

## Концептуальная модель страхования пациентов и врачей многопрофильной специализированной клиники

Биялиева Г. С.

*Биялиева Гульмира Самарбековна / Biialieva Gulmira Samarbekovna – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача,*

*Клиническая больница*

*Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Аннотация:** одним из наиболее значимых ресурсов повышения доступности и качества медицинской помощи (КМП) является правовое страхование пациентов и врачей. Целевая медико-социальная потребность пациента в медицинской услуге и целевая потребность врача предоставить медицинскую помощь являются составляющими пускового механизма функционирования системы страхования. Разработанная концептуальная модель страхования пациентов и врачей многопрофильной специализированной клиники на примере КБ УДППКР характеризует страхование ответственности в КБ УДППКР, с одной стороны, как априорное состояние медицинских предложений по удовлетворению медико-социальных потребностей пациента, с другой - как конкретную врачебную деятельность КБ УДППКР по удовлетворению спроса на доступную и качественную медпомощь.

**Ключевые слова:** страховой рынок, страховые организации, страховая выплата, страховые услуги, страхование здоровья, страхование профессиональной ответственности, защита прав пациента.

УДК 614.2

Актуальность. Как известно, пациент и врач - это субъекты взаимоотношения: один заболевает и обращается для получения медпомощи, другой - осуществляют диагностику и их лечение.

Многие авторы подчеркивают тот факт, что в настоящее время взаимоотношение пациента и врача кардинально изменилось, что в здравоохранении наметилась тенденция к смене принципа патернализма принципом сотрудничества, когда во взаимоотношениях пациента и врача доминируют взаимная поддержка, понимание, уважение, сочувствие [4, с. 17; 1, с. 185; 3, с. 144; 2, с. 19].

Напротив, Буромский И. В. (2003), Вардосанидзе С. Л. (2002), Вигдорчик В. И., Болотина М. В., Кулешов А. В. (2007) и другие считают, что в последние годы произошло дальнейшее разделение интересов медработников и пациентов, что, разумеется, не улучшило их взаимоотношений.

По мнению вышеуказанных авторов, а также суждениям Губина Г. Н. (1999), Гройсмана В. А. (2000), Гущина Д. И. (2002), Гранатовича О. В. (2008), постепенное увеличение объема платных медицинских услуг в здравоохранении вследствие недостаточного бюджетного финансирования ЛПУ негативно отразилось на психологии взаимоотношений врача и пациента, снизив уровень доверительности, уважения, сочувствия.

В условиях доминирования договорного принципа во взаимоотношениях пациента и медработников, пациент не всегда уверен, что врач отстаивает его интересы, а потому он вынужден активизировать свою роль и участие в здравоохранительном процессе. Если в условиях диктата принципа патернализма врач ограничивал участие пациента в лечебном процессе, что приводило к пассивному отношению последнего к лечению, а потому затрудняло достижение необходимого результата, то в условиях контрактного принципа, результат во многом зависит от активности самого пациента, в том числе в защите своих прав.

В настоящее время в условиях технологизации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса сроки непосредственного контакта врача и пациента уменьшились, а это, безусловно, также снижает степень доверительного отношения, понимания, уважения, сочувствия. Между тем, как утверждают Пацукова Д. В. (2005), Рябинина О. В. (2008) и другие, медицинская деятельность - это наука о неопределенности и искусство вероятности, так как вероятность правоты подразумевает и вероятность ошибки. То есть в медицине всегда существует риск ответственности, что является базовым понятием во взаимоотношениях пациента и врача.

Пациенты должны быть уверены в том, что они вместе с врачом приняли решение сделать операцию или принять препарат с возможным побочным эффектом, и воспримут неблагоприятный результат лечения как следствие связанного с ним риска, а не халатности врача.

Надо исходить из того, - считают Худолева О. Б. (2004), Сагымбаев М. А. (2007) и другие, что ошибки взаимоотношений не такая уж редкость во врачебной практике, уменьшить их число могут равные, доверительные отношения, опирающиеся на достижения современной медицинской науки, соблюдение технологий, высокий уровень квалификации персонала.

Цель: Разработать концептуальную модель страхования пациентов и врачей КБ УДППКР с изложением механизмов страховой модели.

