

ЗАПОБІГАННЯ ВИНИКНЕННЮ ПОМИЛОК І КОНФЛІКТІВ У ДОГОВІРНИХ ВІДНОСИНАХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І СТРАХОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ



ЮРІЙ МОЧАЛОВ,

канд. мед. наук,
доцент ДВНЗ
«Ужгородський
національний
університет»

НИНІ, за відсутності в Україні системи загальнодержавного обов'язкового медичного страхування, в окремих місцевостях з ініціативи роботодавців або іноді й самих громадян укладаються та діють договори добровільного медичного страхування між юридичними особами та страховими організаціями на користь фізичних осіб або між власне фізичними особами та страховиками. Функціонування такої системи потребує злагодженої та постійної роботи з урегулювання збитків за договорами добровільного медичного страхування, організації надання медичних послуг (допомоги) та їх оплати. Так звана «сервісна» ланка відіграє важливу роль у бізнес-процесі добровільного медичного страхування.

З огляду на світову практику, можна стверджувати, що цивільно-правові відносини типу «лікувально-профілактичний заклад — страхова компанія (асистанс)» — імовірно, найбільш поширені у сфері медичних послуг за добровільним медичним страхуванням. У світі все більше медичних закладів відмовляється від схеми «медичний заклад — пацієнт». При цьому на страховика перекладається «тягар» досягнення домовленостей з конкретним громадянином (пацієнтом) про обсяг і якість медичних послуг, які буде передбачено майбутнім договором добровільного медичного страхування. Для комерційно орієнтованого медичного закладу такі правовідносини мають сенс.

ПЕРЕВАГИ ДОГОВІРНИХ ВІДНОСИН МІЖ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ І СТРАХОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

По-перше, відмова від роботи із залучення пацієнтів (клієнтів) до користування послугами медичного закладу заощаджує людські та фінансові ресурси.

По-друге, укладення договору добровільного медичного страхування на обслуговування відразу цілої групи осіб дозволяє медичному закладу отримати багато пацієнтів, що, у свою чергу, забезпечує відповідне виробниче навантаження на персонал і стабільний дохід лікувально-профілактичного закладу (це здебільшого має значення для приватних лікувально-профілактичних закладів, однак і для бюджетних закладів отримання коштів

УВАГА!

Укладення договору добровільного медичного страхування на обслуговування відразу цілої групи осіб дозволяє медичному закладу отримати багато пацієнтів, що, у свою чергу, забезпечує відповідне виробниче навантаження на персонал і стабільний дохід лікувально-профілактичного закладу

понад бюджетне фінансування — значна перевага). За таких умов кожен керівник лікувально-профілактичного закладу може забезпечити своїм співробітникам адекватні умови праці й відповідну їх кваліфікації заробітну плату (або додаткові винагороди).

По-третє, активи й фінансові ресурси будь-якої страхової організації значно вищі за фінансові можливості конкретного громадянина (пацієнта або клієнта), а отже лікувально-профілактичному закладу легше захистити свої фінансові інтереси в разі виникнення конфлікту (наприклад, погашення заборгованості за надані платні медичні послуги). Страхова організація має вищу кредитоспроможність, ніж пересічний громадянин.

Утім, все перераховане вище — це лише один бік медалі. Якщо поглянути на зворотний — перспективи видаються не такими позитивними.

НЕДОЛІКИ ДОГОВІРНИХ ВІДНОСИН МІЖ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ І СТРАХОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

Працюючи зі страховою організацією (асистансом), кожен лікувально-профілактичний заклад стикається з тим, що контрагентом за договором про надання медичних послуг (допомоги) виступає не конкретна фізична особа (яка, з одного боку, має «побутові» й незавжди обґрунтовані вимоги до обсягу та якості медичних послуг (допомоги), які їй зобов'язані надати, а з другого — дуже часто не має чіткого уявлення про свої права в відносинах сфери охорони здоров'я та щодо обов'язків лікувально-профілактичного закладу перед пацієнтом), а організація, де працюють фахівці у сфері охорони здоров'я, які мають достатні знання, професійний досвід і рівень кваліфікації для того, щоб адекватно оцінити якість наданої медичної послуги (допомоги), її доцільність, наступність та обсяг. Також серед співробітників страхових організацій є й фахівці у сфері права. Тож у разі виникнення конфлікту

між сторонами медичному закладу доведеться зіштовхнутися з досвідченою юридичною службою страхової організації, якій, як свідчить судова практика та практика досудового врегулювання спорів, медичні заклади найчастіше не можуть протистояти.

Іноді страхові організації (асистанси) у відносинах з лікувально-профілактичними закладами займають жорстку позицію, диктуючи свої умови в імперативній, безапеляційній манері. Заклад охорони здоров'я може опинитися перед вибором: або працювати зі страховою компанією на умовах, які запропоновано в стандартному договорі, або не працювати з такою страховою компанією взагалі.

