

**Положение в области страхования профессиональной  
ответственности медицинских работников в России**

**Март 2003 г.**

**Здравоохранение, питание и народонаселение (HNP)**

Отдел развития людских ресурсов

Сектор региона Европы и Центральной Азии



**Документ Всемирного банка**

---

Правительство Российской Федерации проявило интерес к внедрению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в ходе модернизации системы обязательного медицинского страхования.

Существующая в настоящее время система страхования ответственности медицинских работников позволяет пациентам требовать возмещения ущерба, причиненного их здоровью в результате оказания медицинских услуг, от ответственной за оказание помощи стороны, в частности, от медицинского учреждения, которое несет ответственность за нанесение вреда здоровью пациента. Однако в России не существует ни соответствующей правовой базы, ни законодательного органа, обеспечивающего регулирование в сфере страхования ответственности медицинских работников. Для возмещения вреда здоровью пациента необходимы следующие основания: (1) вред здоровью был нанесен в процессе оказания медицинских услуг; (2) нанесение вреда здоровью является исходом лечения, и (3) после подачи иска и до вынесения решения экспертная комиссия должна установить, причинение вреда здоровью пациента является следствием халатности, ошибки или небрежности лечебного учреждения.

Таким образом, пациент сначала подает жалобу в медицинское учреждение, в котором он проходил лечение. Пациент должен подать заявление в письменной форме и заявить, что имеются три основания для возмещения вреда. При подаче иска к письменному заявлению необходимо приложить медицинский документ. Если решение лечебного учреждения не удовлетворяет пациента, он может подать жалобу в ведомственный экспертный комитет департамента здравоохранения. В комитет входят независимые медицинские эксперты, которых департамент здравоохранения приглашает для проведения экспертизы. Если пациента не удовлетворяет решение экспертного комитета, он может подать иск в суд. Суд запрашивает медицинскую карту больного из медицинского учреждения, а также протоколы экспертного комитета, чтобы проанализировать документы пациента и медицинского учреждения. Решение суда является окончательным и юридически обязательным. Пациент может нанять адвоката для поддержки иска, но оплачивает его услуги из собственных средств.

Эта система заставляет медицинские учреждения воздерживаться от оказания некачественных медицинских услуг, поскольку возлагает на них ответственность за возмещение вреда здоровью. Если ответственность медицинского учреждения застрахована, то выплату компенсации берет на себя страховая компания. Страховые компании устанавливают размеры страховых взносов с учетом опыта, квалификации и специализации учреждения. Таким образом, размеры страховых взносов медицинских учреждений зависят от степени риска, связанного с процедурами, которые они осуществляют, и от количества жалоб и исков, поданных на лечебное учреждение. Если расходы на покрытие расходов медицинского учреждения возрастают, страховая компания корректирует

условия страхования медицинских расходов данного медицинского учреждения. Если размеры расходов на страховое покрытие резко возрастают, страховая компания имеет право отказать лечебному учреждению в оформлении страхового полиса. Другими словами, когда количество жалоб и расходы на возмещение вреда возрастают, страховые компании могут отказывать медицинским учреждениям в страховании ответственности, что может привести к политическому конфликту, как это было в США в 1980-е и 1990-е годы. Несмотря на сильные рычаги сдерживания, в ближайшее время эта система не сможет стимулировать лечебные учреждения и медицинских работников к оказанию более качественных услуг, поскольку пациенты, которые могли бы подать обоснованные иски, недостаточно активно ее используют.

Несмотря на то, что конкурентный рынок страхования существует и обеспечивает страховое покрытие ответственности медицинских учреждений, рынок страхования ответственности, судя по всему, пока находится на начальном этапе развития, чтобы обеспечить функционирование системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Это приводит к тому, что компании не реализуют программы управления рисками своих клиентов, направленные на сокращение количества жалоб и предотвращение серьезного вреда здоровью пациентов.

В настоящее время финансирование системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников осуществляется за счет страховых взносов лечебных учреждений. Профессиональная ответственность медицинских работников – новое явление для лечебных учреждений в Российской Федерации, и многие из них либо уверены, угрозы судебного разбирательства не существует, либо вообще не знают о существующем положении. Таким образом, к заключению договоров о страховании ответственности медицинских работников стремится лишь небольшая группа частных медицинских учреждений, которые выполняют такие связанные с риском процедуры, как косметические и глазные операции или оказывают стоматологическую помощь. В 2002 г. договоры о страховании ответственности медицинских работников заключили менее 5% частных медицинских учреждений. Сегодня в Российской Федерации существует небольшое, но постоянно увеличивающееся число частных медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь. Однако по данным из российских официальных источников, количество исков о некачественных медицинских услугах, поданных на частные медицинские учреждения, растет. Так, например, в 2002 г. только в Москве было подано 700 таких исков. За период с 2000 г. по 2002 г. в одном региональном правозащитном центре было подано 20 исков о некачественных медицинских услугах, по которым общая сумма полученной компенсации составила 600.000 руб.