Методы исследования: в ходе разработки модели страхования использовали системный, аналитический, сравнительно-правовой методы исследований, осуществлено изучение социально-правовых явлений в их диалектическом развитии. Также изучались и критически оценивались нормы кыргызского законодательства, а также обобщалась судебно-арбитражная практика. Нормативной базой исследования являются Конституция КР, Гражданский кодекс КР, законодательные акты, регулирующие вопросы осуществления страхования, и другие нормативные акты.

Итак, в настоящее время проблема доступности, качества и эффективности медпомощи сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем здравоохранения.

Очевидно, что реформа системы здравоохранения – это, прежде всего, преодоление структурно-функциональных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных ресурсов повышения доступности и КМП. Одним из ресурсов, как подчеркивалось выше, является правовое страхование пациентов и врачей.

При выборе врачами методов лечения приоритет отдается факторам, характеризующим врачебный опыт и квалификацию, характер и межличностные отношения с больным, удовлетворенность своим трудом и желание помочь больному. В рыночных условиях врач и пациент характеризуются как субъекты системы страхования. Эти специфические характеристики новых взаимоотношений лишь дополняют личностную морально-этическую и нравственную сущность каждого из них.

Итак, в целом, центральным ядром взаимоотношений субъектов рынка, а, следовательно, и центральным ядром всей системы страхования является взаимодействие целевых медико-социальных потребностей врача и пациента, не оказание медпомощи вообще, а целевая медико-социальная потребность пациента в медицинской услуге и целевая потребность врача предоставить медпомощь являются составляющими пускового механизма функционирования системы страхования.

Целевой подход в системе предоставления медпомощи обеспечивает дифференцирование потребностей пациента и врачебной деятельности по определенным видам, что в свою очередь позволяет конкретно соотнести их между собой. По мнению авторов, именно поиск и нахождение соответствия целевых потребностей пациента с целевыми потребностями врача запускает механизм страховой системы.

Первоначально разрозненные целевые потребности пациента и врача в поле страховой системы уравновешиваются и являются мотивацией взаимоотношений врача и пациента.

Железняк Е.С. (1996), Еругина М. В., Двоенко О. Г., Власова М. В. (2007), Ефименко С. А. (2007) и другие считают, что принципиальным моментом необходимости получения медпомощи пациентом как субъекта страховой системы является соотнесение его потребностей в конкретном целевом получении такой помощи и возможностей реализовать соответствующий спрос данных потребностей.



*Рис. 1. Необходимые условия обеспечения «потребностей-спроса» и «предложений-услуг»*

Рис. 1 показывает, что прикладная реализация потребной медицинской услуги находит свое воплощение в конкретной медицинской процедуре, соответствующей спросу, согласно уровню благосостояния пациента.

Как известно, врачебные предложения в предоставлении медицинских услуг разумно осуществлять в соответствии с определенным, заранее установленным и принятым порядком - медицинским стандартом, медицинские услуги и медицинский стандарт формируются в соответствии с медико-социальными проблемами и медицинскими нуждами.

Медицинская услуга и ее стандарт соотносят потребность и предложения в медпомощи. При этом реализация спроса и соответственно реализация медицинских услуг должна происходить в атмосфере взаимоуважения, понимания, сочувствия

Итак, в условиях контрактной системы здравоохранения специфика врачебной деятельности заключается в выявлении потребностей пациента в конкретном виде медицинских услуг. В этом смысле пациент и врач в поле страховых отношений становятся соучастниками лечебно-диагностического и реабилитационного процесса.

В целом, обобщая все элементы, характеризующие состояние пациента, его медико-социальные потребности в сочетании с врачебными предложениями, представляемыми в соответствии с медицинским стандартом, можно сформировать некую модель взаимоотношения пациента и врача.

В указанной модели взаимоотношения пациентов и врачей реализуется разнообразие целей обращения пациентов, а, следовательно, разнообразие видов медицинских услуг и их наборов. Происходит взаимосвязь спроса пациента и врачебной деятельности, а также уравниваются потребности пациента и врачебные предложения.

Логика модели характеризует страхование ответственности в КБ УДППКР, с одной стороны, как априорное состояние медицинских предложений по удовлетворению медико-социальных потребностей пациента, с другой - как конкретную врачебную деятельность КБ УДППКР по удовлетворению спроса на доступную и качественную медпомощь.

В целях экспертизы доступности и КМП в КБ УДППКР создается экспертная комиссия, задачами которой является обеспечение: во-первых, гарантированного объема, доступности и КМП; во-вторых, оперативное и объективное разрешение споров и конфликтов между пациентами и другими участниками процесса медицинского обслуживания.

