

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

На правах рукописи

Завражский Александр Валерьевич

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ СТРАХОВАНИЯ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Специальность 5.2.4 – Финансы

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
кандидат экономических наук, доцент
Богоявленский Сергей Борисович

Санкт-Петербург – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ И СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ..... | 11 |
| 1.1. Риски медицинских организаций..... | 11 |
| 1.2. Теоретические основы применения страхования для защиты имущественных интересов медицинских организаций..... | 31 |
| 1.3. Правовое регулирование взаимоотношений пациентов и медицинских организаций. Риски профессиональной ответственности..... | 40 |
| ГЛАВА 2. СТРАХОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ..... | 52 |
| 2.1. Оценка значимости рисков профессиональной ответственности для медицинских организаций..... | 52 |
| 2.2. Зарубежный опыт страхования профессиональной медицинской ответственности..... | 61 |
| 2.3. Страхование медицинской ответственности в России..... | 72 |
| ГЛАВА 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К СТРАХОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ..... | 97 |
| 3.1. Модель индивидуального страхования профессиональной ответственности медработников..... | 97 |
| 3.2. Методика оценки вреда жизни для целей определения страховых сумм..... | 116 |
| 3.3. Основные характеристики страхового продукта индивидуального страхования профессиональной ответственности медработников..... | 124 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 144 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ..... | 147 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 148 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 162 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования. Медицинские организации составляют основу отечественной системы здравоохранения и в своей деятельности, сталкиваются с множеством негативных факторов, которые ставят под угрозу возможность российской медицины выполнять свои социальные функции. Подробный анализ деятельности медицинских организаций позволяет выделить целый пласт внутренних проблем, которые в сочетании с недостатками законодательной базы и ростом социальной напряженности в данной сфере, вынуждают искать методы и способы финансирования возникающих рисков. В то же время в практике отечественной медицины отсутствуют комплексные шаги по управлению рисками.

За последние годы значительно выросло число предъявляемых медучреждениям претензий о возмещении причиненного вреда, увеличились суммы присуждаемых пациентам компенсаций. Одновременно с этим растет доля удовлетворенных судами исков, происходит ужесточение уголовной ответственности в отношении врачей. В совокупности это подтверждает, что проблема профессиональной ответственности становится одной из наиболее острых в российской медицине. Значительную долю медицинских организаций в России составляют государственные учреждения, следовательно существенные суммы компенсаций, подлежащие выплате пациентам, могут осложнить финансовое состояние медицинских учреждений, испытывающих и без того дефицит финансирования.

В этих условиях подверженные риску организации обращают внимание на страхование, как наиболее доступный инструмент защиты от рисков профессиональной ответственности. В этом случае страхование не способно решить фундаментальные проблемы здравоохранения, но способно существенно снизить возможное негативное влияние на него. Однако имеющиеся теоретические и практические подходы к страхованию медицинской ответственности так и не сформировали предпосылок для внедрения

эффективного страхового продукта, учитывающего интересы всех участников медицинских правоотношений.

Наиболее существенной проблемой, препятствующей страхованию ответственности за вред российским пациентам, является отсутствие источника финансирования страховых премий по данному виду страхования. Таким образом, определение наиболее оптимальной системы страховой защиты интересов медицинского сообщества от рисков профессиональной ответственности и поиск способа ее финансирования можно рассматривать как один из наиболее острых вопросов российской медицины и всего общества.

Степень разработанности научной проблемы. Исследование вопроса управления рисками, сопутствующими медицинской деятельности, пока не получило самого широкого внимания. Изучение данной проблемы встречается в трудах Бурькина И.М., Кучеренко В.З., Панягиной А.Е., Фомичевой Н.М., Эккерт Н.В. и др.

Одной из наиболее важных проблем действующей системы возмещения вреда человеческой жизни, применяемой также и в здравоохранении, является отсутствие единообразной методики справедливой и обоснованной оценки вреда жизни российских граждан. Изучение подходов к оценке стоимости человеческой жизни нашло отражение в работах Гуриева С.М., Ерофеева С.В., Ерофеевой А.С., Капелюшникова Р.И., Карабчук Т.С., Никитиной М.В., Ремезковой В.П., Соболевой Н.Э., Тоточенко Д.А. и др.

Исследованием проблем и особенностей страхования профессиональной ответственности медицинских организаций в российской и зарубежной практике занимались такие ученые, как Белоусова Т.А., Брызгалов Д.В., Дадьков В.Н., Кириченко Т.С., Коробейникова Т.С., Лудупова Е.Ю., Пилат В.Б., Пучкова В.В., Тихомиров А.В., Токуев М.М., Турбина К.Е., Цыганов А.А., Шинкаренко И.Э. и др. Также вопрос использования страхования в медицинской сфере является темой исследований Бесфамильной Л.В., Богоявленского С.Б., Болдырева Б.М., Знаменского А.Б., Федоровой Т.А. и др. Общей трансформацией страхового

рынка России с учетом его социальных функций занимались Писаренко Ж.В., Чернова Г.В., Тарасова Ю.А., Калайда С.А. и др.

Несмотря на значительные изыскания в области проблематики страхования профессиональной ответственности в медицине, следует отметить недостаточную проработанность вопроса страхования рисков медицинских работников, связанных с уголовным преследованием и возмещением вреда работодателям. Данный теоретический подход пока не получил серьезного рассмотрения в научных работах и представляется одним из наиболее перспективных с точки зрения поиска и обоснования способов финансирования рисков ответственности в медицине, что и определило цели и задачи данного исследования.

Цель исследования заключается в развитии теоретических положений и в разработке практических рекомендаций по совершенствованию подходов к страхованию профессиональной медицинской ответственности.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

- определить место и значимость рисков профессиональной ответственности в общей совокупности рисков, воздействующих на медицинские организации;
- доказать целесообразность использования страхования для защиты интересов медицинского сообщества от рисков профессиональной ответственности;
- выделить основные теоретические и практические подходы к расчету суммы компенсации в рамках системы возмещения вреда физическим лицам;
- разработать универсальную методику оценки вреда жизни человека для определения страховых сумм и величины страховой выплаты в страховании ответственности;
- выявить сложившиеся в отечественной и зарубежной практике подходы к страхованию рисков профессиональной ответственности в медицинской деятельности и оценить их применимость в российских условиях;
- предложить модель финансирования рисков профессиональной медицинской ответственности с использованием страхования.

Объект исследования – российские государственные и коммерческие медицинские организации, а также общества взаимного страхования и коммерческие страховые компании.

Предметом исследования является совокупность экономических отношений, возникающих в процессе применения страховых инструментов для управления рисками профессиональной ответственности в медицине.

Теоретической основой настоящего исследования стали научные работы отечественных и зарубежных ученых, внесших существенный вклад в исследование вопроса управления рисками медицинских организаций, теории страхования рисков медицинских организаций, теории и методологии оценки вреда человеческой жизни.

Методологическая база исследования включает методы сравнительного анализа, статистические методы. Также для решения поставленных задач использовались методы анализа и синтеза, анкетирования, классификации, обобщения, системный подход.

В качестве **информационной базы исследования** использовались статистические данные федеральных органов исполнительной власти РФ, данные судебных органов РФ, статистические данные зарубежных контролирующих органов, данные судебной практики, нормативно-правовые акты РФ, материалы периодических изданий, исследования российских и зарубежных аналитических агентств.

Обоснованность результатов исследования определяется проведением анализа отечественных и зарубежных трудов по теме диссертационного исследования, корректным выбором, обработкой и проведенной оценкой актуальных статистических данных.

Достоверность результатов исследования обеспечивается обоснованным выбором и использованием методологической базы исследования, соответствующей поставленной цели и задачам, обширной информационной базой исследования, а также апробацией полученных результатов на международных научных конференциях и в публикациях в научных журналах, в т.

ч. рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией при Министерстве науки и высшего образования РФ.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности.

Проведенное исследование соответствует Паспорту научной специальности 5.2.4 – Финансы: п. 27 «Рынок страховых услуг и его регулирование».

Научная новизна исследования заключается в развитии теоретических и методологических основ управления рисками медицинских организаций и в разработке новых подходов к построению страховой защиты медицинских организаций от рисков профессиональной ответственности.

Наиболее существенные результаты исследования, обладающие научной новизной и полученные лично соискателем:

1. Уточнены существующие научные подходы к определению рисков медицинских организаций, и предложена система классификации рисков медицинских организаций по источникам их возникновения. В рамках предложенной системы оценена высокая значимость рисков ответственности в медицинской деятельности, требующая обязательного применения методов обработки риска.

2. Доказана целесообразность применения страхования как эффективного и доступного метода управления рисками профессиональной медицинской ответственности, и определены теоретические основы его использования для данных целей. Это позволило обосновать необходимость разработки и внедрения в России системы страхования профессиональной медицинской ответственности.

3. Выделены и систематизированы теоретические подходы к формированию методов оценки вреда человеческой жизни, на их основе рассчитана величина стандартной компенсации за вред жизни. Проведено сравнение теоретически обоснованных оценок с фактическими выплатами, назначаемыми российскими судами за вред пациентам, которое выявило несовершенство существующей отечественной системы возмещения вреда жизни и доказало целесообразность введения единой методики оценки такого вреда.

4. Разработана универсальная методика оценки вреда человеческой жизни, которая позволяет стандартизировать процесс оценки вреда, и предложено применение разработанной методики для целей расчета компенсации вреда, причиненного пациентам в процессе медицинской деятельности. Обоснована актуальность предложенной методики для страхования ответственности.

5. Выявлены особенности подходов, применяемых в отечественной и зарубежной практике страхования рисков медицинских организаций и систематизированы основные негативные факторы, препятствующие внедрению в России страхования профессиональной медицинской ответственности. Это позволило обосновать отсутствие условий для введения обязательного страхования медицинской ответственности в современных российских условиях.

6. Предложена модель индивидуального страхования ответственности медицинского персонала, позволяющая посредством страхования ответственности медицинского работника перед медучреждением обеспечить защиту интересов как самого работника, так и медучреждения. Определены основные финансовые и организационные параметры предлагаемой системы страхования профессиональной медицинской ответственности, включая оценку страховых тарифов.

Теоретическая значимость результатов исследования заключается в развитии теоретических подходов к выявлению и классификации рисков медицинских организаций, совершенствованию теоретических положений оценки вреда человеческой жизни и использованию страховых инструментов в качестве инструмента страховой защиты от рисков профессиональной ответственности в медицине.

Практическая значимость исследования определяется возможностью применения разработанной методики расчета компенсации в случае причинения вреда человеческой жизни для определения условий при страховании профессиональной медицинской ответственности, для определения минимальной страховой суммы в социально ориентированных видах страхования, а также для

совершенствования системы планирования государственных расходов на социальные выплаты.

Предложенные модели индивидуального и комплексного страхования профессиональной медицинской ответственности имеют ярко выраженные перспективы прикладного характера по внедрению полученных результатов при совершении операций страхования профессиональной ответственности медицинских организаций в целях развития сегмента страхования профессиональной ответственности. Теоретические обоснования и практические предложения могут быть использованы в преподавании дисциплин «Управление рисками», «Страхование», «Организация страхового дела», «Страхование и оценка рисков инновационных медицинских услуг».

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты исследования были представлены и обсуждены на следующих научных конференциях: Всероссийская научно-практическая конференция «Экономика России в современных условиях: пути инновационного развития и повышения конкурентоспособности» (Санкт-Петербург, 2016), Научная конференция аспирантов «Интеграция науки, образования и бизнеса – основа модернизации экономики» (Санкт-Петербург, 2018), IX Международная научно-практическая конференция «Архитектура финансов: новые решения в условиях цифровой экономики» (Санкт-Петербург, 2018), II Международная конференция «Развитие современной экономической науки: проблемы, тенденции, перспективы» (Одинцово, Московская обл., 2019), Международного научного форума «Наука и инновации – современные концепции» (Москва, 2019).

Предложенная модель индивидуального страхования медицинской ответственности была использована АО «АльфаСтрахование» для разработки и внедрения на российский страховой рынок индивидуальной программы страхования ответственности медработников.

Публикации результатов исследования. По теме исследования опубликовано 12 научных работ общим объемом 4,9 п. л. (авт. 4,8 п. л.), из которых 6 научных статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных

Высшей Аттестационной Комиссией при Министерстве науки и высшего образования РФ.

Структура выполненного диссертационного исследования определена целью, задачами и логикой исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения и списка литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ И СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

1.1. Риски медицинских организаций

Состояние здоровья населения является одним из наиболее важных индикаторов эффективности социально-экономической политики государства, без внимания к которому невозможно обеспечить поступательное развитие страны. Поэтому защита здоровья граждан, повышение основных показателей здоровья становится важной государственной задачей, для решения которой требуется современная, результативная система здравоохранения. Однако на протяжении последних десятилетий здравоохранение является, пожалуй, наиболее критикуемой сферой социальной политики, в связи с чем особую актуальность приобретает вопрос изучения деятельности медицинских организаций (далее – «МО»), как основного элемента отечественной системы здравоохранения.

Системообразующим нормативно-правовым актом, регулирующим здравоохранение в нашей стране, является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Этот законодательный акт в качестве охраны здоровья граждан определяет «систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского характера, осуществляемых в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» [53]. Как видим, особое внимание в законе уделяется медицинской деятельности, как специализированному виду деятельности по оказанию медицинской помощи и сопутствующих услуг.

Если рассмотреть основные количественные показатели системы здравоохранения, то можно прийти к выводу, что ее основу, несмотря на активное развитие частного сектора, составляют государственные учреждения. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики РФ (далее – «Росстат») по итогам 2020 года среди больничных учреждений доля государственных

составляла около 93% от общего числа, среди амбулаторно-поликлинических – около 68% от общего числа [26, с. 90]. Таким образом, от успешного функционирования в первую очередь государственной системы здравоохранения зависит способность государства обеспечить безопасность здоровья своих граждан.