Действующая система страхования ответственности медицинских работников регулирует расходы на возмещение вреда, причиненного здоровью граждан, обеспечивая выплату компенсации только за нанесение материального ущерба и игнорируя вопросы, связанные с выплатой компенсации «за физическую

боль и страдания» (моральный ущерб). Кроме того, контроль над расходами достигается за счет того, что размеры компенсации за нанесения материального ущерба определяются на основании размера заработной платы пострадавшего. Положение о том, что медицинские расходы должны оцениваться и компенсироваться как часть материального ущерба, отсутствует. Более того, в этой системе не предусмотрен механизм «предварительного отбора», позволяющий определить обоснованность иска на ранних этапах его рассмотрения. Отсутствуют положения о материальной ответственности или штрафах в отношении пациентов, подающих явно необоснованные иски, которые поступают в производство и доводятся до суда. Ожидается, что количество исков, независимо от их обоснованности, будет возрастать по мере того, как о своем праве на возмещение вреда будет узнавать все больше и больше пациентов, и если необоснованные иски не будут выявлены и отклонены на ранних этапах следствия, расходы на их рассмотрение превысят общую сумму расходов на здравоохранение.

Предлагаемая система обязательного медицинского страхования включает большое количество положений, касающихся страхования ответственности медицинских работников и определяющих права пациентов с точки зрения более широкой перспективы, по сравнению с действующей системой. Например, пациентам будет предоставлено право на предварительное досудебное рассмотрение жалобы в рамках системы обязательного медицинского страхования и участие в процессе рассмотрения. Организации медицинского страхования могли бы играть важную роль в системе страхования ответственности медицинских работников - вплоть до защиты прав страхователя в случае причинения вреда его здоровью в результате некачественной медицинской помощи. Например, организация медицинского страхования будет информировать пациентов о порядке возмещения вреда, причиненного их здоровью в результате некачественной медицинской помощи. Кроме того, организация медицинского страхования может подать иск на медицинское учреждение и от имени страхователя добиваться компенсации медицинских расходов, а также нанимать медицинских экспертов для проведения экспертизы по иску. Если факт оказания медицинским учреждением некомпетентной и/или некачественной медицинской помощи будет подтвержден в докладе эксперта, страховщик будет иметь право – полностью или частично - отказать лечебному учреждению в возмещении расходов на оказание таких медицинских услуг. С разрешения страхователя, компания медицинского страхования может представлять интересы страхователя в суде.

На данном этапе положения о том, как определить вред здоровью, какой ущерб возмещать и как определить размеры компенсации, отсутствуют. Кроме того, отсутствует система регулирования всего процесса, начиная с возбуждения дела и кончая вынесением решения по делу в суде. Сейчас халатность и ошибка поставщика услуг являются основанием для возмещения вреда, такие иски о нанесении вреда здоровью предъявляются частным медицинским учреждениям. По мере того, как все больше и больше граждан будут узнавать о своем праве на возмещение вреда здоровью вследствие некачественной медицинской помощи, количество исков, поданных на частные медицинские учреждения, будет

возрастать. Если страховые компании не включают в систему страхования рисков другие медицинские учреждения, деятельность которых не связана с высоким риском, многие частные лечебные учреждения, оказывающие медицинские услуги, связанные с высоким риском, столкнутся с увеличением размеров взносов или не смогут найти страховщика, гарантирующего покрытие их расходов. Это может привести к тому, что многие частные лечебные учреждения могут прекратить оказывать медицинские услуги, связанные с высоким риском.

Халатность или медицинские ошибки служат, судя по всему, достаточным основанием для возмещения вреда пострадавшим от некачественной медицинской помощи. Для рассмотрения вопроса о возмещении вреда здоровью, пациент должен подать иск о халатности медицинских работников. Если положения о «предварительном отборе», предусматривающем проведение медицинской экспертизы до подачи иска, отсутствуют, то рассмотрение большого количества необоснованных исков может привести к увеличению расходов на здравоохранение.

### **Рассмотрение будущей политики и законодательства**

При рассмотрении вопроса о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, необходимо четко понимать, что задача заключается в принятии соответствующего закона, а также в обеспечении эффективности политики в этой области. С социальной точки зрения, а также с точки зрения обеспечения качества услуг при определении условий страхования и возмещения вреда в системе страхования профессиональной ответственности медицинских работников необходимо исходить из следующих двух требований:

1. Предотвращение медицинских ошибок; и
2. Возмещение ущерба пациентам или их родственникам за последствия неблагоприятного исхода лечения и пребывания в медицинских учреждениях.