Изучение поведения модели, в плане достижения оптимального соответствия составляющих элементов и характеристик, ее формирующих, методологически допускает реализацию принципа правовых взаимоотношений врача и пациента.

Указанные принципы должны быть отражены в специально разработанном документе - «Положения об условиях выполнения программы правового взаимоотношения пациентов и медицинских работников КБ УДППКР».

В нашей модели страхователями являются КБ УДППКР и конкретные врачи, которые осуществляют медицинскую деятельность, заключившие со Страховщиком договоры страхования своей профессиональной ответственности.

Страхование врачей производится на основе «Закрытой программы страхования врачей КБ УДППКР» (документ, разработанный на основании имеющейся нормативной базы, нормативных положений клиники и страховой компании). Страхованием покрывается профессиональная ответственность всего персонала клиники, или той части персонала, которая указана в договоре страхования.

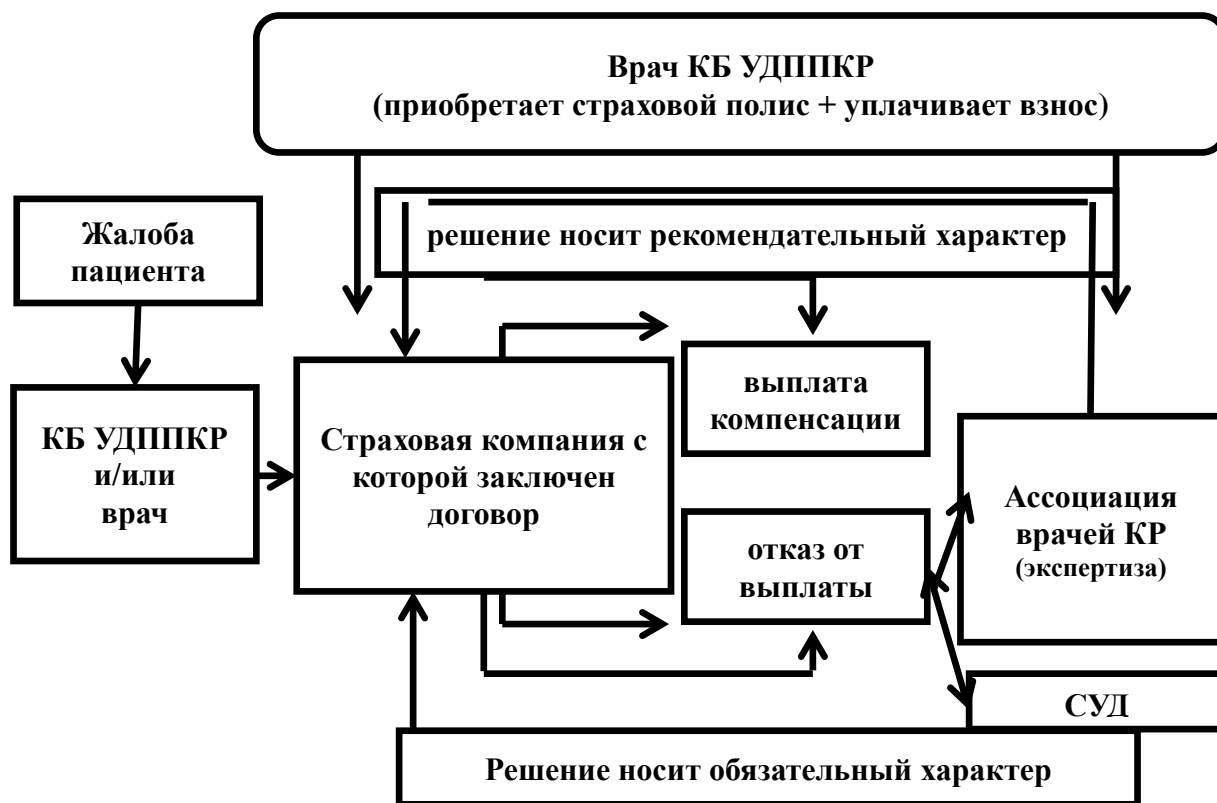


Рис. 2. Механизм страхования врачей КБ УДППКР

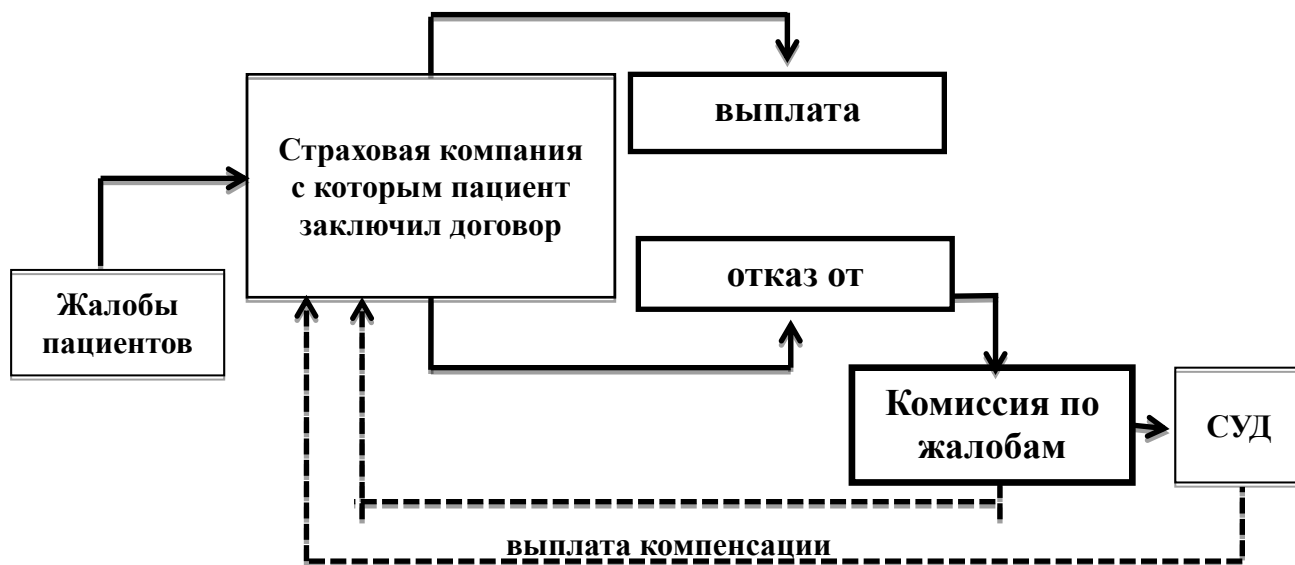
На рис. 2 показан механизм страхования врачей. Врач приобретает страховой полис, а также ежегодно уплачивает страховой взнос определенного размера, оговоренный в полисе. При поступлении жалобы пациента на те или иные действия врача, соответствующие материалы попадают в руки врача-эксперта, который проводит первичную экспертизу материала согласно «Положению о штатном враче-эксперте КБ УДППКР по страхованию».

Затем по поводу этого случая заседает экспертная комиссия по страхованию, создаваемая в КБ УДППКР, согласно «Положение о первичной медицинской экспертной комиссии КБ УДППКР по страхованию». При констатации страхового случая на основе соответствующего Акта появляется повод обратиться в страховую компанию, с которой КБ УДППКР заключил договор по страхованию (Рис. 2).

