

ЗАЩИТА ИНТЕРЕСОВ И ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье рассматриваются вопросы защиты интересов и прав граждан в системе медицинского страхования.

The article examines the issues of protection of interests and the rights of citizens in the system of medical insurance.

Ключевые слова: *юриспруденция – медицина – медицинское право – граждане – права – защита – медицинское страхование.*

Точного определения понятия "интерес" в нормативно-правовых актах нет, поэтому его содержание должно выводиться из смысла и норм законодательства, в первую очередь из представления о структуре правового статуса гражданина, в данном случае в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Поскольку право гражданина – это разновидность его интереса, сформулированного в виде нормы права и защищаемого государством, первым компонентом юридического понятия "интерес застрахованного" является совокупность его прав, вторым – совокупность законных интересов.

Комплекс прав гражданина в системе ОМС включает в себя:

- Права граждан на охрану здоровья и информацию о факторах, влияющих на здоровье (ст.61, ст.64 Закона КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года N 6. Далее Закон КР);
- Права пациента (ст.ст.72-76 данного Закона КР);

- Права застрахованных лиц (ст.3 Закона КР "О медицинском страховании граждан в КР" от 18 октября 1999 года N 112);
- Права потребителя (Закон КР "О защите прав потребителей" от 10 декабря 1997 года N 90);
- Специальные права (Глава VIII. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья, глава IV. Медицинская экспертиза Закона КР «Об охране здоровья граждан в КР»); Закон КР "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 17 июня 1999 года N 60; Закон КР «О ВИЧ/СПИДе в КР» от 13 августа 2005 года N 149); ст.15 Закона КР «О лекарственных средствах» от 30 апреля 2003 года N 91 и т.д.).

Законные интересы застрахованного гражданина представляют собой отличные от его прав (не сформулированные явно как права), но соответствующие требованиям законодательства притязания в сфере медицинского страхования. Так же, как и права гражданина, его законные интересы подлежат защите государством и уполномоченными им лицами.

К законным интересам гражданина в системе ОМС следует отнести:

- признание, соблюдение и защита всего комплекса прав гражданина, предусмотренных Законодательством КР (права конституционные, права пациента, права застрахованного, права потребителя, права специальные);
- обеспеченность доступной информацией о поставщиках страховых и медицинских услуг;
- получение медицинской помощи надлежащего качества (при наличии права на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора);
- наличие и развитие системы профилактических мероприятий;
- эффективность расходования средств ОМС;

- экономическая и технологическая обоснованность тарифов на медицинские услуги в системе ОМС;
- представительство интересов пациентов в коллегиальных органах, принимающих решения о политике в сфере охраны здоровья;
- иные законные интересы;

Мировая практика свидетельствует о том, что основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт медицинского страхования. Система здравоохранения, основанная на страховых принципах, позволяет добиться качественного медицинского обслуживания при ощутимо меньших затратах.

В Кыргызстане, как и во всех постсоветских республиках, введение страхового механизма мобилизации дополнительных ресурсов в бюджетную модель здравоохранения в виде ОМС в начале 90-х годов происходило в условиях экономического спада и стагнации экономики страны. В целом это привело к тому, что данная система практически не выполнила свою основную функцию, в лучшем случае данные средства оказались бюджетозамещающими.

Теорию страхования учили, выделяя главное, что в ней есть. Вслед за западными теоретиками повторяли, что "треугольник страхования здоровья" должен быть равносторонним, чтобы ни одна из его сторон (вернее вершин) не имела возможности "тянуть одеяло на себя".

Полагалось, что ради создания такой устойчивости при каждой из сторон должны быть созданы общественные организации (врачей, страховщиков, пациентов), которые будут представлять интересы отдельных участников страхования здоровья. Гарантом "устойчивости треугольника" должен был стать Минздрав.

1



Схема. Треугольник страхования здоровья

Однако вслед за теоретиками за работу над законом взялись нарождающиеся страховщики и медицинская бюрократия. Представителей врачей и, что еще хуже, - представителей пациентов среди разработчиков закона не было. Результат - в закон не были заложены гарантии соблюдения прав пациентов. "Треугольник" резко перекосило в сторону страховщиков и врачей. Государство в лице Минздрава проигнорировало этот перекосяк.