Одной из наиболее существенных проблем отечественной медицины принято считать недостаточный уровень финансирования. Большинство исследователей рассматривают ее в качестве краеугольной в вопросе сохранения здоровья нации. Г. Э. Улумбекова называет недофинансирование одной из главных проблем российского здравоохранения и, по ее мнению, объемы финансирования необходимо увеличить минимум в 1,5 раза [99, с. 34]. Д. Е. Хулукшинов и Е. Ц. Норбоева утверждают, что «сокращение бюджетного финансирования здравоохранения окажет негативное влияние на социально-экономическую обстановку в стране» [103, с. 84].

Стоит отметить, что по оценке Всемирной организации здравоохранения (далее – «ВОЗ») минимальный объем расходов на здравоохранение должен составлять 5,5-6,0% от валового внутреннего продукта страны (далее – «ВВП») [90, с. 795]. По данным официальной российской статистики, которая приводит данные о государственных расходах на здравоохранение в сравнении с другими странами мира с некоторой задержкой, объем финансирования в нашей стране значительно отстает от норматива ВОЗ и стабильно находится на уровне 3,3-3,5%, за исключением пандемийного 2020 года (4,6%) от ВВП в то время как в экономически развитых странах этот показатель находится на уровне 7-9% [26, с. 157]. Организация экономического сотрудничества и развития приводит более актуальные данные относительно международных показателей финансирования здравоохранения, а кроме того предоставляет эту информация в разрезе государственного финансирования или в рамках Обязательного медицинского страхования (далее – «ОМС») и совокупного объема, включающего прочие источники оплаты. По оценкам Организации экономического сотрудничества и развития, Россия по объему расходов в сфере здравоохранения в пересчете на

долю ВВП находится на одном из последних мест [111]. При этом Китай и Индия находятся в рейтинге рядом с нами лишь из-за значительно большего размера ВВП и еще большей численности населения. Страны, занимающие верхние позиции по расходам на здравоохранение, имеют и более высокую ожидаемую продолжительность жизни (далее – «ОПЖ»), а, значит, можно говорить о прямой взаимосвязи этих показателей. Следовательно, чтобы значительно сократить отставание по ОПЖ, необходимо существенно увеличивать объем затрат в сфере здравоохранения.

В настоящее время основными источниками финансирования расходов на систему здравоохранения, как было сказано выше, является Федеральный фонд ОМС и Федеральный бюджет. В научной литературе такая модель здравоохранения получила название бюджетно-страховой и предусматривает одноканальное финансирование из средств ОМС [72, с. 62]. Как видно из Таблицы А.1 (Приложение А) за последние годы данные расходы неизменно росли, однако в структуре ВВП они занимали в среднем 3,2-3,6% и смогли составить рекордные 4,7% лишь в 2020 году на фоне пандемии коронавируса. Однако, уже в ближайшие годы запланировано снижение объемов финансирования здравоохранения до докризисного уровня 3,8% от ВВП. Таким образом, можно отметить, что российское здравоохранение и медицина в частности в своей работе сталкивается с рядом глобальных структурных проблем. В то же время деятельность МО оказывает значительное влияние на уровень и продолжительность жизни всех граждан страны.

А. Л. Кудрин вместе с И. А. Соколовым также замечают, что увеличение государственных расходов на здравоохранение в первую очередь приводит к снижению заболеваемости и смертности населения, что в дальнейшем обеспечивает повышение продолжительности жизни [42, с. 18]. Это неизбежно ведет и к увеличению продолжительности трудовой деятельности и может рассматриваться как один из драйверов экономического роста.

Система здравоохранения подвержена влиянию большого числа внутренних и внешних рисков и факторов, которые тем самым, в конечном счете, оказывают

негативное воздействие на российскую экономику в целом. По этой причине управление рисками в области организации охраны жизни и здоровья населения страны является актуальным.

Преобладание государственных учреждений среди отечественных МО говорит о том, что даже в условиях капиталистических отношений, государство по-прежнему отвечает за сферу охраны здоровья граждан в виду ее высокой социальной значимости. Как отмечают Е. А. Разумовская, Р. Ю. Луговцов, А. В. Козлов и В. В. Фоменко одной из причин «существования государственного здравоохранения можно считать положение о том, что доступность медицинских услуг не должна зависеть от платежеспособности населения» [71, с. 73]. Более обеспеченная часть населения, заинтересованная в более качественных и доступных, а значит и более дорогих медицинских услугах, способна формировать рынок частного здравоохранения. Однако, низкий уровень доходов преобладающей части российского населения не позволяет перевести отечественную медицину на частное финансирование. В этих условиях государственное здравоохранение остается единственным реальным способом обеспечения хотя бы минимальной доступности медицинской помощи. Поэтому состояние самой системы здравоохранения, а также условия жизни российского населения непосредственно зависят от того насколько решительно государство готово внедрять принципы риск-менеджмента в медицине.

В настоящий момент можно констатировать отсутствие комплексного подхода к вопросу управления рисками отечественных МО. Это проявляется и в отсутствии нормативных установок государственных органов, и в нехватке инициатив со стороны частного медицинского бизнеса. Фиксируются лишь отдельные шаги в области формирования стандарта качества оказываемых медицинских услуг и единичные попытки со стороны руководства или владельцев медицинских учреждений защитить свою организацию от самых явных угроз, например, от судебных исков о возмещении вреда здоровью пациентов. Помимо прочего, внедрению системы управления рисками, особенно в условиях кризиса, может препятствовать стремление руководства МО сократить ненужные с их

точки зрения траты. В риск-менеджмент становится объектом мнимой экономии, но в кризисной ситуации реализация некоторых рисков приводит к более существенным последствиям. Как отмечает С. Б. Богоявленский «в кризисных условиях риск-менеджмент на предприятии является одним из первых кандидатов на сокращение расходов» [7, с. 632]. Одним из препятствий для внедрения системы риск-менеджмента в российском здравоохранении является отсутствие надежной научной базы по управлению рисками МО, в частности по классификации этих рисков.

Прежде, чем формировать перечень рисков, оказывающих влияние на медицинскую деятельность, следует уточнить само понятие риска и его специфику применительно к исследуемой сфере. В научных источниках, а также в существующих международных стандартах риск-менеджмента встречается большое количество трактовок понятия «риск», что говорит о сложной природе данной сущности и об отсутствии единого подхода к ее пониманию. В Таблице 1 представлены наиболее характерные определения, встречающиеся в научной литературе, посвященной изучению рисков.

Таблица 1 –Теоретические подходы к определению понятия «риск»

| Автор/источник | Определение |
|--|--|
| Международный стандарт ISO 31000:2018 | Риск – влияние неопределенности на цели |
| Федерация европейских ассоциаций риск-менеджеров (FERMA) | Риск – комбинация вероятности события и его последствий |
| ГОСТ РФ 56275-2014 | Риск – влияние неопределенности на достижение целей |
| Разуваев В.В. | Риск – неподсчитываемая из-за неопределенности возможность потерь, которая существует на фоне вероятности выигрыша |
| Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш, Стародубцева Е.Б. | Риск – опасность возникновения непредвиденных потерь ожидаемой прибыли, дохода или имущества, денежных средств в связи со случайным изменением условий экономической деятельности, неблагоприятными обстоятельствами |
| Ф. Х. Найт | Риск – измеримая неопределенность |

Источник: составлено автором на основе [12; 48; 50; 70; 73; 100]

Неопределенность отражает возможное наступление или ненаступление события, которое будет иметь определенные последствия. При этом данные последствия могут иметь как отрицательный, так и положительный характер. Традиционно риск связывают именно с негативными последствиями его реализации, поэтому для целей настоящего исследования будет использовать определение риска как неопределенности наступления неблагоприятных последствий [22, с. 93].

Многие авторы считают, что основу системы риск-менеджмента МО должна составлять способность оказывать своим пациентам медицинскую помощь соответствующего качества. По мнению Н. М. Фомичевой система управления рисками в медицине должна представлять собой «совокупность методов, направленных на улучшение качества предоставляемой медицинской помощи» [102, с. 183], а все возможные риски можно условно разделить на риски, непосредственно связанные с медицинской деятельностью, и прочие риски. Схожий подход демонстрируют В. З. Кучеренко и Н. В. Эккерт, которые более подробно классифицируют риски МО, группируя их по пяти основным направлениям – управленческие риски, экономические и социально-правовые риски, риски в связи с угрозой здоровью своих работников, профессиональные риски в связи с гражданско-правовой ответственностью и прочие риски [43, с. 19]. Стоит отметить, существующие различия в подходах к классификации рисков МО и рисков предприятий прочих отраслей. Традиционные подходы предполагают классификацию в зависимости от объекта, тяжести последствий, источника возникновения и т. д. В то же время риски медицинских организаций большинство исследователей предлагают рассматривать с помощью процессного подхода, т. е. укрупненно делить их на основные (лечебные) и вспомогательные, либо на медицинские и прочие [9].

Эффективным инструментом поиска и описания рисков является их классификация, которая позволяет с одной стороны задать системные правила поиска риска, а с другой – упрощает задачу определения подходящего инструмента для его регулирования. Аналогично М. Н. Каримова считает, что

«идентификация всей совокупности рисков возможно при полном представлении критериев их классификации» [36, с. 178]. Другими словами, без проведенной должным образом изначальной классификации рисков невозможно определить инструменты дальнейшего воздействия на них.

В научной литературе встречается множество способов классификации рисков – по периоду существования, по тяжести последствия, по изменяемости риска во времени и т. д. Исходя из принятого в целях данной работы понятия риска как неопределенности возможных негативных последствий, представляется логичным, что классификация рисков должна основываться на определении источников возможной угрозы. В рамках такого подхода многие авторы исходят из достаточно традиционного деления рисков на техногенные и природные или политические, социальные, экологические, природно-естественные и пр. [63, с. 6].

Но подобная классификация не совсем подходит для медицинской сферы, поскольку не учитывается специфика деятельности. В этой связи становится актуальным вопросом необходимой классификации рисков МО, которая не только учитывала бы наиболее частые причины возникновения опасностей в медицинской сфере и принимала бы во внимание специфику отрасли, но, с другой стороны, учитывала бы классические подходы риск-менеджмента по выявлению причины угроз.

В качестве решения этой задачи предлагается концепция, которая, с одной стороны, агрегирует имеющиеся ранее попытки представить весь спектр рисков в медицинской отрасли, а, с другой, учитывает тенденции и проблемы российской системы здравоохранения (Таблица 2). В рамках предложенной системы классификации все наиболее существенные, с нашей точки зрения, риски следует условно разделить на пять групп, которые отражают основные сферы возникновения опасности в деятельности российских МО на текущий момент. По аналогии с ранее имевшими место научными попытками классификации, общехозяйственные и профессиональные риски условно можно дополнительно отнести к типу внутренних рисков, поскольку они отражают характеристику функционирования самого субъекта. В то же время, остальные группы рисков

(рыночные, социальные, правовые) основываются на процессах и явлениях, которые проистекают во внешней по отношению к МО среде, поэтому их обоснованно можно считать внешними рисками. Стоит подчеркнуть, что предложенная классификация, как и прочие, всегда будут носить условный характер, реализация рисков может накладываться друг на друга, обеспечивая кумулятивный эффект, что лишь подчеркивает сложность и многофакторность медицинской деятельности.

Таблица 2 – Классификация рисков медицинских организаций в зависимости от источника возникновения опасности

| Тип рисков | Группа рисков | Подгруппа рисков | Основные опасности |
|--|---|-------------------------------------|--|
| Внутренние риски | Общехозяйственные риски | Имущественные риски | Потеря или повреждение имущества |
| | | | Технологическое отставание |
| | | Операционные риски | Некомпетентность руководства |
| | | | Ошибки в бизнес-процессах |
| | | | Недостаток квалифицированного немедицинского персонала |
| | | Риски ответственности | Ответственность за неисполнение договора |
| | Общегражданская ответственность за причинение вреда | | |
| | Профессиональные риски | Риски оказания некачественных услуг | Применение административных мер |
| | | | Наступление профессиональной ответственности |
| | | Кадровые риски | Недостаток квалифицированного медицинского персонала |
| Заболевания персонала | | | |
| Внешние риски | Рыночные риски | Финансовые риски | Уголовная ответственность персонала |
| | | | Валютные колебания |
| | | | Процентный риск |
| | | Нефинансовые риски | Финансовый кризис |
| | Усиление/снижение конкуренции | | |
| | Социальные риски | Демографические риски | Неисполнение обязанностей контрагентами |
| | | | Ухудшение показателей здоровья населения (эпидемии, экология, образ жизни) |
| | | | Изменение численности и структуры населения |
| | | Риски социальной нестабильности | Падение уровня доходов населения |
| | | | Падение уровня образования |
| Социальная напряженность, гражданские беспорядки, военные действия | | | |
| Безработица | | | |

| Тип рисков | Группа рисков | Подгруппа рисков | Основные опасности |
|---------------|----------------|-----------------------------|--|
| Внешние риски | Правовые риски | Системные риски | Изменение режима государственного контроля |
| | | | Несовершенство законодательства |
| | | Изменение судебной практики | Увеличение размеров судебных взысканий |
| | | | Значительная лояльность судов к пострадавшим |
| | | | Рост юридического правосознания населения |

Источник: составлено автором

Группа общехозяйственных рисков, характерных для любой организации, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, включает в себя следующие подгруппы: имущественные, операционные риски, а также риски ответственности. Основные проявления имущественных рисков связаны с возможным повреждением или утратой (гибелью, кражей, утерей) имущества, принадлежащего МО на определенном праве (собственности, аренды, хозяйственного ведения, оперативного управления). Также к имущественным рискам стоит отнести и высокий моральный и физический износ имущества, что является одной из наиболее острых проблем российской медицины. В последние годы степень износа основных фондов российского здравоохранения практически неуклонно увеличивалась и к 2020 году она уже превышала 52% [76, с. 312].