Страховая компания, действующая на основании своего Устава, принимает соответствующее решение либо обязывающее выплатить страховую сумму, либо отказывающее в этом. При несогласии с решением страховой компании, врач имеет право обратиться в суд, а также в профессиональное медицинское общество (например: в Ассоциацию врачей КР) за дополнительным экспертным заключением.

Решение суда является окончательным и носит обязательный характер для страховой компании для осуществления соответствующей выплаты страховой суммы, тогда как решение профессионального медицинского сообщества носит рекомендательный характер.

Аналогичный механизм страхования характерен и для пациентов КБ УДППКР (Рис. 3). Как известно, объектом страхования являются имущественные интересы застрахованного, требующего возмещения, если вред здоровью пациенту причинен в прямой связи с профессиональной врачебной деятельностью конкретного врача либо если ущерб, имел место во время и в КБ УДППКР, которые указаны в договоре страхования.



*Рис. 3. Механизм страхования пациентов КБ УДППКР*

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования. Факт причинения вреда и его размер должны быть подтверждены имущественной претензией, направленной в соответствии с законодательством КР потерпевшим лицом в адрес Страхователя с документальным подтверждением компетентных органов о причиненном ущербе, или решением суда о возмещении вреда, причиненного пациенту.

Основанием для признания случая страховым и удовлетворения требований пациента о возмещении нанесенного им вреда должно являться: во-первых, либо решение судебных органов о возмещении вреда; во-вторых, либо достигнутое между Страховщиком, Страхователем и пациентом соглашение о досудебном урегулировании заявленных претензий.