Среди причин имеющегося перекосяка выделяют:

1. Пациент: а) будучи больным и зависимым от врача, не идет на конфликт ради защиты своих прав, терпит, смиряется; б) будучи непрофессионалом, не имеет необходимых знаний для отстаивания своей позиции; в) будучи беден, не имеет материальных ресурсов для борьбы;

2. Могучая медицинская бюрократия де-факто находится на стороне медицинских организаций, сохранивших по большей части статус государственных и муниципальных учреждений;

3. Страховщики работают в контакте с медицинской бюрократией, а поэтому гораздо чаще в серьезных спорах пациентов и лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ) находятся на стороне ЛПУ.

¹ Мыльникова И.С. Права пациентов и "треугольник" страхования здоровья. "Медицинское право и этика", 2003, N 4. с.43

Важно отметить, что введение страхования должно было способствовать созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи.

В развитых странах давно известно, что только пациент, обладающий реальными правами, может эффективно влиять на систему здравоохранения и ее развитие. Именно он, являясь конечным ее потребителем, способен, как наиболее заинтересованная сторона, требовать и снижения себестоимости медицинских услуг при условии улучшения (сохранения) их качества, и вмешиваться в систему организации системы здравоохранения, порождая в ней конкурентную борьбу за свои деньги, и стимулировать развитие науки, обеспечивающей создание новых технологий и организационных форм.

В Кыргызстане, государство, объявив себя одновременно заказчиком, исполнителем и контролером медицинских программ через различные государственные или окологосударственные структуры, не способно эффективно реагировать на запросы конечного потребителя, не предоставив ему - пациенту - реального, а не только лишь задекларированного, права активно влиять на систему медицинского обеспечения извне. Более того, все законы и нормативные акты, касающиеся работы здравоохранения, подготовлены и написаны без участия пациентов. Получается, что здравоохранение работает само на себя, "не видя" пациента.

Хотя в ст.5 Закона КР "О медицинском страховании граждан в КР" определено, что одной из задач ОМС является защита прав и интересов застрахованных граждан при получении медицинских, профилактических и иных услуг по программам ОМС, однако далее в законе и в Положении о ФОМС при Правительстве КР не прописаны действия и ответственность ФОМС и ТУ ФОМС в сфере защиты законных интересов и прав пациентов.

При рассмотрении вопроса о защите прав лиц, получающих медицинскую помощь, но по различным причинам, не удовлетворенных ее качеством, прежде всего, необходимо подчеркнуть: защита прав пациентов

является помимо правового также и экономическим фактором регулирования медицинской деятельности. В конечном итоге опосредованно, через систему ОМС, пациенты оплачивают функционирование сферы здравоохранения. А последствиями для ЛПУ, не соблюдающих права пациента, являются финансовые потери.

Не учитывать это обстоятельство сегодня нельзя. Это важно как для медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь, так и для пациентов. Именно осознание экономического характера защиты прав пациентов способно оптимизировать всю систему правового регулирования медицинской деятельности.²

В условиях внедрения медицинского страхования происходит возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебной и диагностической помощи и компенсации морального вреда. Изложенное дает основание сделать обоснованный вывод, что в современных условиях особое значение приобретают знание, соблюдение и правильное применение законов, иных правовых норм всеми специалистами, а тем более должностными лицами - руководящим звеном учреждений и организаций здравоохранения.³

Анализ типичных нарушений законодательства на стадии получения медицинской помощи рядовым гражданином, связанным системой ОМС, прав пациентов может позволить медицинским организациям не допускать нарушений действующего законодательства, предотвращая тем самым негативные правовые и финансовые последствия указанных нарушений.⁴

В РФ соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 06.05.99 г. № 42 утверждена статистическая форма ведомственной отчетности № ПГ

² Законодательство и экономика № 1, 2006 г., с.34-37.