Вторую подгруппу общехозяйственных рисков формируют операционные риски, к которым следует отнести такие основные опасности как некомпетентность или непрофессионализм руководства, ошибочную организацию бизнес-процессов и дефицит квалифицированного административного персонала. Даже при наличии всех необходимых ресурсов непреднамеренные или преступные ошибки при принятии управленческих решений способны нанести непоправимый урон работе клиники или больницы. Точно также вред может быть причинен построением несбалансированного процесса функционирования организации, например, отсутствием контроля за деятельностью персонала или

высокой бюрократической нагрузкой на медицинский персонал. Риск нехватки квалифицированного немедицинского персонала также таит в себе опасность.

Третью подгруппу общехозяйственных рисков составляют риски ответственности, включая риски ответственности за неисполнение договорных обязательств и гражданской ответственности за причинение вреда (внедоговорной ответственности). Стоит подчеркнуть, что в данную подгруппу включаются риски именно общей гражданско-правовой ответственности. Профессиональная ответственность проистекает из специфики деятельности, поэтому она отнесена к другой группе рисков. МО в ходе своей работы могут причинить вред, не имеющий прямого отношения к медицинским услугам, но и тогда организация будет нести гражданскую ответственность за причиненный вред.

По данным Всероссийского научно-исследовательского института противопожарной обороны Министерства по чрезвычайным ситуациям России за последние 10 лет после существенного снижения количества пожаров на объектах здравоохранения в начале 2010-х гг. к концу десятилетия наметилась обратная тенденция [67, с. 11]. В то же время объем материального ущерба демонстрировал обратную динамику, а статистику погибших по-прежнему во многом определяли периодические крупные пожары, случившиеся в ряде российских лечебно-профилактических учреждений (далее – «ЛПУ»). При этом риски пожаров носят яркой выраженный кумулятивный характер, упоминавшийся ранее – в результате такого события может пострадать не только имущество самой больницы, но и находящиеся в ней пациенты и персонал.

Вторая группа рисков МО в предлагаемой концепции объединяет профессиональные риски, связанные с непосредственным оказанием медицинских услуг и включающие подгруппы рисков оказания некачественных услуг и кадровых рисков. Проведенное в 2021 году Всероссийским союзом пациентов исследование «Актуальные проблемы российского здравоохранения в 2021 году в оценках пациентов и пациентских НКО» показало, что 66% респондентов считают главной проблемой здравоохранения низкое качество работы

поликлиник, а 68,6% отметили в целом ухудшающуюся ситуацию в сфере оказания медицинской помощи [2, с. 14].

Нарушение установленных стандартов оказания медицинской помощи может повлечь применение к МО различных административных мер – от наложения штрафа вплоть до приостановки или отзыва лицензии на осуществление деятельности. Кроме того, следствием несоблюдения стандартов может стать причинение вреда жизни или здоровью пациентов, что уже в свою очередь является основанием наступления риска профессиональной ответственности МО, который в настоящее время является одним из наиболее явных для медицинской деятельности.

Кадровыми рисками медицинской деятельности следует считать риск недостатка квалифицированного персонала, риск заболевания работников и риск возможной уголовной ответственности. Как было установлено в параграфе 1, кадровое обеспечение и снижение качества профильного образования является одной из наиболее существенных проблем медицинской отрасли. Но помимо этого серьезную угрозу представляет возможность заражения персонала опасными смертельными болезнями, например, ВИЧ-инфекцией, вирусным гепатитом, сифилисом или туберкулезом. Так, по оценкам некоторых авторов, заболеваемость персонала противотуберкулезных учреждений в 4-18 раз превышает общую заболеваемость среди населения, а кроме того в период сезонных эпидемий гриппа и острых респираторных вирусных инфекций уровень заболеваемости среди персонала поликлиник, приемных отделений и стационаров в 1,5-1,8 раза выше показателей заболеваемости взрослого населения [81].

Другим проявлением проблемы здоровья медицинских работников является слабо освещаемое в научной литературе и средствах массовой информации состояние психического здоровья медицинского персонала или, другими словами, «синдром эмоционального выгорания» [56, с. 1337]. Он проявляется в виде продолжительного воздействия профессиональных стрессов на сотрудника, причиной чего может быть высокая рабочая нагрузка, повышенный уровень ответственности, низкий уровень дохода, неустроенность в личной жизни. Все это

в совокупности приводит к снижению эмоциональной вовлеченности сотрудника в рабочие процессы и как следствие – к снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Еще одним подвидом профессиональных кадровых рисков можно считать риск привлечения медицинских работников к уголовной ответственности. В современной науке встречается даже специальный термин, обозначающий подобные случаи наступления уголовной ответственности – ятрогенные преступления, под которыми можно понимать причинение вреда пациенту из-за нарушения врачом установленных правил оказания медицинской помощи [96, с. 34]. В отличие от гражданской ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациентов, которую, согласно статье 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», несут МО, субъектом уголовной ответственности является сам медицинский работник. Проблема уголовной ответственности врачей вызывает острые дискуссии в российском обществе в наши дни. В настоящее время в Уголовном Кодексе РФ (далее – «УК РФ») нет отдельной статьи, устанавливающей ответственность за врачебные ошибки, также как нет и законодательного определения самой врачебной ошибки. Однако некоторые статьи УК РФ предусматривают ответственность за действия медицинских работников.

В последние годы фиксируется интенсивный рост количества открытых уголовных дел в отношении работников здравоохранения. В 2012 году насчитывалось 311 таких дел, но к 2018 году их число значительно увеличилось и составило уже 2 229 [78]. Данная динамика вызвана несколькими причинами – продолжающимся снижением качества медицинской помощи, ростом правосознания населения, слабой юридической защитой самих медиков. Но данная тенденция несет в себе явно негативные последствия для всего общества. Чрезмерное уголовное преследование медицинских работников может привести к тому, что врачи будут избирать более консервативные методики лечения, несущие в себе меньшие риски. Как следствие, некоторые пациенты могут остаться без необходимой медицинской помощи. В западной практике подобное

явление носит название «оборонительная или защитная медицина» (defensive medicine). Оно заключается в том, что вместо того, чтобы заниматься эффективным, но небезопасным лечением, врачи, из опасения ответственности, могут назначать пациенту чрезмерные диагностические процедуры, при этом следуя медицинским стандартам и не нарушая их. По некоторым оценкам около 26% всех расходов США на здравоохранение вызваны процедурами, назначенными врачами, которые придерживаются тактики «защитной медицины» [110, с. 38]. Однако следует помнить, что в западной практике к уголовной ответственности врач может быть привлечен лишь в исключительных случаях, только при умышленном причинении вреда.

В качестве первой группы внешних рисков предлагается рассматривать рыночные риски, которые условно можно разделить на финансовые и нефинансовые. Одним из видов финансовых рисков является риск воздействия на российскую медицину колебаний валютного курса. Исследуемая отрасль в последние годы характеризовалась высокой импортозависимостью. Так, по оценкам экспертов Центра макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования, к 2012-2013 гг., т. е. перед обострением геополитической обстановки и введением иностранных санкций, зависимость российской медицины от импорта высокотехнологичных товаров в отношении лекарственных препаратов и медицинских изделий составляла свыше 90% [11, с. 62].

Стоит отметить, что по сравнению с 2007-2008 гг. эти показатели улучшились, но незначительно и по-прежнему отставали от общемировых показателей. Импорт медицинской продукции присущ и развитым странам мира, однако сопутствующий ему высокий уровень экспорта аналогичных технологий, снижает риски внешнеторгового кризиса для таких стран. Россия же не входит в число крупнейших экспортеров медицинских технологий, что делает курсовые колебания или международные ограничения прямой угрозой здоровью российского населения.

В подобных условиях вопрос стимулирования производства отечественных лекарственных препаратов и медицинских изделий должен был стать одним из

ключевых для российского государства. Для этого в 2014 была принята федеральная государственная программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на 2013-2020 гг.». Этот документ предусматривает, что доля отечественных медицинских изделий в общем объеме потребления должна была увеличиться к 2020 году до 40%, при том, что в 2012 году этот показатель был всего 18%. В то же время в общем объеме потребления лекарственных препаратов доля отечественных товаров должна составить не менее 50% при прежних 26,8% [54].

Сохраняется высокая зависимость обеспечения российского здравоохранения иностранными технологиями, а, значит, возможные изменения курса рубля могут повлиять на возможность закупки дорогостоящего оборудования в необходимом объеме. К тому же законодательные ограничения государственных закупок медицинских изделий и лекарственных препаратов, введенные в нашей стране в 2015 году, позволяют достичь заявленных целей не инновационным, а искусственным путем через монопольное положение отдельных российских поставщиков.

Два других риска финансовой подгруппы, а именно рост процентных ставок и общий финансовый кризис, в большей степени свойственны частной медицинской сфере, хотя и на работу государственных организаций эти негативные явления также способны оказать влияние. Коммерческие МО неохотно обращаются к заемным средствам банков, как отмечается в исследовании Ernst & Young, чаще всего это связано с высокими ставками по кредитам [30, с. 33]. Это можно считать одним из препятствий в развитии негосударственной медицины, тем самым формируя замкнутый круг – из-за высокой стоимости заемных средств частные клиники не могут привлечь дополнительные инвестиции для финансирования приобретения дорогостоящих основных средств. Банки же не рассматривают медицинскую сферу как перспективное направление инвестирования из-за отсутствия гарантий возврата средств и специфичности залогового имущества.

Нефинансовыми рисками медицинской сферы предлагается рассматривать риски конкуренции и неисполнения контрагентами своих обязательств. Преобладание государственных организаций накладывает определенный отпечаток на характер конкуренции на медицинском рынке. Реализуемая в нашей стране страховая модель финансирования здравоохранения, аналогичная немецкой модели, в идеале предполагает конкурентную борьбу МО за потребителя путем привлечения квалифицированных кадров, приобретения высокотехнологичного оборудования, обеспечения высокого уровня сервиса. В нашей стране подобная конкуренция отмечается лишь между негосударственными организациями, доля которых в общем объеме услуг не является определяющей. Тем не менее, можно поддержать тезис о необходимости конкуренции в российской медицине. На это в частности обращает внимание И. А. Тогунов, считая, что, несмотря на фактическое отсутствие конкурентной среды производства и потребления медицинской услуги, создание условий конкуренции в системе здравоохранения – одно из условий качественного изменения здравоохранения [91, с. 51].

Медицинская деятельность неразрывно связана с деятельностью других участников рынка – поставщиков медицинского и компьютерного оборудования, медицинских изделий и препаратов, коммунальных услуг и т. д. От наличия того или иного ресурса подчас зависит жизнь людей, поэтому для МО важно обеспечить бесперебойную поставку медицинских препаратов, расходных материалов, электроэнергии. Учитывая преобладающую государственную форму собственности российского здравоохранения, вопрос выбора надежного поставщика регулируется законодательством в сфере государственных закупок, преимущественно это Федеральный закон от 05 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». По данным Министерства финансов РФ, объем государственных закупок товаров медицинского назначения по итогам 2020 года составил 473 млрд руб., и это второй результат после строительных работ. [79, с. 28].

Можно утверждать, что медицинская отрасль является одним из ведущих государственных заказчиков. Но специфика отрасли накладывает на МО дополнительную нагрузку при осуществлении госзаказа, поскольку уникальность некоторых закупаемых лекарств способствует непрозрачности процедуры закупки при определении цены. По некоторым оценкам ежегодно российское здравоохранение переплачивает, т. е. приобретает по ценам выше рыночных медицинские препараты и изделия, не менее чем 65 млрд руб. [77], что составляет почти 10% от закупок медицинских товаров.

Вторая группа внешних рисков объединяет социальные угрозы и включает демографические риски и риски социальной нестабильности. Демографические риски естественным образом связаны с состоянием здоровья населения страны, изменением его структуры и численности. Риски же социальной нестабильности представлены следующими опасностями: падением уровня доходов и образования, социальной напряженностью (военные действия, беспорядки), рост уровня безработицы. Данная группа рисков влияет на деятельность МО опосредованно через воздействие на объект оказания медицинских услуг. Снижение доходов приведет к сокращению частной медицины и значительно сузит возможности населения получить полноценный объем медицинской помощи в государственных клиниках, включающий в т. ч. и непокрываемые системой ОМС услуги. Кроме того, имея высокий уровень дохода, жители страны получают возможность приобретать более качественные продовольственные товары, тратить средства на занятия спортом, курортный отдых, что будет благоприятно сказываться на показателях их здоровья, а значит снижать нагрузку на систему здравоохранения. Соответственно, снижение доходов населения, будет иметь обратное влияние на здравоохранение, также как и увеличение безработицы.

Падение уровня образования в прочих отраслях будет аналогичным образом отягощать положение МО. В целом неоспоримым фактом является наличие взаимосвязи между уровнем образования и состоянием здоровья. Это подтверждается достаточным количеством прикладных исследований, так

научная работа Н. А. Барабаша и О. Л. Барабаша свидетельствует о том, что наличие высшего образования можно рассматривать как фактор ограничения роста артериального давления у мужчин с гипертонической болезнью. [3, с. 14].

С одной стороны, наличие образования способствует получению более высокого дохода, что как было описано выше, само по себе может являться фактором благоприятного состояния здоровья. С другой стороны, образованность формирует у человека определенный набор знаний, позволяющих тщательнее следить за своим здоровьем, вовремя обращаться к необходимым специалистам. И в целом образованному человеку чаще присущ интеллектуальный, нефизический труд, а значит в его профессии значительно меньше угроз здоровью (вредные условия труда, травмы, нагрузка на опорно-двигательный аппарат и сердечнососудистую систему). Таким образом, объединение социальных угроз (снижение уровня доходов и образования, повышение безработицы и т.д.) в общую группу рисков социальной нестабильности является вполне оправданным.

Последнюю группу в предлагаемой системе классификации составляют правовые риски, к которым можно отнести риски, связанные с государственным регулированием отрасли и с ее высокой зависимостью от судебной практики. Медицинская деятельность в нашей стране является лицензируемой, а высокий уровень ее социальной значимости объясняет более строгий государственный надзор. Однако излишний контроль способен стать преградой на пути оказания качественных и доступных медицинских услуг. Чрезмерный бюрократизм, необоснованно высокое число проверяющих, нечетко определенный порядок проверок негативным образом воздействует на работу МО.

