

Пилат В. Б.

аспирант, РЭУ им. Г. В. Плеханова

Сравнительный анализ русской и зарубежной практики страхования ответственности в медицине

В статье приведены результаты сравнительного исследования практики страхования профессиональной ответственности врачей и медицинских учреждений перед пациентами в США, Великобритании, Канаде и России. Выявлены институциональные, организационные, правовые, страховые особенности зарубежной практики страхования, которые должны быть учтены в процессе реформы медицинского страхования в России.

Ключевые слова: страхование профессиональной ответственности, медицинское страхование, врачебная ошибка, страховые взносы, страховые тарифы, страховое возмещение.

Comparative analysis of Russian and international practice of liability insurance in medicine

The article presents the results of comparative research of physicians' and medical organizations' professional liability insurance in the U.S., UK, Canada and Russia. The article identifies institutional, organizational, legal, insurance features of foreign insurance practice that should be considered in the health insurance reform in Russia.

Keywords: professional liability insurance, health insurance, medical error, insurance premiums, insurance tariffs, insurance indemnity.

Задачами исследования в данной статье явилось определение: каких структурных и инфраструктурных подразделений и институтов недостает сейчас отечественному страховому рынку и рынку здравоохранения; какие принципиально важные элементы этой системы действуют в таких странах как США, Великобритания и Канада; используются ли в системе страхования профессиональной ответственности врачей федеральные финансовые потоки этих стран; применяется ли в этих странах обязательное страхование данного вида ответственности.

Наиболее развитым в плане страхования врачебной ответственности является рынок США. Здесь нет национального закона об обязательном страховании профессиональной ответственности врача.

Суды каждого штата устанавливают принципы общего права на основании решений, принятых в результате рассмотрения индивидуальных исков. В этой стране действует принцип «прецедентного права», как и в Великобритании, Канаде.

Первенство США в области профессиональной ответственности в значительной степени связано с тем, что профессия врача в США является престижной и высокооплачиваемой. Врачи стабильно занимают первые строчки в списке самых высокооплачиваемых профессий страны¹. Средняя зарплата доктора в США составляет 150 000 долл. в год². Это богатая влиятельная социальная группа с широкими лоббистскими возможностями. Поэтому здесь не существует препятствий для того, чтобы врач самостоятельно оплачивал договор страхования своей профессиональной ответственности. Величина страховой премии для врачей велика и составляла в 1988 году примерно 15 900 долл. США для частнопрактикующего врача. Такие высокие взносы обусловлены, в частности, и тем, что в США по искам, связанным с ущербом жизни и здоровью, истец выплачивает гонорар своему адвокату, если последний выиграл или урегулировал дело, в отличие от других стран, где действует принцип «проигравшая сторона платит за все»³.

В некоторых источниках отмечается, что «...в США взносы за страховой полис различны не только у врачей разных специальностей, но и у врачей одного профиля, практикующих в разных штатах»⁴. Например, И.Э. Шинкаренко отмечает, что самыми высокими в США в 1988 г. были взносы акушеров-гинекологов — 35 000 долл. (в отдельных районах страны даже превышали 1 000 000 долл.), а самыми низкими — взносы психиатров — 4400 долл.⁵ В середине 1990-х годов стоимость страхового полиса семейного врача в США в штате Иллинойс составляла 4350 долл., а в Штате Индиана — 14 941 долл.⁶ В России практика дифференциации тарифов для разных врачебных специальностей частично уже учтена. В частности, в аналитических материалах к проекту создания Медицинского общества взаимного страхования тарифы для разных

¹ 20 highest-paying jobs — Anesthesiologist (1) — Money Magazine; Rambler Финансы — Рейтинг зарплат опубликован в США; Рейтинг самых высоко оплачиваемых профессий США. Форбс-2009.

² Reasons Not To Become A Doctor — Forbes.com

³ Шинкаренко И. Э. Страхование ответственности: Справочник. М.: Анкил, 2006. С. 45.

⁴ Пояснительная записка к проекту федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» / www.minzdravsoc.ru/health/modernization/3

⁵ Шинкаренко И. Э. Страхование ответственности: справочник. М.: Анкил, 2006. С. 369.