³ Сергеев Ю.Д. Медицинское право в Российской Федерации. Медицинское право", 2003, N 2. с.7

⁴ Разуваев В.Э. Юридический анализ типичных нарушений законодательства медицинскими организациями при оказании лечебно-диагностической помощи в системе ОМС. «Медицинское право», 2006, №2.с.121

"Организация защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования", проводится ежегодный анализ деятельности по защите прав пациентов в системе ОМС. Правовую основу контроля качества медицинской помощи, осуществляемого системой ОМС, составляет Положение о вневедомственной экспертизе качества медицинской помощи.⁵

В РФ с 2011 года вступил в действие новый Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ, где значительно расширены права пациентов.

В соответствии со ст.38 данного Закона страховые медицинские организации осуществляют *вневедомственный контроль качества медицинской помощи и защиту прав законных интересов застрахованных граждан* в системе обязательного медицинского страхования. Две эти функции тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Выполнение указанных функций страховыми компаниями, работающими в системе ОМС, контролируют территориальные фонды ОМС. Статистические данные по вневедомственному контролю качества и защите прав застрахованных ежегодно предоставляются территориальными фондами ОМС в Федеральный фонд ОМС РФ.

С целью выполнения функций по вневедомственному контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных в *страховых компаниях создаются отделы по экспертизе качества медицинской помощи и защите прав застрахованных.*

Другим важнейшим направлением работы системы ОМС, связанным с оценкой качества медицинской помощи, должна быть работа с обращениями граждан. Для реализации данного направления образованы *специальные подразделения в структуре ФОМС РФ.*

В КР в системе ФОМС аналогичных данных не выявлено.

⁵ Григорьев И.Ю. "Защита прав граждан и экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС". "Медицинское право", 2003, N 2. с. 61

Далее. Нормой статьи 16 Закона РФ "Об обязательном медицинском страховании в РФ" застрахованный гражданин наделен правом на выбор и замену медицинской страховой организации (п.2 и п.3).

В Законе КР «О медицинском страховании граждан в КР», в ст.13 «Права и обязанности застрахованных лиц» и в ст.14 Права и обязанности страхователя в системе обязательного медицинского страхования – такие права не прописаны.

Отсутствие в законодательстве выбора Страховщика - юридического лица, осуществляющее страховую деятельность в области медицинского страхования (или страховой медицинской организации – СМО) страхователем имеет целый ряд недостатков объективного характера.⁶

Во-первых, застрахованный гражданин - субъект, в интересах которого осуществляется ОМС, фактически отстранен от выбора страховщика (за него этот выбор делает орган управления хозяйствующего субъекта или орган исполнительной власти), во-вторых, нет конкуренции между страховщиками за конкретного гражданина, чьи субъективные права в системе ОМС они обязаны защищать, в-третьих, необходимы значимые и существенные для страхователя отличия в деятельности страховщика в системе государственного социального страхования.

Представляется, что при реализации права выбора самим гражданином-выгодоприобретателем, непосредственно заинтересованного в своевременном получении качественных страховых услуг страховщика (СМО), гражданин получит возможность непосредственно участвовать в управлении финансовыми ресурсами ОМС, принцип "деньги идут за застрахованным" будет реализован на основании воли гражданина.

Как было сказано выше, в соответствии со ст.38 ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» СМО обязаны:

⁶ Зубарев А.Ю., Бабин В.В., Шумилов Д.П. Основания и пути решения на региональном уровне проблемы реализации права гражданина на выбор страховой медицинской организации в системе ОМС. "Медицинское право", 2006, N 1. с. 92

контролировать объем, сроки и качество и условия медицинской помощи в соответствии с условиями договора; защищать права и законные интересы застрахованных лиц.

В системе же ОМС КР нет СМО – страховых медицинских организаций, а значит, нет конкуренции между ними за граждан, некому защищать права застрахованных и осуществлять вневедомственный контроль качества медицинской помощи, осуществляемого системой ОМС.