Также определенную проблему для медицинской деятельности представляет наличие законодательных пробелов в сфере здравоохранения. Так, например, статья 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает обязанность медицинской организации осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом [53], но подобного федерального закона в нашей стране до сих пор нет.

Можно констатировать, что в последние годы результаты деятельности российских врачей все чаще становятся предметом судебных разбирательств между МО и пациентами в случае причинения вреда жизни и здоровью последних. Рост юридической подкованности населения и внимание рынка юридических услуг к пациентам, увеличение числа врачебных ошибок, лояльность судов к потерпевшим в совокупности приводит к увеличению количества судебных исков и присуждаемых сумм возмещения. В этих условиях наступление подобных событий может кардинальным образом повлиять не только на способность клиники оказывать качественную медицинскую помощь, но порой и на возможность МО в целом продолжать свою деятельность.

К сожалению, в России до сих пор отсутствует открытая статистика судебных исков против МО. Также нет открытых данных о количестве самих медицинских ошибок, которые приводят к причинению вреда пациентам. По оценкам ВОЗ, в мире в среднем 8-12% пациентов испытывают на себе последствия врачебных ошибок различной степени тяжести во время получения медицинской помощи [46, с. 7]. В пересчете на российские реалии при средней численности госпитализированных в 17 человек на 100 человек населения [26, с. 99] количество пациентов, пострадавших от действий медиков, в абсолютном выражении может составить порядка 2,5 млн человек, которые потенциально могут обратиться в суд для защиты своих интересов. Однако к настоящему времени практика подобных судебных обращений не получила широкого применения. Тем не менее отмечается тенденция увеличения числа таких претензий.

По данным Федеральной службы Российской Федерации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее – «Роспотребнадзор») статистика показывает, что всего за несколько последних лет резко возросло количество обращений, направленных потребителями услуг в адрес ведомства (более, чем в 5 раз), значительно выросло количество исков, рассмотренных судами общей юрисдикции по делам в сфере оказания медицинских услуг – в 4 раза (Таблица 3).

Таблица 3 – Статистика обращений в Роспотребнадзор и судебных дел в сфере оказания медицинских услуг в РФ в 2014-2020 гг. [25, с. 218]

| Год | Количество обращений в Роспотребнадзор | Количество заявленных исков | Количество рассмотренных судами общей юрисдикции дел | Доля удовлетворенных исков | Взыскано, тыс. руб. |
|------|--|-----------------------------|--|----------------------------|---------------------|
| 2014 | 4 119 | 1 031 | 579 | 58% | 43 239 |
| 2015 | 6 085 | 1 701 | 1 079 | 62% | 72 983 |
| 2016 | 7 974 | 2 417 | 1 550 | 67% | 153 336 |
| 2017 | 8 880 | 2 714 | 1 992 | 65% | 137 474 |
| 2018 | 9 013 | 3 111 | 2 201 | 65% | 288 376 |
| 2019 | 10 300 | 4 124 | 3 169 | 76% | 287 337 |
| 2020 | 21 055 | 2 482 | 1 926 | 71% | 186 348 |

При этом в подавляющем числе случаев суды полностью или частично удовлетворяет заявленные требования. Показатели заявленных и рассмотренных судами дел в сфере медицинских услуг за 2020 год несколько отстают от показателей предшествующих лет, что можно объяснить продолжительным периодом самоизоляции и остановкой работы судов в связи с пандемией коронавируса.

На фоне негативных тенденций в российской медицине и роста правосознания населения, можно говорить о значительном распространении в последние годы такого явления как «потребительский экстремизм». Введенные с 2013 года изменения в Федеральный закон «О защите прав потребителей», распространяющийся помимо прочего и на медицинские услуги, призваны защитить интересы российских граждан. Но одновременно с защитой добросовестных потребителей он создают широкое поле для возможных злоупотреблений со стороны клиентов. Недобросовестное манипулирование нормами закона в корыстных целях толкает их на подачу исков против лечебных учреждений, в том числе в связи с чрезмерно завышенными (по мнению истцов) суммами. В иск, как правило, включаются и требования возмещения дополнительных расходов на юридические и прочие услуги. Также возможны попытки выбора подсудности с целью влияния на судебный процесс и т. д. Такая ситуация вынуждает российские МО не только пытаться оказывать услуги

надлежащего качества в условиях дефицита средств и ресурсов, но и подчас вести судебные разбирательства по необоснованным требованиям.

Таким образом, предложенная авторская методика классификации рисков МО охватывает и систематизирует основные виды рисков, исходя из главных источников возникновения опасностей. Большинство возможных угроз может быть отражено в рамках данной концепции, а, значит, позволяет определить набор инструментов по управлению ими.

В целом анализ роли МО в системе здравоохранения России и изучение рисков, присущих медицинской деятельности, позволяет отметить следующие **полученные результаты:**

– **определено**, что государственная медицина и, в частности, государственные МО составляют ядро системы здравоохранения нашей страны, включая в себя наибольшее количество работников здравоохранения и материально-технической базы исследуемой отрасли. Это позволяет сделать вывод, что от анализа рисков, которые представляют угрозу эффективной работе российских МО, и эффективного управления ими, во многом зависит успешность дальнейшей государственной политики в области охраны здоровья граждан нашей страны;

– **выявлено**, что в современной российской медицине отсутствует комплексный подход к управлению рисками, можно отметить лишь единичные попытки защиты от наиболее явных угроз;

– **установлено**, что отсутствие практического опыта использования основ риск-менеджмента в деятельности МО может быть вызвано отсутствием широкой научной базы по вопросу управления рисками в медицине;

– одним из немногих вопросов, нашедших отражение в исследованиях по данному направлению, является лишь вопрос классификации рисков МО, который чаще всего предлагается решить путем деления рисков на медицинские и прочие. Такой подход, на наш взгляд, не позволяет учитывать все аспекты деятельности организаций. Поэтому нами **предложена авторская классификация** рисков МО, учитывающая и систематизирующая наиболее

широкий перечень рисков, оказывающих влияние на российскую медицину, исходя из источника опасности.

1.2. Теоретические основы применения страхования для защиты имущественных интересов медицинских организаций

История становления страхования в России насчитывает достаточно долгую историю, но различные временные этапы и сопутствующие события в жизни страны вносили свои характерные особенности в страховые отношения. Активное развитие институт страхования получил в конце XVIII в. при Екатерине II, когда было введено морское и огневое (в т. ч. залоговое) страхование. В 1786 году с учреждением Страховой экспедиции в Российской Империи фактически была введена государственная монополия на страхование, которая была отменена в 1822 году. Начиная с середины XIX в. начинает складываться национальный страховой рынок, состоящий из акционерных, земских и взаимных страховых обществ, активную роль играют иностранные страховщики, происходит усложнение страховых продуктов. С образованием СССР рынок страхования был монополизирован и страховые функции были переданы Главному управлению государственного страхования – Госстраху. В СССР в разные годы действовали отдельные обязательные виды страхования (обязательное страхование имущества колхозов, совхозов). В 1947 году было образовано Управление иностранного страхования (Ингосстрах), которое было выделено из состава Госстраха. Государственная монополия негативно сказалась на традиционных видах страхования, было ликвидировано взаимное страхование, значительное развитие получило лишь социальное страхование.

Распад СССР, а вместе с ним и демонополизация страхового рынка привели к появлению множества акционерных, взаимных, кооперативных сообществ, усилению конкуренции между ними. К участию были допущены страховщики с иностранным капиталом. Принятый 27 ноября 1992 года Закон РФ № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» устанавливал порядок

осуществления, регулирования и надзора за страховой деятельностью. Данный Закон вместе с главой 48 Гражданского Кодекса РФ и по сей день остается основным нормативным документов в области страхования.

Закон № 4015-1 дает определение страхованию как «отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков» [52]. В научной литературе встречается огромное количество авторских определений термина «страхование» и в основном они оперируют теми же понятиями и содержат ту же идею – формирование фонда денежных средств из уплаченных страховых премий, который в дальнейшем используется для выплаты возмещения при наступлении определенных событий. В связи с этим, в данной работе термин «страхование» будет использоваться в значении, закрепленном Законом № 4015-1.

Существующие исследования по страховой тематике выделяют ряд функций, которые призвано выполнять страхование, выступая в качестве одной из важнейших экономических категорий. Среди авторов нет единого мнения по данному вопросу, однако некоторый набор функций присущ большинству научных работ. Рассмотрим эти функции страхования применительно к использованию его в медицинской сфере. З. З. Тепкаева выделяет следующие функции страхования: рисковая, предупредительная, сберегательная, контрольная, инвестиционная и социальная [88, с. 87]. Приходится признать, что применительно к медицинской сфере не все из перечисленных функций выполняются (Таблица 4). Сберегательная (или накопительная) функция проявляется в личном страховании, где физическое лицо может не только защитить себя от неблагоприятных последствий, но получить накопленную сумму при наступлении определенного события (дожитии). Т. к. основу российской медицины составляют юридические лица, то сберегательная функция может выполняться только в отношении частнопрактикующих врачей. Остальные

функции страхования успешно выполняются при использовании в деятельности российских МО страховых инструментов. Страховщики принимают на себя вероятные последствия случайных событий, тем самым перераспределяя риск и средства на его компенсацию. В этом проявляется рисковая функция.

Таблица 4 – Функции страхования в сфере медицинских услуг

| Функция | Описание |
|--------------------------|---|
| Рисковая | Страховщикам делегируются наиболее вероятные риски возможных потерь медицинских организаций, связанных с наступлением неблагоприятных событий |
| Предупредительная | Страховщик в целях минимизации рисков дает рекомендации по превентивным мерам, предпринимает шаги по повышению качества медицинских услуг, пропагандирует здоровый образ жизни, проводит мероприятия по повышению юридической и финансовой грамотности медицинского персонала |
| Сберегательная | Слабо применима |
| Контрольная | При заключении договоров страхования и при выплате страхового возмещения страховщики призваны проверить и обеспечивать соблюдение законодательных и нормативных требований |
| Инвестиционная | За счет поступления страховых премий от медицинских организаций страховщики могут осуществлять инвестирование в национальный фондовый рынок, обеспечивая экономический рост |
| Социальная | Путем выплаты страхового возмещения, страховщики защищают имущественные интересы населения, посредством компенсации вреда жизни и здоровью и повышения качества и безопасности жизни |

Источник: составлено автором

Предупредительная функция в страховании субъектов медицинских услуг заключается в выполнении МО рекомендаций страховщиков по уменьшению или уклонению от риска (повышение профессиональной подготовки персонала, контроль качества услуг). Л. В. Бесфамильная полагает, что система контроля качества медицинской помощи должна с одной стороны включать государственные меры, а с другой строиться на рыночных механизмах, одним из которых как раз и является институт страхования ответственности за качество медицинских услуг [5, с. 85].

Также страховщики обязаны соблюдать условия страхования и использования страхового фонда, сформированного за счет средств медицинских страхователей, что отражает контрольную функцию. Инвестиционная функция

проявляется при дальнейшем использовании полученных страховщиками средств для инвестирования в национальный фондовый рынок.

Учитывая высокую социальную значимость сферы медицинских услуг, одной из ключевых функций страхования видится социальная функция. Деятельность страховщиков должна благоприятно сказываться на повышении качества и безопасности жизни. Это может проявляться напрямую в виде выплаты страховой компенсации населению, например, при страховании профессиональной медицинской ответственности. Либо влияние страхового рынка на социальную защищенность может быть косвенной – личное страхование медицинского персонала позволяет повысить статус профессии медика, а, значит, может способствовать привлечению рабочей силы в отрасль. Страхование имущества позволит скорее восстановить утраченное высокотехнологичное оборудование, необходимое для спасения человеческих жизней.

По мнению Г. В. Черновой и С. А. Калайды социальную функцию страхования можно рассматривать также и более глобально, с позиции всего страхового рынка [104, с. 424]. В этом случае она будет проявляться в виде:

- контроля за деятельностью страховщиков посредством лицензирования и наблюдения за деятельностью организаций;
- регулирования всей страховой деятельности через введение обязательных видов, регламентацию деятельности;
- регулирования социально значимых видов страхования;
- государственного участия в ходе реализации наиболее важных для страны видов страхования.

Последних два тезиса только подтверждают социальную значимость страхования рисков медицинского сообщества.

На сферу здравоохранения распространяются практически все основные обязательные виды страхования – обязательное страхование ответственности владельцев транспортных средств (далее – «ОСАГО») в связи с эксплуатацией автомобилей скорой помощи, обязательное страхование ответственности владельцев опасных объектов (далее – «ОСОПО») в связи с наличием лифтов и

котельных во многих медицинских учреждениях, обязательное социальное страхование, обязательное страхование пациентов при проведении клинических исследований. Все эти виды страхования МО обязаны осуществлять в соответствии с конкретными нормативными актами и, как правило, заключение подобных договоров страхования (за исключением обязательного социального страхования) проводится на конкурсной основе. Тем не менее, многие организации медицинской сферы, в т. ч. и государственные учреждения, практикуют и другие виды страхования, если располагают средствами на это (Таблица 5).

Таблица 5 – Виды страхования, осуществляемые российскими медицинскими организациями

| Тип страхования | Вид страхования |
|--------------------------|---|
| Обязательное страхование | - ОСАГО; - Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний; - ОСОПО; - Обязательное страхование жизни, здоровья пациента, участвующего в клиническом исследовании |
| Вмененное страхование | - Страхование расходов по локализации и ликвидации чрезвычайных ситуаций; |
| Добровольное страхование | - Страхование имущества; - Страхование профессиональное ответственности; - Страхование гражданской ответственности при эксплуатации помещений; - Страхование работников от несчастных случаев. |

Источник: составлено автором

Кроме того, в случае наличия на территории медицинского учреждения опасного объекта, помимо обязательного страхования организация должна сформировать резерв финансовых и материальных ресурсов для ликвидации чрезвычайных ситуаций в соответствии с Федеральным законом «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ. Вместо формирования реального резерва допускается заключения договора страхования на возмещение данных непредвиденных расходов. Такой вид страхования можно считать вмененным по

своей сути, поскольку обязательным он не является, но его заключение необходимо для осуществления деятельности с минимально возможными затратами.

