

К ВОПРОСУ О СТРАХОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*Н.В. КУДРЯВЦЕВ,
аспирант Минского
института управления*

Рецензент:
*Н.Л. БОНДАРЕНКО,
кандидат юридических наук,
доцент*

Во многих развитых странах существует правовая система страхования ответственности, основная цель которой – защитить интересы отдельных участников гражданского оборота. Страхование ответственности при этом предусматривает, что существует возможность нанесения вреда как здоровью, так и имуществу лиц, которым в силу закона или по решению суда производятся соответствующие выплаты, компенсирующие причиненный вред.

Страхование профессиональной ответственности может быть осуществлено в отношении архитекторов, юристов, врачей, фармацевтов и других специалистов, то есть тех категорий граждан, чья деятельность сопряжена с возможным риском причинения материального и нематериального ущерба, а также лиц, с которыми они вступают в правоотношения в процессе осуществления профессиональной деятельности.

В рамках данной статьи рассмотрим новое, еще законодательно не разработанное направление в страховании – страхование ответственности медицинских работников.

На медицинских работников распространяются нормы гражданского и уголовного законодательства, предусматривающие ответственность за нанесение вреда здоровью пациента [1, с.20–21]. Объектом страхования профессиональной ответственности при этом является имущественный интерес страхователя, связанный с возмещением его расходов на оплату ущерба, причиненного здоровью пациента в процессе оказания медицинских услуг. При этом к профессиональной медицинской деятельности следует относить не только собственно лечебно-диагностический процесс, но и другие услуги, оказываемые регулярно в рамках деятельности медицинского учреждения [2, с.42–46].

Ответственность медицинских работников возникает при нанесении вреда здоровью или неблагоприятном исходе осуществляемого медицинского ухода за пациентом. Однако ущерб здоровью может быть причинен не только в результате халатности или плохого качества ухода [3]. Он может явиться следствием совокупности предполагаемых повреждений, одни из которых появляются в результате медицинских ошибок, халатности медицинского персонала, а другие происходят из характера медицинского ухода – например, новизны и сложности медицинских процедур, современных или вновь осваиваемых технологий, недостатка соответствующего оборудования.

В мировой практике этого вида страхования существуют два основных подхода. Первый подход основан на компенсации вреда при наличии вины медицинских работников в его причинении. Компенсация выплачивается при установлении судом факта причинения вреда в результате неправомерных действий медицинского работника. Второй подход основан на компенсации вреда, причиненного жизни, здоровью пациента без учета вины медицинских работников. Первый подход применяется в США, второй – в Швеции, Финляндии, Австралии. Далее для удобства использования

терминов первый подход именуется в статье «страхование ответственности с учетом вины», второй – «страхование ответственности без учета вины».

Оба этих подхода преследуют одну и ту же цель – выплату компенсации за причинение. Однако в них применяются разные правовые приемы, а также методы достижения эффективности и справедливости при урегулировании понесенных пострадавшими потерь, предупреждения некачественного лечения.

Остановимся более подробно на специфике каждого из подходов.

Страхование ответственности с учетом вины характеризуется тем, что страховым случаем признается только факт причинения вреда здоровью, жизни пациента, установленный судом, решением которого определяются размер и характер компенсации за неправомерные действия медицинского работника. Важная роль принадлежит медицинским ассоциациям. В США Американская медицинская ассоциация (АМА) берет на себя всю ответственность за уровень квалификации медицинских работников.

Как правило, установленной суммы лимита ответственности по данным договорам страхования достаточно для возмещения причиненного вреда потерпевшему [4]. Административные расходы покрываются медицинскими работниками, частично – пациентами при оплате медицинских услуг путем применения медицинскими специалистами или медицинскими учреждениями перестраховочной тактики (назначения излишнего лечения). Хотя еще в 1972 году Конгресс США принял решение об учреждении организации по обследованию профессиональных стандартов с целью исключения расточительства и ненужных предписаний врачей и снижения стоимости лечения [5].

Предлагались разные варианты реформирования системы страхования ответственности медицинских работников. Одни были сконцентрированы исключительно на стратегических изменениях методов работы с исками в рамках правовой системы деликтных реформ. Другие предлагали остаться в системе деликтной ответственности, но изменить некоторые правовые нормы. Третьи подразумевали более масштабные изменения в процедуре рассмотрения исков. Высказывались точки зрения о кардинальном пересмотре существующей системы возмещения ущерба, причиненного по вине страхователя, и создания новой системы компенсации ущерба пострадавшим.