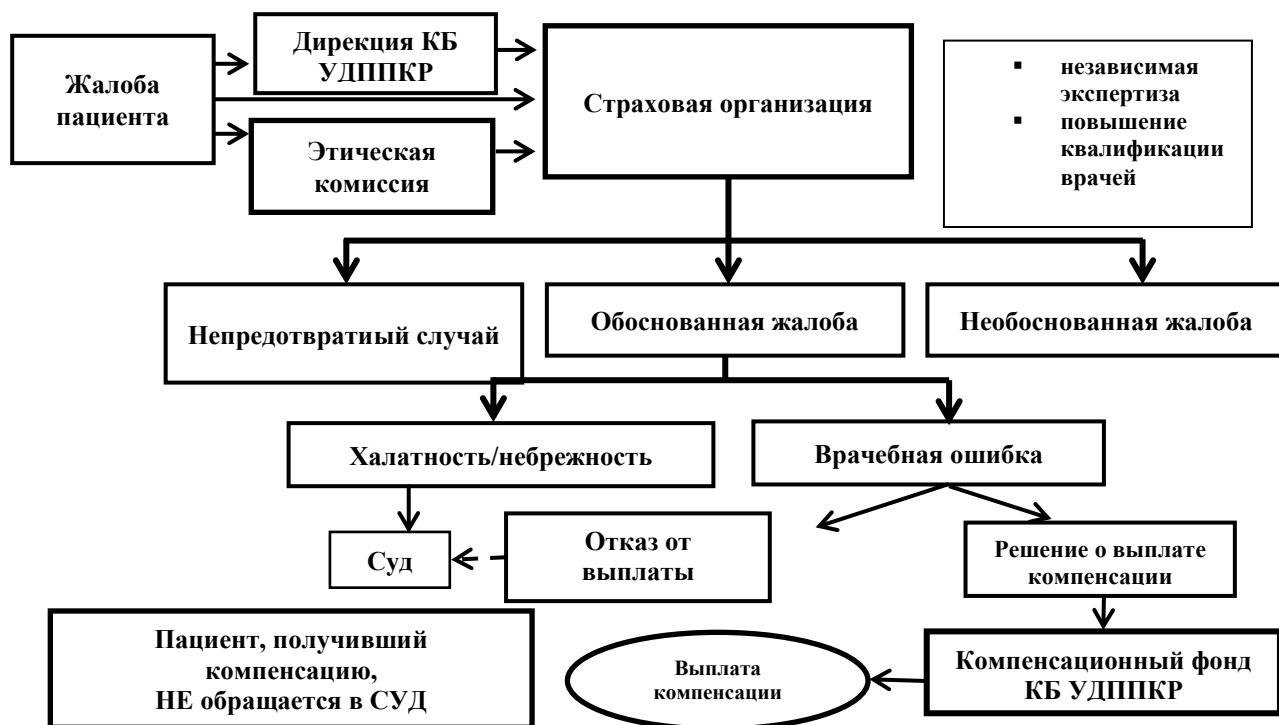


Рис. 4. Механизм страхования профессиональной ответственности

Страхованием покрывается вред, нанесенный здоровью пациентов, если он явился следствием: ошибки в диагнозе и плане лечения; непредвиденных осложнений в результате плановой операции или применения лекарственных препаратов; непреднамеренного сокращения срока лечения; заражения при переливании крови, внутривенном вливании; непредвиденных осложнений в результате диагностических манипуляций.

Нужно отметить, что страховщик не освобождается от страховой выплаты в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента, если вред причинен вследствие умысла или грубой неосторожности Страхователя. При этом после выплаты страхового возмещения пострадавшему пациенту Страховщик приобретает право взыскать со Страхователя выплаченную сумму страхового возмещения.

Страховая ответственность Страховщика по договорам включает в себя удовлетворение документально обоснованных требований пациента о возмещении нанесенного им ущерба, возникшего в результате страхового случая; расходов, необходимых для восстановления здоровья; расходов на погребение потерпевшего; необходимые и целесообразные расходы по предварительному выяснению обстоятельств и степени виновности Страхователя.

В сумму страхового возмещения не включается: стоимость медицинских услуг, в процессе оказания которых была допущена ошибка, в результате которой был причинен вред потерпевшим лицам; стоимость медицинских услуг, повторно оказанных Страхователем потерпевшему лицу.