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», действовавшие до вступления в 2012 году в силу Федерального закона № 323-ФЗ, включали положения об обязательном страховании жизни и здоровья медицинских, фармацевтических и иных работников муниципальной и государственной систем здравоохранения. Для федеральных и региональных организаций здравоохранения порядок страхования устанавливался Правительством РФ и органом государственной власти субъекта РФ соответственно. На практике это были небольшие суммы размере 50-500 тыс. руб. Такой размер компенсации не соответствовал возможному риску, поэтому нельзя сказать, что этот вид обязательного страхования позволял полноценно защитить интересы медицинского работника. Но важно отметить попытку государства установить дополнительные социальные гарантии медицинскому персоналу. В Федеральном законе № 323-ФЗ нормы об обязательном страховании нет. Можно предположить, что она была исключена в интересах экономии бюджетных средств.

Из прочих добровольных видов страхования, которые используют отечественные МО, можно выделить страхование имущества (транспортных средств, капитальных строений, оборудования), страхование профессиональной ответственности, страхование гражданской ответственности за вред третьим лицам при эксплуатации зданий, помещений и прилегающей территории, страхование работников от несчастных случаев. Как видим, данные добровольные виды страхования соответствуют наиболее существенным рискам, выявленным в параграфе 1.2 настоящей работы. Можно сделать вывод, что, несмотря на недостаток финансирования, больницы осознают наиболее вероятные источники опасности и стремятся хотя бы фрагментарно прибегать к услугам страхового рынка. При этом, как отмечает Н. М. Фомичева, если говорить о страховании

рисков МО, то «в первую очередь сюда можно отнести страхование гражданской ответственности медицинских организаций» [102, с. 183].

Большинство описанных выше добровольных видов страхования при использовании их в медицинской среде неизбежно адаптируются под характерные особенности данной деятельности. Так, при страховании профессиональной ответственности актуальным становится включение в покрытие возмещения морального вреда, который в прочих видах страхования ответственности обычно является стандартным исключением.

Тем не менее, приходится признать, что российский страховой рынок способен принять на себя далеко не все возможные риски МО. Гибель или повреждение дорогостоящего стационарно установленного медицинского оборудования может существенно сказаться на процессе оказания медицинской помощи, однако страховщики неохотно могут взять такой риск на страхование, из-за неудовлетворительных условий содержания и защиты (изношенных коммуникаций здания, отсутствия охраны и т. д.). Кроме того, данное оборудование может пострадать при перемещении, погрузке/разгрузке или техническом обслуживании. Такие риски, как правило, не входят в страховое покрытие. Но и в этом случае медицинские учреждения вполне могут использовать ресурсы страхового рынка для защиты собственных интересов.

Одним из способов применения страхования в деятельности медицинских организаций можно считать вменение заключение договора страхования своим контрагентам – посредникам, подрядчикам, арендаторам. Включение в договор подряда или аренды обязательного требования о предоставлении договора страхования, позволяет МО защитить свои собственные риски без особенных затрат на это. Единственной задачей остается определение критериев для страховой компании своего контрагента, ведь если страховщиком окажется компания с неудовлетворительной финансовой устойчивостью, это может лишить клинику возможности получить причитающееся страховое возмещение. Также МО может определять минимальный объем страхового покрытия, необходимый для страхового полиса контрагента.

Рассматривая взаимоотношение страховой отрасли и системы здравоохранения нельзя обойти стороной сотрудничество в рамках ОМС и добровольного медицинского страхования (далее – «ДМС»). Оба этих вида страхования нельзя считать прямым инструментом защиты рисков МО, они лишь являются источниками финансирования в здравоохранении. Тем не менее, как было рассмотрено в параграфе 1.1, именно недостаток финансирования является одной из краеугольных проблем в современной российской медицине. В таких условиях сотрудничество МО и страхового рынка в рамках ОМС и ДМС оказывает влияние на комплексную защиту медицинской деятельности, обеспечивая ее необходимым уровнем финансирования.

Регулированием системы ОМС в России занимается государство и в большей степени это страхование распространяется на государственные МО. Частные МО имеют право оказывать ограниченное число услуг в рамках ОМС и далеко не всегда установленные тарифы обеспечивают необходимый уровень дохода для обеспечения безубыточной деятельности.

Иная картина складывается в системе ДМС, которая охватывает договоры страхования, заключаемые физическими лицами (индивидуальное страхование) и юридическими лицами (корпоративное или коллективное страхование) со страховщиками. При этом сложившаяся в России система ДМС оказывает положительное влияние на всех участников этого рынка (Рисунок 1). Сектор ДМС занимает существенную роль на страховом рынке России и по итогам 2021 года по объему страховой премии составил 11% от премии по всем видам страхования [1]. При этом следует отметить, что рынок ДМС относительно легко смог компенсировать снижение пандемийного 2020 года по объему премии. Тем не менее, приходится констатировать, что по сравнению с объемом системы ОМС роль добровольного страхования пока остается несопоставимой и что самое главное – ДМС наиболее уязвимо в условиях экономического кризиса. В условиях волатильности хозяйствующие объекты предпочитают сократить расходы на персонал, что может непосредственно коснуться вопроса оплаты договора страхования ДМС для сотрудников. Кроме того, в условиях роста заболеваемости

возрастает убыточность страховщиков, а значит и стоимость страхования для юридических лиц. В некоторых случаях стоимость страхования может стать критической, что приведет к отказу от страхования.

Юридические лица

- Повышение лояльности сотрудников (социальный пакет)
- Выгодные условия по другим видам страхования

Физические лица

- Повышение доступности и качества получаемых медицинских услуг
- Повышение качества жизни

Медицинские организации

- Увеличение доходов
- Повышения качества оказываемых услуг
- Улучшение материальной базы

Страховые компании

- Увеличение объемов страховой премии
- Увеличение портфеля клиентов
- Расширение сотрудничества с корпоративными клиентами и медицинскими организациями

Государство

- Повышение качества жизни населения
- Диверсификация источников финансирования здравоохранения

Рисунок 1. Положительный эффект добровольного медицинского страхования

Источник: составлено автором

Важно подчеркнуть, что для медицинского сообщества ДМС является не просто дополнительным источником оплаты своих услуг. Работа МО в системе ДМС оказывает положительное влияние на весь характер работы. Внедряемые в добровольном страховании принципы и подходы со временем находят свое отражение и в государственном ОМС (телемедицина), а стремление к привлечению клиентов-пациентов подталкивает к реальной конкуренции, заставляя оказывать серьезное внимание качеству своих услуг.

Резюмируя процесс рассмотрения теоретических основ применения страхования для защиты имущественных интересов МО, стоит отметить следующие **результаты**:

– **установлено**, что страхование имеет глубокие корни в экономической жизни нашей страны, тем не менее страхование рисков в сфере медицинских услуг находится на крайне низком уровне;

– **определено**, что в отношении сферы медицинских услуг страхование исполняет практически все свои функции, рассматриваемые в научной литературе. При этом, по нашему мнению, наиболее важными следует считать рисковую и социальные функции, ввиду высокой социальной ответственности здравоохранения;

– **изучены** основные нормативные акты, в соответствии с которыми на российские МО распространяется действие многих обязательных видов страхования, действующих в нашей стране, которые необходимо осуществлять в силу законодательства. Однако добровольное страхование не пользуется ощутимым спросом в силу чаще всего отсутствия источника финансирования затрат на страхование;

– одним из перспективных способов применения услуг страхового рынка для целей защиты профессиональной медицинской деятельности **предлагается рассматривать** внедрение вмененного страхования контрагентов МО. Это позволит безболезненно переложить затраты на оплату страховых премий на подрядчиков или арендаторов, но при этом частично защитить свои собственные риски.

1.3. Правовое регулирование взаимоотношений пациентов и медицинских организаций. Риски профессиональной ответственности

Медицинская деятельность направлена на обеспечение одного из основных конституционных прав российского гражданина – права на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь. Работа МО регулируется множеством

правовых актов – нормами гражданского, уголовного, трудового, административного и других отраслей права. В своих действиях поликлиники и больницы должны руководствоваться требованиями к осуществлению медицинской деятельности, защите персональных данных и врачебной тайны, обороту наркотических веществ и многими другими.

В научном обществе существует мнение, что на стыке различных юридических и медицинских наук сформировалась новая специализированная дисциплина – «медицинское право». О. Н. Козодаева рассматривает медицинское право, как комплексную отрасль права, которая «посредством применения различных методов правового регулирования осуществляет свою социально-политическую роль регулятора общественных отношений в сфере охраны здоровья» [37, с. 250]. Иного мнения придерживается Г. Б. Романовский. Он считает, что относить медицинское право к самостоятельной отрасли права преждевременно, т. к. правовые нормы, регулирующие медицинскую деятельность, носят бессистемный характер, создают препятствия для единообразной правоприменительной практики [75, с. 76]. Дискуссии относительно самостоятельности медицинского права, бесспорно, относятся к компетенции юридической науки. Для научного исследования экономической направленности, проводимого в рамках данной работы, научный интерес будут представлять лишь правовые нормы, оказывающие влияние на реализацию рисков ответственности в медицинской отрасли.

В нормативных документах отсутствует законодательное закрепление понятия «профессиональная ответственность», а среди научного сообщества нет его единого принятого определения. Однако термин «профессиональная ответственность» активно используется, особенно в сфере страховых услуг. В. Р. Сергеев предлагает рассматривать под этим понятием «обязанность субъекта профессиональной деятельности претерпеть неблагоприятные последствия в результате причиненного негативным результатом его работы вреда» [80, с. 322]. В ряде случаев в понятие «профессиональная ответственность» вкладывается

ответственность отдельных профессий перед обществом (ученый, педагог). Но такой подход не соответствует экономико-правовому анализу данного понятия.

Как было рассмотрено в параграфе 1.1, оказание медицинских услуг неизбежно сопряжено со всевозможными рисками. Значительная доля наиболее вероятных угроз в медицинской сфере связана именно с юридическими последствиями оказанной услуги. Основным нормативным актом в области охраны здоровья в нашей стране является уже упоминавшийся Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данный закон, как было описано ранее, имеет ряд существенных пробелов и недостатков. А. А. Грушина подчеркивает, что в данном законе не закреплены гарантии охраны и защиты достоинства личности пациента [16, с. 155]. Т. С. Королева замечает, что ответственность за охрану здоровья населения закон в меньшей степени возлагает на государство и его руководителей и в большей – на медицинскую отрасль [41, с. 53]. Согласно статье 98 этого Федерального Закона именно МО возмещают вред, причиненный жизни или здоровью граждан при оказании медицинской помощи. Таким образом, в России именно организация, а не конкретный медицинский работник, является субъектом правоотношений. Для сравнения – субъектом медицинских правоотношений в США и Германии является сам медицинский работник, а значит именно он и отвечает за компенсацию вреда пациентам. Это вынуждает зарубежных медиков самостоятельно обеспечивать защиту своих интересов. Для этого в указанных странах действует система обязательного или вмененного страхования медицинских работников.

Российские реалии сводятся к тому, что вред пациентам должны возмещать МО, у которых в то же время нет обязательств заключать договор страхования своей ответственности, поэтому средства на выплату компенсаций им приходится изыскивать среди своих дополнительных доходов (от платных услуг, арендных платежей). Т. е. налицо использование метода удержания, когда риск наступления ответственности остается на собственном удержании больниц. Объем

возмещаемого вреда регулируется главой 59 Гражданского Кодекса РФ и включает:

а) вред, причиненный повреждением здоровья:

- утраченный заработок (доход);
- дополнительно понесенные расходы (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии);

б) вред в результате смерти кормильца – доля заработка (дохода) погибшего, которую его иждивенцы получали или имели право получать на свое содержание при его жизни;

в) расходы на погребение;

г) моральный вред.

К сожалению, в России не ведется систематической судебной и тем более досудебной статистики случаев причинения вреда при оказании медицинской помощи. Поэтому о положении вещей можно судить лишь по отрывочной информации в открытых источниках. Как показывает практика, основная доля компенсаций приходится на моральный вред, который зависит от характера причиненных физических и нравственных страданий, степени вины причинителя вреда. Его размер определяется судом, и возмещается он независимо от компенсируемого имущественного вреда (повреждение здоровья или смерть).

Как видим, такой порядок отличается непрозрачностью, сумма компенсации, которая будет возложена на МО, зависит от субъективного мнения одного человека – судьи. При этом он, согласно Гражданскому Кодексу, должен руководствоваться требованиями разумности и справедливости. И если вопрос наличия врачебной ошибки, как правило, разрешается силами независимой судебной медицинской экспертизы, то размер компенсации морального вреда остается на усмотрение судьи. В отличие от США и Великобритании, где действует англосаксонская система права (основной источник права – прецедент), в нашей стране применяется континентальная система права (основной источник

права – нормативный акт). Поэтому судебные органы должны руководствоваться законодательством при принятии решений. Тем не менее, при определении размера компенсации морального вреда, российские суды во многом ориентируются на аналогичные решения своих коллег.

Стоит также рассмотреть, как вопрос возмещения вреда при оказании медицинской помощи регулируется за рубежом. В других странах значительную долю компенсации также составляет моральный (психический) вред, который может иметь различные трактовки, но практически один и тот же смысл. В США и Великобритании при расчете компенсаций за причиненный моральный вред действуют целых три подхода – концептуальный, личностный и функциональный [94, с. 208]. Концептуальный подход предполагает определение возмещения аналогичное расчету имущественного вреда, т. е. за каждый поврежденный орган устанавливается своеобразный «тариф». Личностный подход при определении суммы возмещения учитывает особенности конкретной личности. Согласно функциональному подходу предполагается, что истинный размер морального вреда оценить невозможно, поэтому назначенный судом размер компенсации направлен не на денежную оценку нравственных страданий. Он предназначен для обеспечения пострадавшего средствами, позволяющими изменить образ жизни, профессиональную деятельность, увлечения, которые стали недоступны после перенесенных страданий.