⁶ Там же. С. 369.

врачебных специальностей уже имеют отличия. Например, среднерыночные тарифы по страхованию ответственности врачей в этом документе составляют в процентах от страховой суммы: терапевт, окулист, рентгенолог — 1,3, невропатолог — 0,45, педиатр — 1,5, хирург — 1,95, стоматолог — 3,9, пластический хирург — 4,0⁷.

Аналогичная дифференциация страховых тарифов существует и при добровольном страховании ответственности. В отечественной науке практика страхования профессиональной ответственности в США рассматривается в основном с критических позиций по причине ее дороговизны для страхователей. Между тем, она обладает некоторыми специфическими особенностями, которые могут быть учтены отечественной страховой наукой. На наш взгляд, научный интерес представляет, прежде всего, тот факт, что не только отдельные врачи в США являются страхователями своей профессиональной ответственности. Свою гражданскую ответственность могут страховать отдельные клиники и медицинские организации как юридические лица. Причем последние несут ответственность за ненадлежащее исполнение собственных обязанностей по обеспечению безопасности помещений и оборудования, применяемого при лечении пациента, надлежащему ведению медицинской документации, проверке наличия соответствующей лицензии и аттестации у штатных и внештатных врачей, а также общему обеспечению качества медицинской помощи и принятых стандартов. Как работодатели они, как правило, по закону «несут ответственность за халатность своих работников. Больницы иногда выступают в качестве ответчиков в судебных процессах по делам о халатности медсестры или штатного врача. Больницы часто ведут защиту от имени своих работников, а также защищают себя и выплачивают возмещение в случае победы истца»⁸.

Последнее обстоятельство во многом сближает концепцию отечественного законопроекта о страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами с практикой аналогичного страхования в США. В то же время следует учитывать и тот факт, что кроме врачей и медицинских организаций по искам пациентов ответчиками могут быть и Федеральное правительство США, и правительства

⁷ Информационная записка к созданию Общества взаимного страхования медицинских работников в целях компенсации вреда потерпевшим пациентам в результате профессиональных ошибок врачей / www.nacmedpalata.ru/files/userfiles/mediki_1804_2011.doc

⁸ Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада // Здравоохранение за рубежом, 2007, № 5. С. 65.

отдельных штатов. Эти органы власти несут ответственность «за выплату возмещения, если оно не превышает установленной суммы»⁹.

Существенным отличием двух систем является отношение к понятию «врачебной ошибки». В США между «врачебной ошибкой» и «халатностью» разницы не усматривают. Здесь принципиально важным является общее требование к медицинским работникам в соблюдении ими «осторожности в отношении иных лиц для избежания нанесения последним вреда или ущерба»¹⁰. При рассмотрении жалоб и судебных дел понятие «стандарта помощи» определяется для каждого конкретного случая.

Еще одним существенным отличием является то, что при рассмотрении дела в суде истец в США, Канаде Великобритании должен доказать наличие следующих четырех признаков халатности, без чего он не может получить страхового возмещения.

1. Врач имел официальную обязанность соблюдать осторожность в отношении пациента. (Как правило, эта обязанность возникает в момент дачи врачом согласия на консультацию и лечение пациента. Специалисты отмечают, что «договоренность между врачом и пациентом создает обязанность первого соблюдать осторожность независимо от того, получал ли он вознаграждение за свои услуги или нет»¹¹).

2. Врач не исполнил эту обязанность, действуя в нарушении профессионального стандарта в отношении диагностики и лечения больного, установленного для данного случая. Была допущена, таким образом, профессиональная халатность.

3. Здоровью пациента был действительно нанесен вред.

4. Нанесенный здоровью пациента вред является прямым следствием неисполнения врачом своих обязанностей (халатности).