Одним из наиболее удачных и перспективных подходов в системе страхования ответственности медицинских работников является система компенсации причиненного пациенту вреда, не требующая поиска конкретных виновников и доказательства их вины, что особенно затрудни-

тельно для пострадавшего. Впервые такая система была введена в Новой Зеландии в начале 1970-х годов, где она действует как разновидность социального страхования. Жалобы пациентов по поводу понесенного ущерба рассматривает Новозеландская корпорация по компенсации при несчастных случаях. Если она отклоняет жалобу, считая, что речь идет не о несчастном случае, а о преступной халатности со стороны медицинского работника, то пациент может обращаться за компенсацией в судебные органы.

В Европе концепцию ответственности без учета вины при компенсации ущерба, понесенного пациентом, первой стала применять на практике Швеция, затем ее примеру последовали Финляндия и Норвегия. Но в Швеции и Норвегии такой подход не закреплен законодательно, а основывается на соглашениях между страховыми компаниями, медицинскими учреждениями и специалистами. Законодательная основа для использования концепции ответственности без вины впервые в Европе была создана в Финляндии принятием в 1986 году Закона об ущербе, понесенном пациентом. Согласно Закону пациенту компенсируется любой ущерб, причиненный ему в результате медицинского вмешательства или неоказания медицинской помощи. В состав ущерба включаются инфекции и воспаления, возникшие в связи с этим, а также вследствие несчастного случая в ходе осмотра, лечения или санитарной перевозки, в том числе из-за дефектов медицинского оборудования.

Определение права пациентов на получение компенсации связано с наличием определенного юридического состава [6, с.157–161]. В основе выплаты компенсации при наличии вреда от лечения лежат следующие юридические факты:

- наличие вреда;
- наличие прямой связи между лечением и ущербом здоровью, при котором ущерб должен наступить в ходе оказания медицинской услуги;
- лечение не было медицински обосновано;
- ущерб можно было бы избежать, если бы пациента лечили более эффективно другим способом [7, с.6–13].

В конечном итоге страховая выплата связана с медицинской причиной нанесенного вреда. В этой связи можно выделить несколько групп вреда, подлежащего компенсации: вред от фактического лечения; вред, вызванный неправильным диагнозом; случайный вред; инфекционный вред.

Система страхования ответственности без учета вины не направлена на предупреждение халатности. При выплате пострадавшему пациенту компенсации медицинский работник не страдает от обвинения, финансового убытка или потери репутации. При такой системе вполне объективно можно судить о тех рисках, которые могут быть связаны с различными видами мето-

дов лечения и их осложнениях, что повлияет на выплату компенсации пациенту. Такой подход имеет важные правовые последствия. Опыт показывает, что поскольку система не ставит целью найти виновного, медицинские работники стали более открытыми в предоставлении информации относительно того, что стало причиной ущерба [8, с.25–31].

Подобная практика приводит к тому, что медицинские работники способствуют обнаружению причин вреда здоровью. Несмотря на то, что эта система страхования ответственности несколько отличается в разных странах ее основная идея состоит в том, чтобы устранить врачебную ошибку как условие компенсации, достичь большей

справедливости, сделать судебный процесс последним этапом разрешения спора.

В заключение следует отметить, что не существует совершенной системы страхования гражданской ответственности медицинских работников за вред, причиненный жизни или здоровью пациенту, где расходы, методы предупреждения, эффективность и законность компенсации были бы сбалансированы. Анализ приведенной информации по двум системам страхования ответственности медицинских работников преследовал цель их сравнения, поскольку Республике Беларусь еще предстоит создавать свою систему страхования ответственности, сформировать концепцию и принципы.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Возмещение убытков гражданина в обязательном медицинском страховании // Юрист и бухгалтер. 2003. №7.
2. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России: сущность и проблемы развития // Финансы. 2003. №10.
3. Страховые компании помогают клиникам управлять качеством // Деловой Петербург. 2001. №200.
4. Комаров Ю.М. Здоровоохранение США: уроки для России. НПО Медсоцэкономинформ Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 1998.
5. Доктор, заплатите штраф! // Биржа. 2003. №19.
6. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников за рубежом // Здоровоохранение. 2003. №9.
7. Страхование гражданской ответственности медицинских работников // Бухучет в здравоохранении. 2003. №9.
8. Основные направления модернизации ОМС и здравоохранения // Главврач 2003. №5.