



**Original Article: ASSICURAZIONE PAZIENTE - SISTEMA DI PARTENARIATI
PUBBLICO-PRIVATO NELLA SANITÀ**

Citation

Gnezdova, J.V. Assicurazione paziente - sistema di partenariati pubblico-privato nella sanità. *Italian Science Review*. 2014; 8(17). PP. 8-10.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/august/Gnezdova.pdf>

Author

J. Gnezdova, Smolensk State University, Russia.

Submitted: August 1, 2014; Accepted: August 10, 2014; Published: August 19, 2014

Oggi, la salute è il settore più importante della sfera sociale, che è il più vicino possibile alla popolazione. Che è la responsabilità primaria per la conservazione della vita e della salute dei cittadini, prevenire e ridurre l'incidenza della popolazione e di conseguenza lo sviluppo del paese e la crescita del PIL. Più importante per la salute è l'assicurazione medica obbligatoria, che fa parte della sicurezza sociale. Un ruolo in economia sanitaria svolge un'assicurazione di proprietà privata, di cui una parte è l'assicurazione sanitaria, assicurazione sanitaria volontaria e assicurazione di responsabilità medici professionisti. Diversamente sull'assicurazione sanitaria obbligatoria come parte del sistema di assicurazione sociale finanziato dalla fiscalità fiducia, l'assicurazione sanitaria volontaria è una forma importante di attività finanziarie e commerciali. Assicurazione sanitaria volontaria si riferisce al settore assicurativo come un importante elemento di base del funzionamento delle relazioni di mercato. Quasi tutti i paesi del mondo moderno, il sistema economico è caratterizzato da un'economia di mercato socialmente orientata, in un modo o nell'altro utilizzano assicurazione sanitaria

obbligatoria per risolvere i problemi di salute [1].

Attualmente, a seguito della realizzazione del programma di modernizzazione del sistema sanitario nelle regioni della Federazione Russa sono state create le condizioni confortevoli per il personale medico e dei pazienti in ospedali, cliniche, studi medici e ostetriche, cliniche edificio ben ristrutturato, quartiere centrale e ospedali regionali, ha acquistato attrezzature moderne. Ma la questione è diventata di competenza mancata corrispondenza acuta del medico e delle attrezzature acquistate e farmaci moderni. Ad oggi, non vi è grave carenza di personale qualificato medici nella maggior parte delle regioni della Federazione Russa, che si riflette nella qualità delle cure [2].

Attualmente, le compagnie di assicurazione sanitaria monitorare la qualità delle cure solo controllando il Registro di sistema (corrispondente periodo del trattamento, se non vi è duplicazione evento, compresa l'assistenza fornita in clinica durante il periodo di in-paziente, se tale aiuto concesso in licenza struttura medica se vi è un ricovero non-core, l'uso ingiustificato della tariffa alto costo delle cure, divisione irragionevole di un singolo caso di assistenza sanitaria, due o più).

Esame della qualità delle compagnie di assicurazione sanitarie effettuate da medici - esperti controllando le cartelle cliniche primarie (ambulatoriali, storie). Tuttavia, per dimostrare un errore medico in Russia è quasi impossibile. In Russia, più di 60 anni, non c'era praticamente nessuna assicurazione sanitaria, ma questo sistema ha acquisito una notevole esperienza in altri paesi, per cui è necessario esaminare l'esperienza non è a scopo di copiarlo, ma di utilizzare il lato positivo durante la creazione di un sistema nazionale di assicurazione malattia. Inoltre, lo studio delle esperienze di altri paesi possono contribuire ad evitare alcuni degli errori che sono stati difficili da superare nella nostra situazione economicamente difficile. Tuttavia, in questo momento, il sistema sanitario russo non è pronto per l'introduzione della legge "Sulla assicurazione obbligatoria della responsabilità civile delle istituzioni mediche o medici ai pazienti," quindi è necessario portare il sistema sanitario, almeno per rispetto, altrimenti si tradurrà in nuove sfide che aggravare la situazione generale cose in medicina interna [3].

Una soluzione a questo problema è quello di utilizzare partenariato pubblico-privato per sviluppare un modello di organizzazioni o medici assicurazione di responsabilità civile per i pazienti. Questo modello di assicurazione può avere le seguenti fasi di attuazione:

Stadio I Lo Stato deve agire come garante da una chiara medico fissazione istituzionale a un posto di lavoro in ospedali o cliniche private nel quadro della preparazione dei registri degli operatori sanitari, strutture sanitarie, centri medici privati in ogni regione della Federazione Russa. Dal momento che oggi nella maggior parte delle regioni della Federazione Russa gli stessi operatori sanitari "del mattino fornire assistenza medica in un ospedale pubblico, e la sera di servizi medici in una clinica privata", aventi le stesse conoscenze e le competenze.

Pertanto, al verificarsi di un errore medico, nessuno degli ospedali non può confermare.

Fase II professionale organizzazione non-profit creata da medici professionisti e lavoratori farmaceutici dovrebbe avere il potere di concedere in licenza tutti i medici, indipendentemente dal luogo di lavoro di quest'ultima in ogni regione della Federazione russa nel quadro creato da organismi di autodisciplina (OAD), ai sensi dell'articolo 76 della Legge federale N 323-FZ del 21 Novembre 2011. Licensing permetterà professionisti del settore sanitario di assegnare la responsabilità di una organizzazione non-profit professionale creata da medici professionisti e lavoratori farmaceutici nella maggior parte dei paesi del mondo.