Резюме:

Реформа системы здравоохранения – это, прежде всего, преодоление структурно-функциональных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных ресурсов повышения доступности и КМП. Одним из ресурсов, как подчеркивалось выше, является правовое страхование пациентов и врачей.

Целевая медико-социальная потребность пациента в медицинской услуге и целевая потребность врача предоставить медпомощь являются составляющими пускового механизма функционирования системы страхования. Они в поле страховой системы уравниваются и являются мотивацией взаимоотношений врача и пациента на максимально открытом и доверительном уровне.

Логика ситуационной модели характеризует страхование ответственности в КБ УДППКР, с одной стороны, как априорное состояние медицинских предложений по удовлетворению медико-социальных потребностей пациента, с другой – как конкретную врачебную деятельность КБ УДППКР по удовлетворению спроса на доступную и качественную медпомощь.

## *Литература*

1. *Афони́на Е. В.* Удовлетворенность пациентов хирургических отделений бытовыми условиями больницы // *Е. В. Афони́на // Экология человека: медико-социальные проблемы. сб. науч. тр. СПб., 2003. С. 184-187.*
2. *Ахунов И. Н.* Проблема количественного измерения здоровья в медицине: методика качества жизни. / *И. Н. Ахунов, М. Э. Гурылева // Науч. Тр. III Всероссийского Съезда (Национального Конгресса) по медицинскому праву. М., 2007. С. 18-22.*
3. *Баклушина Е. К.* Медико-организационные аспекты обеспечения прав несовершеннолетних пациентов. / *Е. К. Баклушина, М. В. Нуженкова // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения: сб. науч. тр. СПб., 2006. С. 142-145.*
4. *Бало А. М.* Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред. / *А. М. Бало, А. А.Бало. СПб.: Издательство «БиС», 2001. 374 с.*
5. *Буромский И. В.* Правовая основа медико-социальной деятельности: учебное пособие. / *И. В. Буромский. М.: «Статут», 2003. 193 с.*
6. *Вардосанидзе С. Л.* Теоретические и прикладные аспекты управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре. // *Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2002. 49 с.*
7. *Вигдорчик В. И.* Правоприменительная практика управления рисками в медицине. / *В. И. Вигдорчик, М. В. Болотина, А. В. Кулешов // Науч. тр. III Всероссийского Съезда (Национального Конгресса) по медицинскому праву. М., 2007. С. 26-31.*
8. *Гранатович О. В.* Медико-социальные потребности и реализация прав пациентов в условиях многопрофильного стационара. // *Автореф. дис. ...канд.мед.наук. Санкт-Петербург, 2008. 20 с.*
9. *Гройсман В. А.* Совершенствование технологий управления лечебно-профилактическим учреждением. // *Автореф. дис. ...докт. мед. наук. М., 2000. С. 14-38.*
10. *Гущин Д. И.* Юридическая ответственность за моральный вред / *Д. И. Гущин. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. 165 с.*
11. *Губин Г. Н.* Научно-организационное и правовое обеспечение функционирования системы здравоохранения субъекта федерации // *Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 1999. 20 с.*
12. *Еругина М. В.* Стандартизация защита пациента и медицинского работника. / *М. В. Еругина, О. Г. Двоенко, М. В. Власова // Гуманитарные методы исследований в медицине: состояние и перспективы: сб. науч. стат. Саратов, 2007. С. 88-91.*
13. *Ефименко С. А.* Социология пациента. // *Автореф. дис. ...докт.соц.наук. М., 2007. 46 с.*
14. *Железняк Е. С.* Современные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса. // *Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996. № 3. С. 20-22.*
15. *Пацукова Д. В.* Научное обоснование процедур защиты прав застрахованных пациентов в условиях возмездного договора // *Автореф. дис. ...канд.мед.наук. М., 2005. 20 с.*
16. *Рябинина О. В.* Организационно-правовые аспекты внедрения страхования гражданской ответственности за причинение вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства // *Автореф. дис. ...канд.мед.наук. М., 2008. 22 с.*
17. *Сагымбаев М. А.* О синдроме профессионального сгорания хирургов. // *Хирургия Кыргызстана, 2007. № 2. С. 19-21.*
18. *Худолеева О. Б.* Медико-социальная оценка оптимизации ресурсов здравоохранения в условиях реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи населению. // *Автореф. дис. ...канд.мед.наук. Хабаровск, 2004. 21 с.*