Кожна страхова організація постійно, протягом усього терміну дії сервісного договору, укладеного із лікувально-профілактичним закладом, проводить перевірки обсягу та якості медичних послуг, наданих застрахованим за договорами добровільного медичного страхування пацієнтам. У випадку відносин «лікувально-профілактичний заклад — пацієнт» перевірки такого виду просто неможливі, й контроль може бути проведено за зверненням громадянина до закладу або територіальними органами управління охороною здоров'я (служби захисту прав споживачів). Пересічний пацієнт зазвичай не надає значення обсягу й якості отриманих послуг, для нього критерієм задовільної або незадовільної якості медичної допомоги є його власне самопочуття й фізичний стан.

Такі позитивні й негативні сторони співпраці закладів охорони здоров'я та страхових організацій з'ясовуються вже під час поверхневого розгляду проблеми. Які ще наслідки має така співпраця, розглянемо, звернувшись до практики договірних відносин між страховими компаніями та медичними закладами у сфері добровільного медичного страхування.

ОСНОВНІ ПОМИЛКИ В ДОГОВОРАХ

Наведемо приклади найпоширеніших помилок, яких можуть припускати сторони під час укладення договору про надання медичних послуг (допомоги).

1. Включення в текст договору некоректно сформульованого пункту про право знайомитися з первинною медичною документацією фізичних осіб — застрахованих за договорами добровільного медичного страхування пацієнтів, у тому числі з відомостями, які є лікарською таємницею. Подібні пункти, які мають подвійне тлумачення, трапляються практично в кожному договорі, який укладається між страховою організацією й медичним закладом.

Лікувально-профілактичні заклади та їх відповідальні особи часто погоджуються з таким пунктом, вважаючи його формальністю, і навіть не

підозрюють про неприємності, які можуть виникнути у зв'язку з наданням подібної інформації страховим компаніям без належного оформлення формальної згоди пацієнта.

Згідно з чинним законодавством України інформація про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я громадянина, його діагноз й інші відомості, отримані під час його обстеження та лікування, складають лікарську таємницю. Не допускається розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю, особами, яким вони стали відомі під час навчання, виконання професійних, службових та інших обов'язків, крім випадків, встановлених законодавством України. Тобто фактично медичний заклад повинен гарантувати застрахованій особі-пацієнту, який звернувся за медичною допомогою, нерозголошення вищезазначених відомостей.

Водночас законодавство України передбачає випадки повідомлення окремим особам відомостей, що становлять лікарську таємницю. На практиці це можливо з метою подальшого обстеження й лікування пацієнта. Але повідомлення такої інформації для проведення наукових досліджень, публікацій у науковій літературі, використання відомостей у навчальному процесі та в інших цілях можливо тільки за згодою громадянина або його законного представника.

Крім того, повідомлення інформації, яка може становити лікарську таємницю, без згоди фізичної особи або її законного представника допускається:

- у випадку надання медичної допомоги особі, яка з огляду на свій фізичний стан не здатна висловити власну волю;
- у разі загрози поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь та уражень іншими небезпечними агентами;
- на запит правоохоронних органів у зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом;
- якщо є підстави вважати, що шкода здоров'ю громадянина заподіяна в результаті вчинення протиправних дій;
- на запит страхових організацій під час з'ясування всіх обставин страхового випадку (ст. 25 Закону України «Про страхування»).

Законодавство України забезпечує збереження лікарської (медичної) таємниці й після її розголошення третім особам. Оскільки останні на рівні з медичними та фармацевтичними працівниками (з урахуванням заподіяної громадянину шкоди) несуть дисциплінарну, адміністративну або кримінальну відповідальність відповідно до чинного законодавства за розголошення такої інформації.

Так, зміст більшості нормативно-правових актів дещо суперечить нечітко виписаній нормі Закону України «Про страхування», оскільки не врегульовано зміст запиту й обсяг інформації про пацієнта, який може надаватися страховику для розслідування страхового випадку. Тому з метою запобігання

виникненню конфліктних ситуацій, уникнення порушення прав фізичної особи на захист особистої та медичної таємниці бажано до змісту договорів добровільного медичного страхування вносити норми про право доступу страховика до інформації про здоров'я застрахованої особи, у тому числі й до лікарської (медичної) таємниці. Утім, такі норми слід включати й до тексту договору про надання медичних послуг (допомоги), що укладається між страховою організацією та лікувально-профілактичним закладом. Медичному закладу бажано мати достовірну інформацію про отримання згоди на доступ до подібних відомостей від застрахованої особи у вигляді копії (виписки) з договору добровільного медичного страхування, або в такої особи потрібно отримати письмову згоду під час звернення (або прикріплення в разі тривалого обслуговування) до медичного закладу.