В отечественной концепции обязательного страхования гражданской (профессиональной) ответственности медицинских организаций и врачей предусмотрена *презумпция вины лица, причинившего вред*. Иными словами, изначально предполагается виновность причинителя вреда в его возникновении, и, соответственно, истец во всех случаях освобождается от доказывания наличия вины в действиях (бездействии) соответчиков. Государственное или муниципальное медицинское учреждение, выступая в качестве соответчика, *само должно доказать отсутствие вины в*

⁹ Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада // Здравоохранение за рубежом, 2007, № 5. С. 65.

¹⁰ Там же. С. 60.

¹¹ Там же.

своих действиях (бездействии). Только в случае, если отсутствие вины удастся доказать, ответственность за вред не наступает. Кроме того, в отличие от государственных и муниципальных медицинских учреждений, субъекты частной медицины независимо от организационно-правовой формы (ООО, ЗАО и т. п., а также частнопрактикующие врачи) несут ответственность за причинение вреда при отсутствии вины уже только *в силу предпринимательского характера* своей деятельности¹².

Серьезные различия между отечественной концепцией страхования и принципами страхования в США существуют и при определении вида страховых случаев. В США выплачиваются компенсации не только за ущерб здоровью, но и моральный ущерб, а также другие виды ущерба, выражаемые в денежном эквиваленте. К таковым относятся:

- возмещение за «потерю супружеской общности», т.е. потерю социальных и психологических преимуществ и благ, утраченных в связи с ухудшением здоровья или смерти супруга, ребенка или родителя;
- возмещение «за боль и страдания» / морального ущерба, связанного с причиненным здоровью вредом (независимо от того, выжил пациент или нет).

Аналогичные виды ущерба возмещаются также в Великобритании и Канаде. В Великобритании установлены «тарифы» на возмещение морального ущерба, которые «даже при пожизненной инвалидности редко превышают 130 000 фунтов»¹³. В Канаде также используются лимиты на возмещение морального вреда — 200 000 канадских долларов. Доля компенсаций за моральный ущерб в Канаде составляет до 15% от совокупного объема возмещений, а в США — от 33 до 50%¹⁴. Для сравнения, по данным А.В. Панова, который исследовал результаты судебных решений по искам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг за период с 2008 по 2010 год в России, установлено, что требования взыскания в судах денежной компенсации причиненного морального вреда составляют 97% всех рассматриваемых дел. Причем суммы, в которые истцы (т.е. пострадавшие пациенты) оценивают нанесенный им моральный вред, никогда в полном объеме не присуждаются. Пропорции заявленного и присужденного к компенсации морального вреда составляют внушительные размеры.

¹² Зиновьева О.В. Солидарная ответственность медицинских учреждений за совместное причинение вреда жизни и здоровью. / <http://gradusnik.ru/rus/doctor/pravo/08/>

¹³ Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада // Здравоохранение за рубежом, 2007, № 5. С. 62.

¹⁴ Там же. С. 62.

Например, по всем судебным решениям, которые описаны А.В. Пановым, заявленный моральный вред был оценен в 30 244 000 руб., а размер присужденного вреда, который содержался в судебных решениях, составлял всего 4 002 000 руб., то есть в 7,6 раза меньше¹⁵.

Кроме того, в российской правоприменительной практике распространено положение о том, что «особенности оказания медицинской помощи таковы, что не только причинение вреда, но и само оказание медицинской помощи связано с более или менее выраженными физическими страданиями, которые законодательством и правоприменительными органами признаются правомерными и, соответственно, претерпевание которых не рассматривается как моральный вред»¹⁶.

В США регистрация факта врачебной ошибки (халатности) тесно связана с процедурой лицензирования американских врачей. Лицензирование проводится двумя независимыми подразделениями: одно из них (Медицинский совет) создано для врачей, второе — для всех других работников сферы здравоохранения. Оба лицензирующих подразделения направляют сведения в Национальный банк данных лицензированных врачей, который поддерживается Федеральным правительством и активно используется больничными учреждениями и страховыми компаниями. Первые пользуются этими данными при приеме врачей на работу, вторые — для формирования статистики по рискам профессиональной ответственности. Это становится возможным потому, что при лицензировании американский врач обязан сообщить в лицензионную службу обо всех фактах врачебных ошибок (халатности), которые имели место в его профессиональной деятельности. Пациенты не имеют доступа к указанной базе данных. В России пока отсутствуют институты, регистрирующие на постоянной основе случаи допущения врачом ошибок и халатности, которые рассматривались бы в суде или досудебном порядке. Попутно отметим, что в США с целью снижения судебных исков разработаны законодательные нормы, в соответствии с которыми процедура досудебного разрешения споров становится обязательной. По мнению экспертов, эта мера оценивается как неоднозначная, поскольку «некоторые из таких методов стали эффективным средством «отсеивания» необоснованных исков, другие привели к возрастанию их числа, поскольку вос-

