощи по показателям (в %) при амбулаторно-поликлиническом лечении: длительность ожидания в регистратуре, на прием к врачу, при записи на лабораторные исследования – 67,4 %, удовлетворенность работой врачей – 64,3 %, доступность врачей-специалистов – 74,2 %, уровень технического оснащения медицинских учреждений – 64,4 %.

Удовлетворенность качеством медицинской помощи по показателям (в %) при стационарном лечении: длительность ожидания госпитализации – 87,9 %, уровень удовлетворенности питанием – 63,8 %, уровень обеспеченности лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, расходными материалами – 71,3 %, уровень оснащения учреждения лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием – 68,9 %.

В целом, анализируя результаты анкетирования, можно сделать вывод, что застрахованные граждане, скорее, удовлетворены объемом, доступностью и качеством медицинской помощи. Но не стоит забывать, что каждый второй из них не имеет должного представления о своих правах не только в рамках обязательного медицинского страхования, но и в сфере здравоохранения в целом.

Подводя итог, необходимо сказать, что на настоящий момент в России создана устойчивая система, которая призвана обеспечить реализацию права граждан на бесплатную медицинскую помощь, а страховые медицинские организации выступают в этой системе не только посредником при финансировании обязательного медицинского страхования, но и защитником конституционных прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи.

#### ***Библиографический список***

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. – 2011. – 23 нояб.