Вимога ж страхових організацій щодо включення в текст договору з медичним закладом умов, згідно з яким вони мають право безперешкодно знайомитися з усіма медичними документами застрахованого пацієнта, в тому числі з документами, які містять в собі лікарську таємницю, суперечить чинному законодавству України.

УВАГА!

З метою запобігання виникненню конфліктних ситуацій, уникнення порушення прав фізичної особи на захист особистої та медичної таємниці бажано до змісту договорів добровільного медичного страхування вносити норми про право доступу страховика до інформації про здоров'я застрахованої особи, у тому числі й до лікарської (медичної) таємниці

Однак, якщо пацієнт, застрахований згідно з договором добровільного медичного страхування, надав страховій організації в письмовій формі свою згоду на ознайомлення представників компанії з його медичними документами, у тому числі з документами, які можуть містити лікарську (медичну) таємницю, то на-

дання вищевказаних відомостей буде законним і не спричинить настання для медичного закладу й посадових осіб останнього будь-яких несприятливих правових наслідків, передбачених чинним законодавством України та пов'язаних з розголошенням відомостей, що становлять лікарську таємницю.

На практиці, укладаючи договір зі страховою організацією, медичний заклад повинен з'ясувати, чи є у страхової компанії правова підстава для висування таких вимог (ознайомлення з медичними документами пацієнта) і включення їх в текст договору. Якщо є, то необхідно запитати в страхової організації документи, які підтверджують, що конкретний громадянин дав їм свою письмову згоду на ознайомлення з медичними документами, у тому числі з відомостями, що становлять лікарську таємницю. Надавати такі відомості можна тільки про тих осіб, згода яких отримана страховою компанією.

Якщо правові підстави страхової компанії на включення подібного пункту в текст договору відсутні, то необхідно відмовитися як від власне включення, так і від надання відомостей, що становлять лікарську таємницю.

Оскільки такі дії можна кваліфікувати як розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю, що спричинить притягнення до відповідальності посадових осіб медичного закладу, які розголосили таку інформацію.

2. Іншою неоднозначною умовою сервісних договорів між страховими організаціями та лікувально-профілактичними закладами є включення в текст документу пунктів, які фактично передбачають право страхової організації втручатися в лікувально-діагностичний процес та медичне обслуговування застрахованих осіб.

Деякі страховики та асистантські компанії включають в тіло договору з медичним закладом подібну умову, посилаючись на необхідність контролювати обсяг та якість медичної допомоги, яка надається пацієнтам. Подібна практика лежить поза межами чинного українського правового поля й може порушувати як права пацієнта на збереження лікарської (медичної) таємниці, так і медичного закладу з його персоналом, який самостійно обирає методики й план лікування та несе відповідальність згідно з чинним законодавством України.

Відповідно до норм Цивільного та Господарського кодексів України процедура надання послуг (а в деяких випадках предметом сервісних договорів у добровільному медичному страхуванні є саме надання платних медичних

послуг) лікувально-профілактичним закладом пацієнтові-застрахованій особі регулюється згідно із загальними правилами та нормами договору про надання послуг (підряду). Відповідно до прав замовника в договорах надання послуг останній (в нашому

УВАГА!

Втручання в діяльність медичного закладу, в тому числі й рекомендації щодо застосування або призначення певного методу лікування або діагностики, лежить поза сферою компетенції страховика

випадку — страхова компанія або довірена третя особа) має право в будь-який час перевіряти хід і якість надання послуг виконавцем, не втручаючись в його діяльність.

Таким чином, страхова організація, яка найчастіше виступає замовником у разі укладення договору про надання медичних послуг (допомоги), дійсно має право перевіряти хід надання та якість замовленої медичної послуги (допомоги) застрахованим особам. Однак втручання в діяльність медичного закладу, в тому числі й рекомендації щодо застосування або призначення певного методу лікування або діагностики, лежить поза сферою компетенції страховика. У таких питаннях медичний заклад має чітко й жорстко відстоювати свої позиції та наполягати на виключенні з договору зі страховою організацією пунктів, які передбачають втручання третіх осіб в діяльність медичного закладу.

Окрім того, варто пам'ятати, що незалежно від рекомендацій третіх осіб відповідальність за хід, якість і результати лікування фізичної особи

(пацієнта) несе лікувально-профілактичний заклад і безпосередньо лікуючий лікар, який є його співробітником.

3. Іншим суперечливим питанням договорів про обслуговування застрахованих осіб в медичних закладах є фактичне обмеження права медичного закладу припинити виконувати умови договору щодо застрахованої особи (пацієнта), яка не виконує відповідні рекомендації лікаря, таких, які не з'являються на прийом, порушують правила внутрішнього розпорядку медичного закладу або одночасно проходять лікування того ж захворювання в інших медичних закладах і займаються самолікуванням.