¹⁵ Панов А.В. Критерии, используемые судами при определении размера компенсации морального вреда по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право, 2011, № 6. С. 43.

¹⁶ Зиновьева О.В. Солидарная ответственность медицинских учреждений за совместное причинение вреда жизни и здоровью. / <http://gradusnik.ru/rus/doctor/pravo/08/>

принимаются как более быстрый и наименее затратный путь к разрешению конфликтов»¹⁷.

Проведенное нами обобщение данных о структуре и инфраструктуре рынка страхования профессиональной ответственности США, Великобритании и Канады позволило составить схематическое их изображение, представленное на рис. 1.



Рис. 1. Организация сектора страхования профессиональной ответственности врачей и медучреждений в США

¹⁷ Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада // Здравоохранение за рубежом, 2007, № 5. С. 62.

Особенно разветвленной является система в США. В ней представлены все возможные варианты обеспечения страхования профессиональной ответственности. В этом процессе задействованы крупные страховые компании, имеющие большой акционерный капитал и немалые страховые резервы, крупные общества взаимного страхования, компании, которые по своему размеру и функциям переросли нормативные рамки обществ взаимного страхования и превратились в крупные предпринимательские структуры с мощным акционерным капиталом. Последние осуществляют операции по страхованию профессиональной ответственности в медицине независимо от места проживания врача и его специализации. В источнике, который мы использовали для обобщения информации, подчеркивается: «Ни одна из этих категорий компаний не является доминирующей»¹⁸. Обращает на себя внимание тот факт, что существует и сектор самострахования, представленный отдельными государственными производителями медицинских услуг (Администрация по делам ветеранов, Больничная корпорация Йорка), где вообще не страхуют профессиональную ответственность своих учреждений и работников. Эти затраты, в случае их возникновения, покрываются из бюджета Правительства, а они сами становятся частью общего объема годовых затрат больничного учреждения. На рис. 1 прерывистой чертой выделены те элементы, которые отражают лишь нормы отдельных штатов, а не всей системы страхования профессиональной ответственности в США. Например, фонды, которые покрывают разницу между суммой компенсаций, присужденных в суде, и лимитом ответственности страховщика, или фонды, создаваемые на случай банкротства страховой организации. Помимо этих фондов может создаваться специальный Государственный страховой фонд в виде Объединенной страховой ассоциации, в которой врачи могут приобрести страховку дешевле, чем в коммерческой страховой организации. Однако и те шесть ключевых агентов, которые выделены нами на рис. 1, не исчерпывают их общего списка, поскольку в него со временем могут быть включены и медицинские страховые компании, которые страхуют по системе Медикэйр и Медикэйд. Начиная с 2007 года, в программах Медикэйд, а также некоторых страховых компаний в качестве переменной входит величина страхового взноса врача. Таким образом, тарифы, по которым программы оплачивают те или иные услуги, включают в себя данную категорию затрат врача. Следовательно, и эти агенты будут

¹⁸ Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада // Здравоохранение за рубежом, 2007, № 5. С. 66.

вносить свой вклад в страхование врачебной профессиональной ответственности.

По сравнению с США, в Великобритании и Канаде системы страхования профессиональной ответственности врачей более всего ориентированы на участие в этом процессе государственных финансов. На рис. 2 изображена система страхования в Великобритании. Если врач работает в учреждении, входящем в состав Национальной службы здравоохранения (НСЗ), он не сталкивается с необходимостью самостоятельно страховать свою профессиональную ответственность.