Иной подход применяется в Германии и Франции, где действует система права аналогичная российской. Трактовка самого морального вреда в этих странах совпадает с российской, но вот сама система определения морального вреда несколько отличается. В России суды при принятии решения в случае некачественного лечения негласно ориентируются на аналогичные дела, что делает общий процесс бессистемным и непрозрачным. В Германии же ориентация на судебные решения по схожим делам носит практически обязательный характер. Для чего результаты судебных решений в систематизированном виде публикуются на регулярной основе. Это обеспечивает единообразие в принятии судебных решений, а кроме того, суммы компенсаций постоянно индексируются,

отражая экономическую ситуацию в стране и гарантируя достойный размер возмещения. Приходится признать, что российская практика хотя и имеет в своей основе подход аналогичный немецкому, пока значительно отстает от зарубежного опыта по степени проработанности.

Следует помнить, что выполнение ряда медицинских процедур неизбежно сопровождается болезненными ощущениями разной степени тяжести, что судом может ошибочно трактоваться как физические и нравственные страдания, вызванные медицинской ошибкой. Складывается ситуация, когда, с одной стороны, пострадавшие должны быть защищены на случай причинения им ятрогенного вреда, с другой стороны, защита прав пациентов не должна трансформироваться в «потребительский экстремизм» и злоупотребление правом, которые будут ущемлять интересы МО и препятствовать их нормальной работе. Ключевым вопросом в данном случае становится вопрос справедливой и единообразной оценки причиненного вреда жизни и здоровью пациентов в результате некачественной медицинской помощи.

Жизнь современного человека подвержена большому количеству опасностей, и задача любого социально ориентированного государства – сформировать систему гарантированного возмещения вреда жизни и здоровью своих граждан в справедливом размере. Поэтому особо актуальной проблемой современной России является невозможность или нежелание оценить должным образом стоимость человеческой жизни. Согласно гуманистическим идеям считается, что человеческая жизнь бесценна. На практике это приводит к тому, что вместо истинного вреда жизни и здоровью возмещается совершенно другое – имущественный и моральный вред. Таким образом, высшая ценность – жизнь человека, фактически девальвируется. Как было описано ранее, в настоящее время в нашей стране отсутствует справедливая система оценки вреда жизни человека, способная установить единый порядок определения компенсаций.

Приходится отметить, что текущей ситуации способствует позиция российского государства, которое, вероятно, может быть не заинтересовано в росте расходов на повышение безопасности жизнедеятельности и

государственных компенсаций пострадавшим в результате разного рода катастроф, террористических актов и пр. Увеличение компенсаций потребует дополнительных бюджетных затрат. Кроме того в России исторически сложилось несколько пренебрежительное отношение к человеческой жизни, при чем как со стороны государства (войны, репрессии), так и со стороны самого населения (нарушения правил дорожного движения, злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания). Это приводит к тому, что граждане страны не способны адекватно оценить стоимость своей жизни и компенсации за причиненный вред. Законодательное принятие детально проработанной методики определения стоимости человеческой жизни даст всем участникам правоотношений единый источник для расчета сумм компенсаций.

Решение вопроса формирования системы оценки вреда человеческой жизни строится на выборе оптимальной методологии оценки. В научной литературе встречается несколько разнообразных подходов, которые во многом строятся на прогнозировании условий и продолжительности жизни конкретного человека. Рассмотрим основные научные подходы к оценке вреда и стоимости человеческой жизни, включая их преимущества и недостатки:

1. Оценка, основанная на **уровне дохода**. Данный способ предполагает наиболее простой подход к оценке, исходя из соотношения неполученных физическим лицом доходов, а также периода времени, когда такие доходы были им недополучены. Данный порядок лежит в основе действующего механизма возмещения вреда, установленного Гражданским Кодексом РФ, и используется в судопроизводстве. Стоимость человеческой жизни фактически уравнивается с уровнем доходов, а сверх этого дополнительно возмещается моральный вред, зависящий от характера нравственных страданий. Средняя месячная заработная плата в России в 2021 году составила 56 545 руб. [31]. Средний трудовой стаж можно оценить в 45 лет, следовательно средняя стоимость жизни человека в нашей стране в 2021 году оценивалась на уровне 30,5 млн руб. Но указанная цифра отражает доходы за всю трудовую деятельность. В случае смерти в раннем возрасте, сумма компенсации будет ниже. Данная методология не учитывает

множество прочих факторов (семейное положение, общественная деятельность и т. д.), а также не учитывает в полной мере интересы неработающего населения – пенсионеров и детей. Этот подход получил применение по причине своего удобства в рассмотрении доходов конкретного человека, но он не позволяет объективно и комплексно оценить вред человеческой жизни.

2. Расчет, основанный на анализе **макроэкономических показателей**. В качестве базисной величины данная методика рассматривает потери ВВП от смерти трудоспособного населения. Величина ВВП на душу населения в РФ по состоянию на конец 2021 года составляла примерно 895 тыс. руб. [58]. Порядок расчета суммы компенсации за гибель определенного лица предполагает расчет разницы между возрастом на момент смерти и установленным пенсионным возрастом, который в настоящий момент для мужчин составляет 65 лет, для женщины – 60 лет. Для примера рассмотрим гибель человека в возрасте полных 40 лет. В текущих условиях он «не проживет» примерно 25 лет трудоспособного возраста. Таким образом размер компенсации за этот период составит 22,4 млн руб. Стоимость полной жизни из расчета среднего трудового стажа около 45 лет составила бы 40,3 млн руб.

Величина компенсации, полученная данным способом, значительно превышает результаты, полученные первым методом. Преимущество данного способа в том, что он учитывает экономические показатели страны в конкретный период и позволяет сделать расчет в каждом отдельном случае. Но он также не учитывает отличительные особенности конкретного человека, и такой метод трудно адаптировать для потери трудоспособности. Стоит заметить, что данный метод во многом связан с показателями пенсионного возраста. Недавно утвержденное повышение данного показателя должно обязательно сказаться и на стоимости жизни, поскольку таким образом увеличится трудовой стаж и объем экономических благ, производимых населением. Поэтому государству надо будет стремиться к объективному расчету ВВП, без значительных завышений, т. к. напрямую будет увеличиваться оценка жизни населения и рассчитанную сумму государственных компенсаций.

3. Одним из методов оценки компенсации за вред человеческой жизни можно рассматривать **социологические данные**. Суммы, в которые опрошенные респонденты оценивают собственную жизнь, будут частично соответствовать критерию справедливости (со стороны пострадавших). Но результаты таких социологических опросов будут серьезно зависеть от выборки, места проведения, занятости, профессии, уровня благосостояния респондентов. В рамках исследования, проведенного Финансовым Университетом при Правительстве РФ в 2018 году, средняя стоимость жизни российского человека была оценена в 4,5 млн руб. [82]. Это чуть больше, чем на 0,5 млн руб. превысило показатель 2016 года, но по сравнению с оценкой 2017 года, человеческая жизнь «обесценилась» на 1,2 млн руб. [29]. Это говорит о том, что, с одной стороны, правосознание населения России с каждым годом растет, но граждане по-прежнему не до конца могут осознать ценность своей жизни. К сожалению, в России отсутствуют более актуальные широкие социологические данные на эту тему. По этой причине, а также из-за необъективности, возможности воздействия на результаты опросов, необходимости постоянного пересмотра подобный метод неприменим на практике.

4. Вопрос определения стоимости человеческой жизни также может рассматриваться с помощью понятия **человеческого капитала**. Этим термином ряд исследователей определяет «уровень развития населения, ресурс, который может использоваться для достижения устойчивого развития страны» [35, с. 91]. Одной из первых попыток рассчитать человеческий капитал в контексте стоимости человеческой жизни можно считать работы Р. И. Капелюшникова. Расчеты Р. И. Капелюшникова, включающие такие факторы как численность и структура населения, ОПЖ, уровень образования, трудовая занятость показали, что в 2010 год человеческий капитал на душу населения можно оценивался в России суммой около 6,1 млн руб. [34, с. 51]. Точность оценки данного показателя на текущий момент осложняется отсутствием широкой статистической информации. В рамках данной методики можно оценить лишь трудовой аспект жизни человека, без учета прочих видов его деятельности. В связи с этим данная

методика не подходит для всеобъемлющей оценки стоимости человеческой жизни и величины вреда.

5. В экономически развитых странах для оценки вреда жизни используется, не получившая еще активного внедрения в отечественной практике, оценка стоимости **среднестатистической жизни**. В российской научной школе этот метод оценки рассматривается С. М. Гуриевым. Расчет стоимости среднестатистической жизни в этом случае определяется как анализ совокупности человеческих решений для защиты своей жизни [17, с. 31]. Источником информации для данной оценки могут послужить данные о расходах на установку охранной и пожарной сигнализации, расходы на автомобильное сидение для ребенка и т. д. Как отмечает Гуриев, для использования подобного метода требуются объемные микроэкономические данные, который в нашей стране просто нет. Подобные зарубежные данные невозможно соотнести с российскими условиями из-за разницы в уровне жизни, менталитете, правовой системе. Следовательно, данная методика еще менее актуальна для нашей страны.

Анализ основных научных методов оценки вреда жизни человека позволяет сделать вывод, что в настоящее время отсутствует единая методология, которая соответствовала бы всем требованиям и была удобна в применении. Результаты оценки компенсации за вред человеческой жизни согласно различным научным подходам, находятся в диапазоне 25-40 млн руб. Для того чтобы можно было понять насколько эти величины соотносятся с реальностью, стоит обратить внимание на те компенсации, которые в настоящее время предусмотрены на законодательном уровне или применяются в судебной практике (Таблица В.2 в Приложении В).

Анализ российского законодательства показывает, что отдельными нормативными актами предусмотрены фиксированные суммы компенсаций. Т. е. говорить о полном отсутствии попыток государства повысить социальную защищенность таким способом конечно ошибочно. Но данные шаги носят несистемный характер и в некоторых случаях противоречат друг другу и здравому смыслу.

В этой ситуации медицинские учреждения начинают искать способы минимизации последствий наступления таких рисков, для чего используется один из наиболее доступных инструментов – страхование. Однако нельзя утверждать, что эта практика является повсеместной. В. В. Пучкова оценивает в 10% долю российских МО, которые уже применяют страхования для защиты рисков профессиональной ответственности, при этом среди государственных учреждений данный показатель оценивается еще ниже [69, с. 114]. Таким образом, можно сделать вывод, что несмотря на острую потребность в страховой защите своих профессиональных рисков и широкий перечень предложений страховых компаний, использование страхования как наиболее доступного инструмента по управлению рисками не получило значительного применения в деятельности российских МО. Тем не менее, страховые способы защиты медицинской деятельности по-прежнему являются перспективным направлением медицинского риск-менеджмента. Для чего следует рассмотреть конкретные способы применения данного инструмента, преимущества использования и препятствия на его реализации. Это будет сделано в следующей главе данной научной работы.

Подводя итог рассмотрению вопросов правового регулирования взаимоотношений МО и их пациентов, в т. ч. профессиональной медицинской ответственности, **следует отметить следующие полученные результаты:**

– **уточнено** понятие термина «профессиональная ответственность» как «предусмотренное законом возникновение негативных последствий для лица, причинившего в ходе или в результате своей профессиональной деятельности вред интересам других лиц»;

– **проведен анализ российского законодательства** в области охраны здоровья, который показал, что, несмотря на периодически вносимые изменения, законодательная база до сих пор отличается определенными упущениями, которые не позволяют обеспечить защиту прав всех участников данных взаимоотношений. В отличие от некоторых других стран в России субъектом медицинских правоотношений является МО, а не врач, что и определяет дальнейший порядок компенсирования вреда;

– **определено**, что действующая в настоящее время в нашей стране система возмещения вреда жизни и здоровью имеет ряд значительных недостатков, которые не позволяют обеспечить соблюдение гражданских прав населения. Решением данной проблем можно считать законодательное принятие единой методики оценки вреда человеческой жизни, что благотворно повлияет на многие стороны общественной жизни – от повышения социальной защищенности, до систематизации судопроизводства, облегчения финансового бюджетирования и формирования единого индикатора оценки качества жизни;

– **установлено**, что в научной литературе нет единого подхода к формированию подобной системы расчета компенсации за вред человеческой жизни, тем не менее основные методики позволяют определить среднюю компенсацию вреда жизни современного российского гражданина в размере 25-40 млн руб.

ГЛАВА 2. СТРАХОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ РИСКАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

2.1. Оценка значимости рисков профессиональной ответственности для медицинских организаций

Важным этапом управления рисками наравне с классификацией является их оценка, которая может проводиться в количественном выражении, но может быть и сравнительной. Это позволит выявить наиболее важные и вероятные риски. Представленные в предыдущей главе категории рисков медицинских организаций не поддаются единой количественной оценке в виду их разнообразия. Реализация практически всех рисков будет нести существенную угрозу деятельности российских МО. Тем не менее, полученный спектр рисков можно попробовать ранжировать по вероятности реализации данного риска, а также по скорости воздействия, т. е. по тому насколько стремительно данное событие глобальным образом скажется на российской медицине.