Чинне українське законодавство в сфері охорони здоров'я не містить норм, які б регулювали право медичного закладу відмовитися від обслуговування пацієнта (застрахованої особи), який порушує лікувальний процес, але в ньому й відсутні норми, які б виключали подібну заборону. Очевидно, що така поведінка пацієнта може зумовити конфлікт між страховою організацією та лікувально-профілактичним закладом. У разі його виникнення медичному закладу нелегко довести, що ускладнення процесу лікування або

ймовірна шкода, заподіяна здоров'ю пацієнта, не є наслідком лікування його в цьому лікувально-профілактичному закладі й у конкретного лікаря, а спричинена порушенням пацієнтом лікувально-діагностичного процесу.

Отже, медичним закладам варто наполягати на включенні до статей договору зі страховою компанією

умов, що дозволяють медичному закладу припинити обслуговування застрахованої особи, та внести відповідну похідну норму до договору страхування, або зобов'язати страховика належним чином повідомляти застрахованих осіб про такі права лікувально-профілактичного закладу.

Позиція страхової компанії не включати в текст договору подібних норм зрозуміла, оскільки для неї така відмова може призвести до втрати клієнтів і зменшення обсягів страхових премій, які отримує страхова організація, та гіпотетично може негативно вплинути на її дохід. Однак медичний заклад мусить захищати власні права та інтереси, дотримуючись чинних норм права, і включення такого пункту в тіло договору стане адекватним мінімумом дій, які допоможуть захистити медичний заклад від непередбачуваної поведінки застрахованої особи та недобросовісної поведінки страхової компанії (асистансу).

4. Час від часу трапляється неточне й неграмотне складання документів, які додаються до договору, та оперативних документів, які складаються

УВАГА!

Медичним закладам варто наполягати на включенні до статей договору зі страховою компанією умов, що дозволяють медичному закладу припинити обслуговування застрахованої особи, та внести відповідну похідну норму до договору страхування, або зобов'язати страховика належним чином повідомляти застрахованих осіб про такі права лікувально-профілактичного закладу

в період дії договору на підтвердження наявних взаєморозрахунків і договірних відносин. Така ситуація часто виникає внаслідок байдужого й недбалого ставлення рядових співробітників страхових організацій та співробітників медичних закладів до своєї роботи й складання первинних документів.

Так, наприклад, додатками до договору часто є зразки звітної документації та уніфікованих форм повідомлення необхідної оперативної інформації між контрагентами, номери для оперативного телефонного, факсимільного та електронного зв'язку між відповідальними особами сторін за договором, що укладається між страховою компанією й медичним закладом, додається список уповноважених вчиняти дії, які підпадають під умови укладеного договору, осіб. У разі корпоративного страхування працівників великих (особливо містоутворюючих) підприємств, які «прикріплюються» для обслуговування до одного медичного закладу, часто додатком до укладеного договору про обслуговування застрахованих осіб є затверджений сторонами перелік застрахованих осіб, яких медичний заклад буде супроводжувати та обслуговувати, із зазначенням виду страхового продукту. Але, як свідчить практика, протягом терміну дії договору про обслуговування застрахованих осіб їх склад часто змінюється, і новий список узгоджується не за тією ж формою, за якою спочатку був складений у договорі, а усно або, в кращому випадку, у факсимільному вигляді.

У таких випадках у разі виникнення спорів із страховиками медичний заклад має довести, що зазначені в списку особи дійсно були направлені на медичне обслуговування страховою компанією, а не мали обслуговуватися медичним закладом на загальних підставах. На практиці довести це досить складно, а часом і неможливо. Тому керівництво лікувально-профілактичного закладу має постійно проводити роботу з підлеглим персоналом, пояснювати необхідність ретельного, уважного й відповідального ставлення до підготовки оперативних документів протягом дії договорів зі страховими компаніями.

Наведені приклади не є вичерпними й лише частково демонструють можливі проблеми в роботі із страховими й асистанськими організаціями, які можуть виникати в разі недостатньої підготовки персоналу медичних закладів, особливо в правових питаннях. Керівництву й персоналу медичних закладів необхідно вчитися працювати із страховими та посередницькими організаціями, вивчати ті норми права, які регламентують відносини між страховими компаніями та медичними закладами згідно з договорами добровільного медичного страхування. Зрештою, успішний результат співпраці лікувально-профілактичних закладів і страхових компаній залежить лише від правильності побудови бізнес-процесу та відповідального й точного виконання своїх обов'язків під час обслуговування застрахованих осіб як працівниками медичних закладів, так і страхових компаній. ■