Рис. 2. Организация страхования профессиональной ответственности врачей и медучреждений в Великобритании

Для врачей, которые по отношению к НСЗ являются нештатными, существует возможность страхования в профессиональных ОВС или негосударственных страховых компаниях. Однако даже если больница является членом НСЗ, она может самостоятельно погашать обязательства, связанные с профессиональной медицинской ответственностью. Здесь, как и в США, развита система медицинских профессиональных ассоциаций, которые могут защищать права врачей в судах и выплачивать, в случае проигрыша дела, возмещения пострадавшим пациентам.

Еще более простой является канадская система страхования профессиональной ответственности в медицине (рис. 3).

Канадская ассоциация защиты медиков	Коммерческие страховые компании	Объединенный фонд самострахования
Покрывает все расходы, связанные с исками потерпевших пациентов к врачам, и судебные расходы	Страхуют профессиональную ответственность врачей нетрадиционной медицины и другой специализации. Клиентами могут быть и отдельные больничные учреждения.	Обеспечивает возмещение затрат по искам к больничным учреждениям. Взносы в фонд являются частью общего финансирования больниц

За исключением провинции Квебек, врачи по закону не обязаны приобретать индивидуальную страховку профессиональной ответственности. Однако, как и в США, большинство канадских больниц требуют ее при приеме на работу.

Рис. 3. Организация страхования профессиональной ответственности врачей и медучреждений в Канаде

В Канаде, также как и в США, Великобритании, нет специального закона об обязательном страховании профессиональной ответственности в медицине, за исключением провинции Квебек, где такой закон есть. Подавляющая часть расходов на возмещения пострадавшим пациентам и ведение судебных дел компенсируется Канадской ассоциацией защиты медиков как организацию с функциями, напоминающими ОВС. Источником средств для этих операций являются взносы врачей. Помимо нее больницы создают Объединенный фонд самострахования, из которых возмещаются системные риски — риски врачебных ошибок или халатности служащих самих больничных подразделений.

Сравнительный анализ показал, что ключевые преимущества организации страхования профессиональной ответственности врачей в США, Великобритании и Канаде по сравнению с Россией состоят в:

- отношении к врачебной ошибке (однозначно определенной и связанной с халатностью);
- наличии развитой инфраструктуры услуг по страхованию профессиональной ответственности (действуют различные виды страховых организаций, включая ОВС, медицинские ассоциации, наделенные правом страховать данный вид ответственности, различные фонды, гарантирующие достаточность средств для погашения любых обязательств перед пострадавшими пациентами, участие бюджетных средств для возмещения ущерба в некоторых крупных больничных цепях, возможности самострахования для отдельных медицинских учреждений и т.д.);

- особенностях судебной системы, требующих ответственного отношения пациента при заявлении им претензий к врачам и медицинским организациям при доказывании им причинно-следственной связи между нанесенным его здоровью ущербом и действиями медицинского персонала;
- сложившихся институтах лицензирования врачей; в обязанность им вменена регистрация фактов врачебных ошибок, результатами которой впоследствии могут пользоваться страховые организации для формирования страховой статистики.

Для отечественной страховой науки изучение особенностей западных систем страхования профессиональной ответственности дает возможность корректировки и дополнения создаваемой в настоящее время концепции развития данного вида страхования и дальнейших исследований в этой области.

Используемые источники

1. Зиновьева О.В. Солидарная ответственность медицинских учреждений за совместное причинение вреда жизни и здоровью. / <http://gradusnik.ru/rus/doctor/pravo/08/>
2. Панов А.В. Критерии, используемые судами при определении размера компенсации морального вреда по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право, 2011, № 6.
3. Шинкаренко И.Э. Страхование ответственности: справочник. М.: Анкил, 2006.
4. Архипов А.П., Хоминич И.П., Челухина Н.Ф. Развитие медицинского страхования в Российской Федерации. LAP LAMBERT Academic Publishing, Deutschland, 2013.
5. Пояснительная записка к проекту федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». / www.minzdravsoc.ru/health/modernization/3
6. Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада. // Здравоохранение за рубежом, 2007, № 5.