Fase III La formazione della base finanziaria deve essere inizialmente finanziato nell'ambito del capitale di avviamento, valutando lo stato delle strutture sanitarie pubbliche e proprietari di cliniche private. Inoltre, l'onere finanziario sarà a carico di strutture sanitarie, centri privati per ogni medico e il medico stesso personalmente da versamenti del salario mensile.

Stadio IV ingresso al mercato russo per le imprese straniere di assicurazione private. Assicuratori, organizzazioni di assicurazione sanitaria non devono entrare nel sistema sanitario. Le autorità e le agenzie di salute non hanno il diritto di essere loro fondatori.

Fase V Licensing e l'accreditamento degli istituti di esperti medici (pubblici e privati), piuttosto che singoli esperti da parte delle autorità pubbliche per un esame medico indipendente.

Nel sistema di assicurazione sanitaria operatori sanitari sono in una certa interessi misura coincidono con gli interessi di tutti gli stakeholder di assicurazione, in quanto cittadini, possono essere assicurati e dipendenti delle compagnie di assicurazione, ma soprattutto come dipendenti di istituti medici o persone impegnate nella pratica medica individuale, agiscono come esecutori di servizi medici.

L'assistenza medica in agenzie di assicurazione sanitaria è qualsiasi forma di proprietà. Essi sono entità economiche indipendenti, stipulare contratti con le organizzazioni di assicurazione sanitaria e operare in accordo con esse. Contenuto dell'accordo definisce i diritti e gli obblighi dell'istituzione. [4]

I pazienti si devono ora scegliere un medico e redditi medico dovrebbe

dipendere le sue abilità e capacità di comunicare con i pazienti.

References:

1. Abramov, V.Y. 2007. Insurance: Theory and Practice. Moscow. 221 p.
2. Burkov, V.N., Zalozhnev, A.J., Kulik, O.S., Novikov, D.A. 2001. Insurance mechanisms in the socio-economic systems. Moscow. 321 p.
3. Luk'yanchuk, E. 2012. Health insurance in the EU, or on his own taste not? # 2.
4. Tersina, O. 2003. Health insurance in the United States. #32.

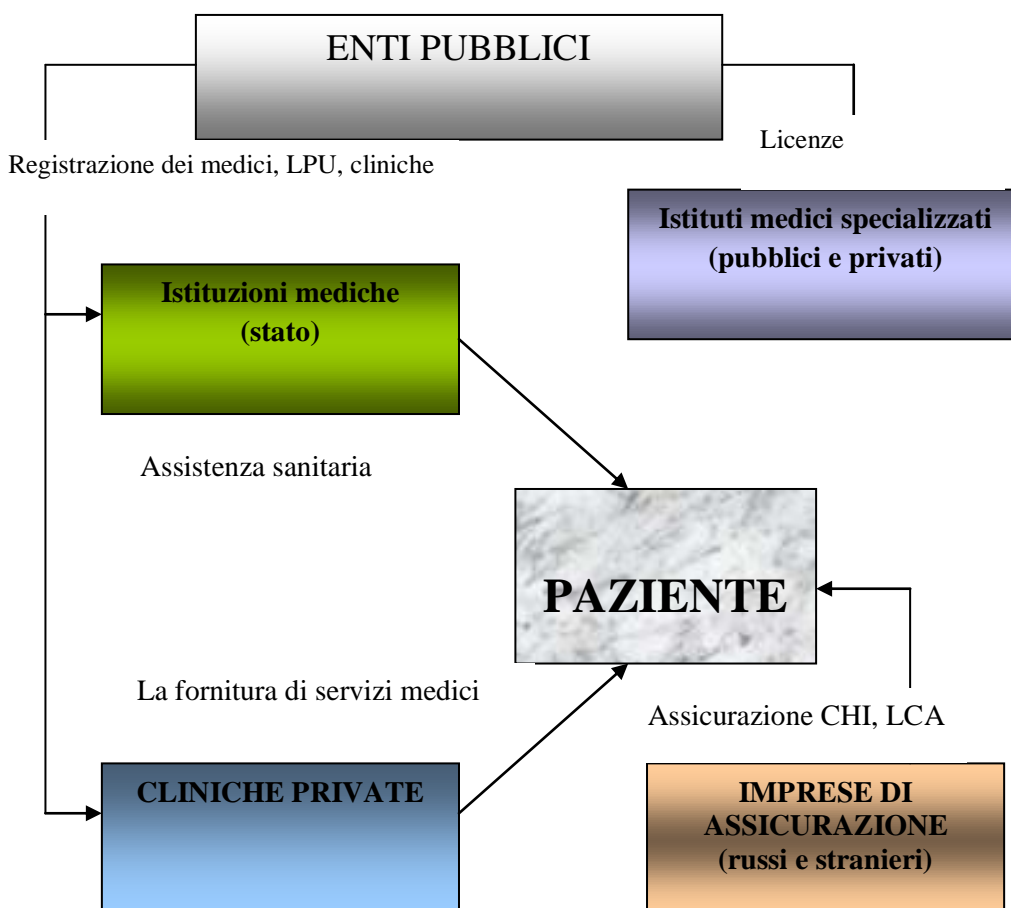


Fig. 1. Modello di una delle organizzazioni mediche assicurazione di responsabilità civile di partenariato pubblico-privato o medici per i pazienti