Сегодня в КР защита прав пациентов в основном возложена на территориальные органы управления Фонда ОМС. Однако эффективность такой "защиты" прав пациентов столь низкая и причин тому множество.

Во-первых, сама система ОМС устроена таким образом, что все ее участники – ФОМС и ЛПУ являются либо сугубо государственными, либо зависимыми от государства организациями в отношении финансирования и собственных прав, делегированных им же государством вместе с деньгами.

Каждый иск или жалоба - это потенциальное взыскание средств с ЛПУ или с врача за нарушение прав пациента. Но ведь это те же самые деньги, которые получены или еще только должны быть получены от того же ФОМС, т.е. это их - государственные деньги. Неужели они будут судиться с частью своей же системы?

Медицинская бюрократия не способна защищать права пациентов в рамках своих ведомств – сети учреждений здравоохранения и ОМС. (У нас до недавнего времени даже министр был один на оба ведомства.)

Работа по контролю качества медицинской помощи, штрафные санкции в отношении ЛПУ за некачественное предоставление медицинских услуг (в 2008 году – 5 млн. сомов, в 2009 – 8,4 млн. сомов) – приоритет для ФОМС КР (поскольку штрафы – это деньги), но не в интересах защиты прав пациента. Граждане остаются полностью в неведении относительно того, что им была оказана некачественная медицинская помощь и каковы последствия этого для их здоровья.

Работа ТУ ОМС по проведению экспертиз происходит также с нарушением *врачебной тайны* без ведома пациента: эксперту становятся известны диагнозы и прочая информация о состоянии здоровья пациента.

Таким образом, мы имеем дело со структурой, для которой пациент - чужеродный, внешний объект, и система защищается от его жалоб на саму себя всеми способами, предпочитая решать даже доказанные ошибки внутри самой себя - кулуарно, и не выносить их на общее обозрение – в суд или в прессу.

Фактически постоянно, при возникновении конфликта с пациентом, оценку качества медицинской помощи производит вышестоящий для учреждений здравоохранения орган: департамент здравоохранения и т.п. Очевидно, что такая оценка не может являться независимой. Тем не менее, и прокуроры, и суды принимают протоколы таких служебных расследований в качестве экспертных заключений и руководствуются ими, отказывая в возбуждении уголовного дела или удовлетворении иска.

В сложившихся условиях очень большое значение имеет позиция судов. Однако судьи, не вникнув в медицинскую специфику, оказались под влиянием судебно-медицинских экспертов, которые редко "сдают" врачей. Эксперты, оценивающие вред (ущерб), причиненный пациенту нарушением медицинских стандартов и норм, являются частью этой системы, ведь судебно-медицинские экспертные учреждения, в которых судами и следственными органами назначается проведение экспертизы, входят в систему органов здравоохранения, подчиняясь Минздраву. Общеизвестен факт существования "корпоративности врачей".

Пациенты являются одиночками в борьбе с уже целыми организациями, а не с отдельными врачами, нарушившими их права.

В настоящее время главным и наиболее эффективным из всех способов защиты прав все же остается судебный, хотя при этом отсутствует полноценная правовая база для защиты прав пациента. Потому важным

шагом представляется *разработка и законодательное закрепление* основных способов юридической защиты прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Таким образом, обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что в настоящее время крайне необходимо провести модернизацию ОМС, выправить и сделать равносторонним треугольник страхования здоровья.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Усилить позицию пациентов созданием независимой службы уполномоченного по правам пациентов; развитием сети медицинских правовых бюро, финансируемых из госбюджета.
2. Образовать в структуре ФОМС специальные подразделения по защите прав застрахованных.
3. Сформировать систему вневедомственного контроля качества и медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи.
4. Создать законодательные правовые предпосылки для реализации права выбора гражданами страховщика (страховой медицинской организации).
5. Вынести на рассмотрение законодателей, с привлечением общественности – граждан, медиков, юристов разработку и принятие закона о защите прав пациентов (парламент Республики Молдова 21 октября 2005 г. принял Закон “О правах и ответственности пациента”, в РФ аналогичный закон разрабатывается).