Что касается предотвращения медицинских ошибок, то в этой области необходимо принять и проводить комплексную и всеобъемлющую политику неуклонного повышения качества услуг. Эта политика должна охватывать все аспекты качества (система предоставления услуг, процесс оказания услуг и исходы лечения, а также взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами/родственниками) на всех уровнях оказания медицинской помощи (первичная, вторичная и третичная помощь и профилактика) и в работе медицинских работников и учреждений здравоохранения. Эта политика включает важные элементы, которые влияют на качество медицинской помощи, а именно:

#### **Показатели на уровне организационной структуры:**

- Повышение квалификации персонала;
- Управление;
- Состав работников;

- Распределение оборудования и медицинские вмешательства, связанные с высоким риском: география/уровень помощи;
- Сеть услуг: взаимодействие и связь;
- Информационная система здравоохранения.

#### **Показатели в сфере оказания услуг:**

- Медицина, основанная на доказательствах;
- Протоколы лечения, основанные на доказательствах и наиболее рациональных методах лечения в международной практике;
- Стандарты аккредитации медицинских учреждений;
- Информированность общественности/ пациентов.

#### **Показатели для оценки результатов**

Показатели могут быть разработаны на основе анализа и определения приоритетных направлений, исходя из следующих различий:

- Профессиональный,
- Институциональный и
- Системный/национальный уровень

Политика должна разрабатываться с учетом *необходимых условий для обеспечения качества*, включающих:

- Правовая база профилактики и медицинской помощи: равный доступ к профилактике/помощи и права пациентов;
- Адекватный уровень финансирования;
- Справедливое региональное распределение финансирования;
- Система оплаты поставщиков услуг;
- Система оплаты труда;
- Правоприменительная и судебная система.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в настоящее время завершает работу над такой всеобъемлющей стратегией. Более эффективные механизмы обеспечения качества планируется разработать в процессе дальнейшего развития системы лицензирования медицинских работников и аккредитации медицинских учреждений.

Для реализации политики обеспечения качества в масштабах Российской Федерации и внедрения ее в государственном и частном секторе, несомненно, потребуется определенное время. В течение этого времени медицинские ошибки могут возникать вследствие таких недостатков системы, как отсутствие необходимого оборудования, расходных материалов и вспомогательного персонала, что связано с отсутствием надлежащего финансирования государственной системы здравоохранения. Страхование ответственности медицинских работников за профессиональную работу в условиях отсутствия надлежащего финансирования и неполной кадровой комплектации государственных медицинских учреждений будет неизменно создавать сложную дилемму: кого винить? До настоящего времени российские компании страхования

профессиональной ответственности медицинских работников обслуживали только частных врачей и частные клиники.

Увеличение расходов в связи со страхованием профессиональной ответственности медицинских работников привело к тому, что многие страховщики стали настаивать на введении положений об управлении рисками. Многие национальные системы аккредитации также были вынуждены включить в свои стандарты аккредитации медицинских учреждений положения о безопасности больных. Это следует рассматривать как положительный вклад страхования ответственности медицинских работников в повышение качества медицинских услуг.

Тем не менее, страхование ответственности медицинских работников, как и другие «карательные» системы, направлено на выявление медицинских ошибок, что не приводит к повышению качества обслуживания. В докладе «Человеку свойственно ошибаться», подготовленном Американским институтом медицины в 2000 г., говорилось о необходимости отказаться от «карательных» систем и использовать другие систем, чтобы выявлять ошибки на постоянной основе, анализировать их и предотвращать их повторение.

Результатом страхования ответственности медицинских работников также может стать «перестраховочная медицина»:

- Использование большего количества диагностических тестов и процедур, чем необходимо, что само по себе может иметь негативные последствия для пациентов;
- Направление больных в более высокие инстанции, чтобы избежать риска, а также
- Отказ от лечения трудных случаев.

Системы страхования абсолютной ответственности (страхование от вреда) следует дополнить за счет системы анализа медицинских ошибок, который будет проводиться на регулярной основе без принятия карательных мер в рамках взаимодействия с медицинскими работниками и учреждениями.

Что касается возмещения вреда пациентам и родственникам, то системы, которые обеспечивают равное право на компенсацию и не требуют доказательства факта медицинской халатности, представляются более перспективными по сравнению с системами деликтной ответственности. Частные коммерческие (добровольные) системы страхования не всегда являются лучшим вариантом для систем, испытывающих нехватку средств: в любом случае взносы оплачивает государственный сектор, что только приводит к увеличению расходов. Если выбор падает на частное страхование, то медицинские учреждения могли бы покрывать расходы на страхование своих сотрудников, тем самым, избавляя пациентов от излишних забот в связи с сомнениями в том, кого следует винить и какую сумму взыскивать.

Больницы и/или медицинские работники могут также создать фонды взаимного страхования, таким образом, покрывая риски и предотвращая отток средств из системы, как это происходит в системе частного коммерческого страхования.

Систему (обязательного) социального страхования для компенсации последствий медицинских ошибок можно было бы надлежащим образом скоординировать с уже существующими программами компенсаций в связи с потерей источника доходов и нетрудоспособностью, что способствовало бы повышению эффективности системы и позволило бы предотвратить случаи неполучения пациентам того, что необходимо им для достойной жизни.