Очевидно, что реализация рисков некоторых подгрупп носит «вялотекущий» характер – снижение демографических показателей и здоровья населения, безусловно, влияет на работу медицинской компании, но проявляется постепенно. С другой стороны, увольнение опытного специалиста или поломка дорогостоящего оборудования моментально скажутся на работе организации. А учитывая, что деятельность МО связана с оказанием медицинской помощи населению, где вопрос срочности и доступности является краеугольным, можно сделать вывод, что наиболее внезапные риски и будут являться наиболее важными. На Рисунке 2 представлена составленная матрица рисков МО, в которой распределены предложенные ранее подгруппы рисков по скорости реализации и степени влияния. Более темный цвет ячейки означает наиболее важные риски с точки зрения МО. В одну подгруппу могут входить риски разного срока реализации, например, в имущественные риски входит риск технологического отставания и риск утери имущества.

| Степень влияния | Скорость реализации | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------------|
| | Медленная (свыше 3 лет) | Средняя (от 1 до 3 лет) | Быстрая (до 1 года) | Стремительная (до 1 месяца) |
| Критическая (прекращение деятельности) | | | 4 | |
| Высокая (полная остановка деятельности) | | | 2 10 | 1 |
| Средняя (приостановка отдельных процессов) | 7 | 5 6 | 3 | |
| Низкая (без остановки деятельности) | 8 | 9 | 11 | |
| 1 – Имущественные риски 2 – Операционные риски 3 – Риски ответственности 4 – Риски оказания некачественных услуг 5 – Кадровые риски 6 – Финансовые риски 7 – Нефинансовые риски 8 – Демографические риски 9 – Риски социальной нестабильности 10 – Системные риски 11 – Изменение судебной практики | | | | |

Рисунок 2. Матрица рисков медицинских организаций

Источник: составлено автором

В одну подгруппу могут входить риски разного срока реализации, например, в имущественные риски входит риск технологического отставания и риск утери имущества. В этом случае риску присваивается максимальный срок реализации из возможных. Именно поэтому подгруппа имущественных рисков отнесена к ячейке стремительных рисков с высокой степенью влияния.

Из полученной матрицы видно, что наиболее острыми рисками по скорости проявления и степени влияния являются имущественные, операционные риски, риски оказания некачественных услуг, риски ответственности и судебной практики, системные риски. Следовательно, риск-менеджмент МО должен в первую очередь учитывать именно эти угрозы. Глобальные проблемы безработицы, снижения доходов, экономического кризиса и т. д. должны решаться на более высоком государственном уровне.

В научной литературе в области риск-менеджмента встречается несколько трактовок существующих методов управления рисками, но следует отметить их значительную схожесть. Так, С. Б. Богоявленский обозначает две основные стратегии обработки риска – финансирование и регулирование, а среди них в зависимости от способа воздействия на риск выделяет четыре метода – уменьшение, уклонение, удержание и передача риска [6, с. 159]. О. П. Лейзина фактически перечисляет те же самые методы, назвав их средствами разрешения риска и включив в их число избежание, удержание, передачу, снижение степени риска [44, с. 176].

Разницу формулировок разных авторов можно объяснить тем, что подобная классификация методов управления рисками, как правило, заимствована из англоязычных источников. Например, Линда Спеддинг и Адам Роуз фактически перечисляют те же самые стратегии управления риском [115, с. 13]:

- transferring the risk (передача риска);
- avoiding the risk (избегание риска);
- reducing the negative effect of the risk (уменьшение риска);
- accepting some or all of the consequences of the risk (принятие некоторых или всех последствий риска).

Независимо от наименований методов стоит внимательнее рассмотреть конкретные приемы управления риском, относящиеся к каждому из перечисленных методов (Таблица 6). Метод уклонения заключается в фактической нейтрализации возможности реализации риска путем отказа от определенной деятельности, процесса или объекта, представляющего наибольшую опасность. Однако, использование данного метода проблематично, поскольку отказаться от использования ключевых с точки зрения всей системы объектов (отказ от основных видов работ или услуг) чаще всего недопустимо. Метод удержания является способом финансирования риска, т. к. заключается в фактическом согласии держателя риска на его сохранении в неизменном виде и финансировании из собственных источников в случае реализации. При этом для использования данного метода требуется тщательное прогнозирование и

планирование будущих событий, наличие определенных резервов. Удержание риска как правило используется для финансирования небольших несущественных событий, поскольку удержание крупного риска потребует от организации серьезных затрат, что делает такой метод неэффективным.

Таблица 6 – Методы и инструменты управления рисками [6; 15]

| № | Метод | Описание метода | Инструменты |
|-----|---------------------------------|---|---|
| 1. | Уклонение | Отказ от объекта или процесса, представляющего опасность | Отказ от наиболее уязвимых элементов системы |
| 2. | Удержание | Покрытие убытков за счет собственных средств | Резервирование (самострахование) Покрытие из текущих доходов Прогнозирование и планирование |
| 3А. | Передача в целях регулирования | Делегирование третьему лицу опасного объекта, процесса | Аутсорсинг |
| 3Б. | Передача в целях финансирования | Третье лицо обязано компенсировать возможные убытки | Страхование Поручительство Спонсорство |
| 4 | Уменьшение | Изменение свойств объекта, процесса, деятельности и т. д. | Диверсификация Диссипация Лимитирование Страхование |

Метод передачи риска в научной литературе рассматривается не только с точки зрения регулирования риска, но также и с точки зрения его финансирования. В первом случае риск передается принимающей стороне для его регулирования, когда первоначальный носитель не способен эффективно им управлять из-за риска отсутствия достаточных средств и опыта. При этом сам риск и его возможные последствия будет нести принимающая сторона, однако такой метод может быть достаточно дорогостоящим. Кроме того, передающая сторона может утратить контроль над переданным объектом или процессом.

При передаче риска в целях финансирования возможность наступления неблагоприятного события будет нести по-прежнему передающая сторона, а принимающая лишь будет обязана компенсировать возможные последствия. Одним из наиболее популярных инструментов передачи риска в целях регулирования является аутсорсинг определенных услуг или процессов. Так, например, организация может путем заключения отдельного договора с

контрагентом передать на аутсорсинг ведение бухгалтерского учета, обслуживание противопожарных систем и т. д. Примерами передачи риска в целях финансирования могут служить поручительство, спонсорство, предоставление гарантии, но наиболее распространенным и доступным является использование страховых механизмов.

Стоит также отметить, что при использовании метода передачи риска и в целях финансирования, и в целях регулирования, у первоначального держателя риска возникает новая опасность, связанная с невозможностью принимающей стороны исполнить свои обязательства в силу малого опыта или неудовлетворительного финансового положения. В этом случае передающая сторона должна тщательнее подходить к выбору партнеров или сочетать методы передачи риска с иными инструментами.

Инструменты уменьшения риска воздействуют на сам процесс, объект или систему, изменяя их характеристики, и тем самым снижая вероятность наступления риска или размер его последствий. Среди наиболее распространенных инструментов данной группы – диверсификация, заключающаяся в трансформации деятельности с целью снижения зависимости от одного существенного элемента. Так торговая компания может хранить свою продукцию не на единственном складе, а на нескольких, тем самым снижая вероятность остановки работы в случае пожара на единственном складе. Организация может выпускать разные виды товаров, чтобы избежать критических потерь при падении спроса на один из них.

Другой способ уменьшения риска, схожий во многом с диверсификацией – диссипация. Он заключается в перераспределении риска между заинтересованными сторонами, например, крупный финансовый риск может быть разделен между организациями одного холдинга – банк выдает кредит под залоговое имущество, которое страхуется в кэптивной страховой компании.

Инструмент лимитирования заключается в установлении определенных ограничений в деятельности, например, не увеличивать кредитную нагрузку выше

определенной суммы, не наращивать объем сотрудничества с одним контрагентом выше определенного лимита.

Страхование одновременно является способом передачи и превентивным инструментом уменьшения риска. Используя страхование можно не только передать риск другой стороне (страховщику, обществу взаимного страхования), но тем самым уменьшить размер возможных последствий для первоначального рискодержателя.

Для определения наиболее применимых методов управления рисками МО, следует соотнести рассмотренные инструменты риск-менеджмента с ранее выявленными наиболее вероятными и быстро реализуемыми подгруппами рисков, представленными на Рисунке 2 под номерами 1, 2, 3, 4, 10, 11 (Таблица 7).

Таблица 7 – Инструменты управления рисками медицинских организаций

| Подгруппа рисков | Основные опасности | Инструменты |
|-------------------------------------|--|---|
| Имущественные риски | Потеря или повреждение имущества | Страхование, резервирование, покрытие из текущих доходов |
| | Технологическое отставание | Покрытие из текущих доходов, прогнозирование и планирование |
| Операционные риски | Некомпетентность руководства | Прогнозирование и планирование |
| | Ошибки в бизнес-процессах | |
| | Недостаток квалифицированного немедицинского персонала | |
| Риски ответственности | Ответственность за неисполнение договора | Аутсорсинг, резервирование, покрытие из текущих доходов |
| | Общегражданская ответственность за причинение вреда | Страхование, резервирование, покрытие из текущих доходов |
| Риски оказания некачественных услуг | Применение административных мер | Резервирование, покрытие из текущих доходов, прогнозирование и планирование |
| | Наступление профессиональной ответственности | Страхование, резервирование, покрытие из текущих доходов |
| Системные риски | Изменение режима государственного контроля | Прогнозирование и планирование, диверсификация |
| | Несовершенство законодательства | |
| Изменение судебной практики | Увеличение размеров судебных взысканий | Страхование, резервирование, покрытие из текущих доходов |
| | Значительная лояльность судов к пострадавшим | |
| | Рост юридического правосознания населения | |

Источник: составлено автором

Учитывая характер деятельности организаций исследуемой сферы, можно сделать вывод, что метод уклонения в данном случае неприменим, поскольку все представленные аспекты являются неотъемлемыми в медицинской работе. Следовательно, более актуальными здесь будут другие методы.

Риск частичного повреждения или полной потери имущества приводят к необходимости восстановления имущества или закупки нового. Организация может попытаться оставить риск на себе методом удержания, предполагая покрыть расходы из текущих доходов или предварительных резервов. С другой стороны, возможные расходы могут составлять внушительную сумму, если речь идет о высокотехнологичном оборудовании, и тогда эту задачу можно решить методом уменьшения, заключив договор страхования имущества. В этом случае не придется формировать резерв, а значит изымать денежные средства из оборота, и не придется рисковать текущими доходами.

Технологическое отставание является хронической проблемой российского здравоохранения, поскольку причиной ее является недостаток финансирования. В этой ситуации наиболее актуальным видится метод удержания путем тщательного прогнозирования и планирования деятельности МО и изыскания средств из текущих доходов. Операционные риски невозможно передать третьей стороне, учитывая преимущественно государственную форму медицины в России. Поэтому задача должна решаться грамотным подбором руководящего персонала и построения всей системы в целом, что относится к прогнозированию и планированию.

Ответственность МО за неисполнение договора не подлежит страхованию в силу статьи 932 Гражданского Кодекса РФ, поэтому для управления этим риском можно использовать аутсорсинг (например, передача выполнения определенных услуг другой, специализированной организации), компенсирование за счет собственных средств (резервных или текущих). Страхование гражданской ответственности (наступающей в случае причинения вреда в ходе эксплуатации больничных зданий, при перевозке пациентов) допускается законодательством. Поэтому данный метод передачи риска возникновения гражданской

ответственности в целях финансирования, как и в случае имущественных рисков, выглядит более привлекательно, чем методы удержания в виде резервов или расходов из текущих средств. Кроме того, прослеживается четкая связь между страхованием и повышением качества оказываемых услуг, которая находит отражение в исследованиях ряда отечественных ученых. Так Т. А. Федорова подчеркивает, что «в условиях рыночной экономики формируются финансовые методы контроля продукции, основанные на развитии институтов гражданской ответственности и страхования» [101, с. 228]

Вероятность применения административных санкций к организации можно снизить лишь путем тщательного соблюдения законодательства при планировании деятельности. Однако в случае реализации данного риска возникшие штрафы возможно покрыть только за счет собственных средств, поскольку другие методы финансирования тут неприменимы. Риск наступления профессиональной ответственности во многом схож с риском гражданской ответственности, поэтому здесь работают те же методы регулирования.

Риски изменения режима государственного контроля и законодательных недостатков сложно поддаются уменьшению. Единственным подобным методом представляется диверсификация деятельности, когда ЛПУ будет выполнять широкий спектр услуг, и при установлении чрезмерных требований по одному виду деятельности, будет возможность переключить свое внимание на прочие. Но такой инструмент подходит скорее частным организациям, которые вольны выбрать направления работы. Государственные МО, выполняя свои социальные функции, будут обязаны продолжать оказывать услуги. Поэтому данные риски остаются на удержании самих организаций и требуют пристального контроля.

Изменение судебной практики ведет к увеличению затрат российской медицины на выплату компенсаций и юридическую защиту. Эти риски во многом связаны с рисками гражданской или профессиональной ответственности, поэтому и методы управления тут стоит использовать аналогичные – либо передача риска в целях финансирования страховщиками, либо менее предпочтительное самофинансирование за счет собственных средств.

Как видно, наиболее частыми инструментами управления рисками российских МО можно считать планирование и прогнозирование, страхование и самострахование. Прогнозирование и планирование в большей степени рассчитано на управление рисками внешней среды и операционными рисками. Страхование и самострахование (резервирование, текущие расходы) ориентированы на компенсирование рисков ответственности, утери имущества, административных мер (только самострахование). При этом зачастую страховые инструменты выглядят более привлекательными с точки зрения использования по причине своей относительно невысокой стоимости. Описанные в Таблице 7 риски могут не носить стратегический характер в долгосрочной перспективе в отличие от демографических рисков или рисков социальной нестабильности. Однако оперативность их реализации может существенным образом повлиять на работу российских МО, а значит и на их способность своевременно оказывать необходимую помощь населению. И наиболее действенным инструментом при управлении самыми важными и быстрореализуемыми рисками является страхование, позволяющее переложить последствия реализации неблагоприятных последствий на другое лицо. Данный инструмент позволяет эффективно воздействовать на риски профессиональной ответственности – один из самых острых рисков современной российской медицины. При этом стоимость мероприятий в рамках данного способа управления рисками является относительно невысокой для МО.

