

Анализ защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС

Определение обязательного медицинского страхования (ст. 3, п.п.1 Федерального закона № 326-ФЗ), среди прочих, предусматривает систему правовых мер, направленных на обеспечение за счет ОМС гарантий на бесплатную медицинскую помощь в пределах территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС. Определяются законодательные гарантии застрахованных лиц с учетом основных функций институтов ОМС как финансово-кредитных организаций. В 4 статья 16 главы 4 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливаются права и обязанности застрахованных лиц.

Важный принцип российской модели – экстерриториальный полис ОМС, который предоставляет одинаковые права застрахованным лицам вне зависимости от места жительства.

В законе об ОМС основой всех последующих правовых конструкций является право застрахованного на реализацию существующих прав, а в случае угрозы нарушения - право на защиту через участников и субъектов ОМС с предписанными функциями (ФОМС, ТФОМС, СМО и медицинские организации).

Статьями 14, 39 Федерального закона № 326-ФЗ определяются обязанности СМО: информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с комментируемым Законом, раскрытие информации о своей деятельности в соответствии с комментируемым Законом, осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством РФ, несение в соответствии с законодательством РФ ответственности за ненадлежащее исполнение предусмотренных комментируемым Законом условий договора о финансовом обеспечении ОМС, проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в

медицинских организациях. Реализация данного права застрахованного лица отражается через соответствующие обязанности: СМО, ТФОМС, МО.

Статьей 20 Федерального закона № 326-ФЗ определена обязанность медицинской организации предоставлять застрахованным лицам, СМО, ТФОМС полную и открытую информацию о режиме, видах оказываемой помощи, а также достижениях по показателям доступности, качества помощи в соответствии с критериями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ-323), критериями ТПОМС.

Право застрахованного лица на выбор (замену) страховой медицинской организации (п.п.3 ст.16, глава 4 ФЗ-326) осуществляется путем подачи заявления и является важным элементом защиты его законных интересов. Именно страховая медицинская организация осуществляет практические действия по защите застрахованных лиц на всех этапах оказания бесплатной медицинской помощи. В большинстве крупных субъектов Российской Федерации среди обследуемых 26 регионов: г. Москва, Московская область, Свердловская область, Краснодарский край, Красноярский край, Республики: Саха (Якутия), Башкортостан, Татарстан и др. имеют региональные СМО, и договорные отношения с филиалами крупнейших СМО России, представленных на территории субъекта. На основании заявления о выборе (замене) СМО застрахованному лицу (его представителю) выдается полис ОМС (далее – полис) в порядке, установленном Правилами ОМС¹. Оформление, переоформление, выдача полиса является обязанностью СМО по договору о финансовом обеспечении ОМС².

Право выбирать медицинские организации из числа участвующих в реализации территориальной программы ОМС (п.п.1 ст.16, глава 4 ФЗ-326) определено как законодательством ОМС, так и Федеральным законом № 323-ФЗ. Имеется четкий порядок выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную в условиях поликлиники, специализированную помощь в условиях стационара. Выбор врача ЗЛ осуществляет путем подачи заявления лично (через своего представителя) на

¹ Часть 5 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

² Пункт 1 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ.

имя руководителя медицинской организации (п.п.5 ст.16, глава 4). В ФЗ-323, например, в критериях доступности и качества медпомощи, есть механизм обеспечения по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения (ст.10 ФЗ-323).

Региональные практики выбора МО показывают, что гражданин, пришедший в поликлинику, должен быть ознакомлен при выборе с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) и т.п. Подача заявления о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи осуществляется не чаще 1 раза в год на основании письменного заявления, поданного на имя главного врача. Как правило, выбор поликлиники и выбор врача участкового терапевта связан с удобством и территориальной близостью к месту проживания граждан. Как показал обзор региональных практик существуют нормы осуществления выбора МО, при которых требуется лично подавать Заявление и вместе с ним подать (предоставить) ряд сведений: наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление, фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление, информация о гражданине, информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе), номер полиса ОМС гражданина, наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином, наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления. К указанному заявлению обязательно прилагаются другие дополнительные документы (оригиналы документов). Например, для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющихся гражданами РФ (свидетельство о рождении, документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка, полис ОМС ребенка,) для представителя гражданина, в том числе законного (документ, удостоверяющий личность, документ, подтверждающий полномочия представителя) и т.д.

Базовые права граждан с полисом ОМС в международном опыте в

странах – лидерах и существующей системе ОМС в Российской Федерации в целом являются тождественными. Отмечается, что в ряде стран полнее унифицированы механизмы обеспечения прав. Это может быть объяснено тем, что мало кто имеет такой как в России масштаб территориально-пространственного контура регулирования ОМС.

Как показал проведенный анализ, отечественная модель ЗПЗЛ тяготеет к функциональному принципу, который можно описать по схеме:

право в системе защиты - функция участника системы защиты (ТФОМС, СМО, МО) - правила (регламенты) защиты.

В зарубежных аналогах систем ЗПЗЛ отмечается схема:

право - процессы защиты – регламенты - функция.

Механизмы защиты права в моделях разных стран не ограничиваются перечислением служб защиты, функций институтов (служб защиты), подробно описывают процедуры и инструменты защиты ЗЛ детализируют права, содержат инструменты, в том числе, превентивные

Право застрахованных лиц на информирование в российской системе защиты прав связано с получением информации от ТФОМС, СМО и медицинской организации. Назначение данного права при оценках эффективности его реализации специалистами ТФОМС, СМО и их страховых представителей - сформировать информированного потребителя медицинской помощи при наступлении страхового случая.

В российской практике на рубеже 2019-2020 годов начали активно внедряться методики по персонализированному подходу к информационному сопровождению застрахованных лиц.

Важным элементом действующей модели защиты прав застрахованных лиц является Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, который осуществляется с целью обеспечения прав застрахованных лиц на получение в медицинских организациях бесплатной медицинской помощи.