Подводя итог оценки значимости рисков профессиональной ответственности в деятельности МО, следует отметить следующие **результаты**:

– подгруппы рисков предложенной классификации **проранжированы с помощью матрицы рисков** по степени влияния и скорости реализации; полученные данные позволяют предположить, что наиболее острыми угрозами являются имущественные, риски оказания некачественных услуг, операционные риски, риски ответственности и судебной практики, системные риски;

– наиболее вероятные риски МО **сопоставлены** с существующими методами и инструментами риск-менеджмента, что позволило определить

наиболее подходящие инструменты в зависимости от типа риска; к ним можно отнести планирование с прогнозированием, страхование и самострахование. Для воздействия на риск профессиональной ответственности, относящегося к самым опасным и вероятным рискам, наиболее доступным инструментом следует считать страхование, позволяющее за относительно невысокую стоимость переложить негативные последствия реализации риска на другое лицо.

2.2. Зарубежный опыт страхования профессиональной медицинской ответственности

Становление страхового рынка за рубежом, в первую очередь в странах Запада, насчитывает многовековую историю и во многом отражает социально-экономический и политический уклад жизни. В условиях, когда человек осознает свои права, свои риски и у него есть доверие к экономическим институтам, ожидаемо возникает желание обезопасить свою жизнедеятельность от последствий случайных неблагоприятных событий. В этом ему на помощь приходит страхование.

Мировой рынок страхования оценивается примерно в 5 трлн. долларов США из расчета подписанной премии, при этом долю примерно в 55% занимает страхование жизни [113]. Лидерами по общемировой доле рынка являются страны, лидирующие и по объему ВВП – США и Китай. Также в списке лидеров находятся практически все экономически развитые страны, что напрямую свидетельствует о наличии взаимосвязи между развитостью, объемом национального страхового рынка и общим экономическим ростом экономики страны. Активизация страховых отношений ведет к увеличению инвестиционной активности и снижению непредвиденных расходов, а рост благосостояния хозяйствующих субъектов ориентирует их на защиту своих активов путем страхования. Именно это подтверждает тот факт, что значительную долю мирового рынка страхования занимает именно страхование жизни, которое включает в себя и рисковую, и инвестиционную составляющую.

Если рассмотреть место России на общемировом страховом рынке, то приходится признать, что она не играет заметной роли, занимая менее 0,5% рынка [113]. С учетом описанных выше условий, сравнивать отечественный и зарубежный опыт страхования рисков в медицинской деятельности не совсем корректно. Как было сказано ранее, во многих западных странах субъектом медицинской деятельности является сам врач, а, значит, он самостоятельно определяет объем собственной страховой защиты. И в этом случае он, как физическое лицо, использует весь спектр страховых инструментов, доступных любому физическому потребителю страховых услуг. В России же субъектом медицинских правоотношений являются МО или частнопрактикующие врачи, доля которых в общем объеме услуг не значительна. Т.к. медицина в основной массе является государственной, а значит не вполне независимой, говорить о свободе медицинского учреждения в выборе средств защиты своих интересов нельзя.

Американский рынок страхования, как наиболее развитый, предлагает специализированные страховые продукты, учитывающие интересы медицинских учреждений. Кроме того, на американском рынке можно встретить специализированных страховщиков, ориентированных, в первую очередь, именно на медицинских работников. Так, АМА Insurance, дочерняя компания Американской медицинской ассоциации, предлагает членам данной ассоциации широкий пакет услуг, включающий пенсионное, имущественное планирование и конечно различные виды страхования.

Из относительно экзотичных для российской практики, можно отметить страхование накладных офисных затрат, связанных с необходимостью оплаты текущих офисных расходов (арендная плата, заработная плата, расходные материалы). Этот продукт предназначен для защиты медицинской практики врача в случае, если по причине травмы или болезни, он не сможет вести деятельность и оплачивать перечисленные расходы. При заключении договора страхования указанные расходы покроет страховой полис, и врачу не придется останавливать свою практику.

Помимо этого, АМА Insurance в партнерстве с другими страховыми компаниями предоставляет американским врачам доступ к прочим страховым услугам со значительными скидками. В данном случае предоставление льготных и специализированных страховых услуг можно считать частью социального пакета членов Американской медицинской ассоциации.

Также на страховом рынке США можно встретить предложения по страхованию скоропортящихся лекарств и медицинских препаратов, страхованию расходов в связи с разглашением коммерческой информации, страхованию потери медицинских данных, хранящихся в облачных информационных сервисах (компания Hartford). Подобные страховые продукты пока не представлены на отечественном страховом рынке, а кроме того нет уверенности, что они были бы востребованы российским медицинским сообществом в данный момент. Для того, чтобы адекватно сравнить отечественный и иностранный опыт страхования рисков профессиональной медицинской деятельности, рассмотрим страхование профессиональной ответственности, которое хотя и не так часто, но используется в отечественной практике.

История появления и распространения такого вида страхования тесно связана с правовой системой, сложившейся в конкретной стране. В работе медицинских учреждений неизбежно присутствует крайне высокий риск травмирования пациента вплоть до летального исхода. В зарубежных странах, в первую очередь в странах Запада, данный вопрос начала широко рассматриваться, начиная с 1960-х годов. Рост юридической грамотности граждан и развитие рынка правовых услуг привели к всплеску числа судебных претензий, связанных с врачебными ошибками. С другой стороны, некоторые исследователи рассматривают развитие самой медицины как источник повышенных требований к врачам со стороны пациентов [108, с. 366].

В России, в отличие от большинства экономически развитых стран, страхование профессиональной ответственности в целом и страхование медицинской ответственности в частности стало появляться лишь в 1990-е годы с формированием свободного страхового рынка. Но в нашей стране за прошедшее

время так и не сформировалось единой и справедливой системы оценки и возмещения вреда. В отношении врачебных ошибок данная проблема стоит особенно остро. Из-за этого институт страхования профессиональной ответственности так и не получил должного развития.

Проведенный анализ мировой практики позволяет выявить два основных используемых подхода к страхованию ответственности в медицинской деятельности. Первый подход рассматривает страхование деликтной ответственности и предполагает наличие основания для назначения компенсации в виде вины или халатности конкретного медицинского работника. Данная система применяется во многих странах: Великобритания, США, Франция, Япония Германия. Наша страна также опирается на условия деликтной ответственности при рассмотрении врачебных ошибок.

Такой подход помогает врачу защитить свою репутацию, чем особенно дорожат западные специалисты, позволяет сэкономить средства клиники и самого врача, если его действия не были признаны ошибочными. Однако при этом права пострадавшего пациента все равно могут быть ущемлены, из-за случайной медицинской травмы может пострадать его здоровья и даже жизнь, он может понести дополнительные расходы. По этой причине в некоторых странах действует другая система страхования медицинской ответственности, которая предполагает выплату компенсации пострадавшему при лечении пациенту в отсутствии вины врача. Такая система применяется в Швеции, Финляндии, Дании, Австралии.

При страховании медицинской ответственности в отсутствии вины сумма компенсации, как правило, ограничивается нормативными актами. В этом случае можно значительно уменьшить стоимость внедрения и функционирования такой системы страхования ответственности. Этот подход значительно упрощает доступность компенсации для пациента, он практически освобожден его от бремени доказывания ошибки. В таких условиях врач может не испытывать дополнительного давления при оказании помощи. Это несколько снижает предупредительную функцию компенсации, т. е. не побуждает врача тщательнее

подходить к своим обязанностям, как это может быть при деликтной ответственности.

Разная точка зрения на необходимость наличия вины в действиях медика определяет основные отличия в подходах к финансированию системы страхования ответственности в здравоохранении. Деликтная ответственность предполагает оплату премий самими рискодержателями, т. е. за счет средств самих медицинских работников и частично МО. При страховании ответственности без вины расходы по финансированию может взять на себя государство за счет социальных и налоговых взносов населения.

Применяемая в США система страхования деликтной ответственности (*malpractice insurance*) несмотря на свою задачу по минимизации расходов в случае допущения врачебной ошибки, не приводит к снижению стоимости услуг. Американский медицинский работник для ведения своей профессиональной деятельности обязан иметь договор страхования ответственности. Это нельзя назвать обязательным страхованием в полной мере, т. к. в стране отсутствует единый федеральный закон, который устанавливал бы обязанность иметь полис страхования. Тем не менее, без этого ни один врач не сможет устроиться на работу или вести собственную практику. По сути, это вмененное страхование. Расходы среднестатистического американского медицинского работника на покупку страхового полиса для защиты своей ответственности составляют в среднем от 7% до 10% его годового дохода [112, с. 183], или до 8 тыс. долларов США в денежном выражении [116]. Стоимость страховки для конкретного медицинского работника определяется его специальностью.

Немаловажную роль играет объем страхового покрытия. Для максимальной защиты застрахованного лица программа страхования включает компенсацию как материального, так и морального вреда. Кроме того, покрываются и юридические расходы, которые возникнут даже при предъявлении необоснованного судебного иска. Так, по оценке Национальной ассоциации страховых комиссаров (*National Association of Insurance Commissioners*) – объединения представителей органов страхового надзора каждого штата – из общей выплаченной за 2020 год суммы

страхового возмещения в размере 7,7 млрд долларов США значительную долю составляли именно расходы на защиту – 2,3 млрд долларов США или почти 30% всей выплаченной суммы [109]. Если в результате ошибки врача происходит выплата страховой компенсации, то на следующий срок страхования данному медику страховая премия значительно вырастет. По этой причине многие американские медики вынуждены использовать т. н. тактику «оборонительной медицины», рассмотренной в параграфе 1.1 данной диссертации.

Ярким примером использования системы страхования вреда пациентам в отсутствие вины являются скандинавские страны и в первую очередь Швеция. Шведские пациенты с 1975 года защищены обязательным страхованием компенсаций пациентов. Страховые взносы, определяемые для каждого региона отдельно, за государственных врачей оплачиваются Региональными советами, а частнопрактикующие врачи самостоятельно приобретают страховые полисы у консорциумов страховщиков за свой счет [47, с. 21].

Различные подходы к вопросу страхования медицинской ответственности предусматривают и различные источники финансирования такой защиты. Однако, при использовании систем страхования профессиональной ответственности, медицинские ошибки крайне редко являются основанием для привлечения к уголовной ответственности. Это заменяется другим видом наказания – запретом на возможность ведения профессиональной деятельности, что может поставить под угрозу карьеру и высокие доходы врача. Это вместе с более дорогими страховыми полисами для убыточных врачей является сдерживающим фактором для западной медицины.

Кроме разных подходов к наличию вины, международная практика страхования профессиональной ответственности отличается также требованиями относительно наличия полиса страхования. Обязательное страхование действует в Великобритании, Германии, Турции, Японии, частично в Китае. В США этот вид страхования можно считать вмененным, и законодательство разных штатов предъявляет разные требования к такому страхованию. Такие внутренние отличия приводят к изменению структуры здравоохранения, когда отдельные врачи

стремятся сменить место своего проживания и практики с городских регионов с высокой плотностью населения и величиной риска, на менее населенные районы, с меньшим количеством пациентов и меньшей вероятностью предъявления судебных исков, а значит и с меньшей стоимостью страхования [112, с. 168].

Обязательное страхование медицинской ответственности приводит к формированию отдельного сектора страхового рынка. В разных странах этот сектор формируется за счет различных субъектов. В Швеции, как было описано, эта система достаточно упрощена – консорциум страховых компаний и социальное страхование. Похожая структура рынка наблюдается в Великобритании, где врачи страхуют ответственность в обязательном порядке. При этом затраты на страхование британских медиков затем вычитаются из доходов, подлежащих налогообложению. Другой важной особенностью британского рынка страхования медицинской ответственности следует считать активную роль обществ взаимного страхования (далее – «ОВС»). По некоторым оценкам эта доля доходит до 80% [4, с. 78], а ведущую роль на этом рынке играют такие ОВС как Medical Defence Union, а также Medical Protection Society, деятельность которого распространяется и за пределы Великобритании.

Американский страховой рынок, являющийся мировым лидером в целом, является наиболее продвинутым и в плане страхования профессиональной медицинской ответственности. Он включает множество участников, предлагающих услуги страхования (Рисунок 3). Регулятором всего рынка страхования в США является Федеральное агентство по страхованию и органы по регулированию страхования каждого конкретного штата. Также на рынке присутствует специальный орган – Национальная ассоциация страховых комиссаров, занимающаяся защитой интересов участников рынка и его развитием. Как и на любом страховом рынке здесь присутствуют посредники – страховые агенты и брокеры. Наибольший интерес представляют лица, которые оказывают страховые услуги, на Рисунке 3 они объединены в группу «Страховщики». На рынке страхования медицинской ответственности присутствуют и крупные универсальные страховщики (Berkshire Hathaway, CNA

Financial, AIG, Hartford), специализированные федеральные (The Doctors Company, MedPro Group, Medicus Insurance Company, ProMutual Group) и региональные страховщики (Physicians Insurance), а также страховщики конкретных специальностей (Anesthesiologist's Professional Assurance), и, как и в Великобритании, ОВС (MAG Mutual Insurance Company). Но помимо этого в США действуют программы самострахования, запущенные отдельными медицинскими объединениями (Applied Medico-Legal Solutions Risk Retention Group).



Рисунок 3. Участники рынка страхования профессиональной медицинской ответственности в США [65]

На американском рынке страхования ответственности также присутствует значительное количество ОВС и схожих с ними специальных групп удержания

риска (risk retention group), учрежденных организациями медицинской сферы отдельного штата или профессионального объединения. В. Б. Пилат даже отмечает, что некоторые американские ОВС постепенно перерастают законодательные рамки ОВС и становятся акционерными компаниями [65, с. 216]. При этом нельзя сказать, что какой-то из способов страхования профессиональной ответственности врачей является доминирующим на рынке США. В разных штатах распределение рынка между категориями страховщиков значительно отличаются.

Если рассмотреть уровень убыточности данного вида страхования в США за последние годы, то можно отметить, что коэффициент убытков, включая расходы на юридическую защиту, составляет в последние пять лет примерно 60-70% (Рисунок 4).

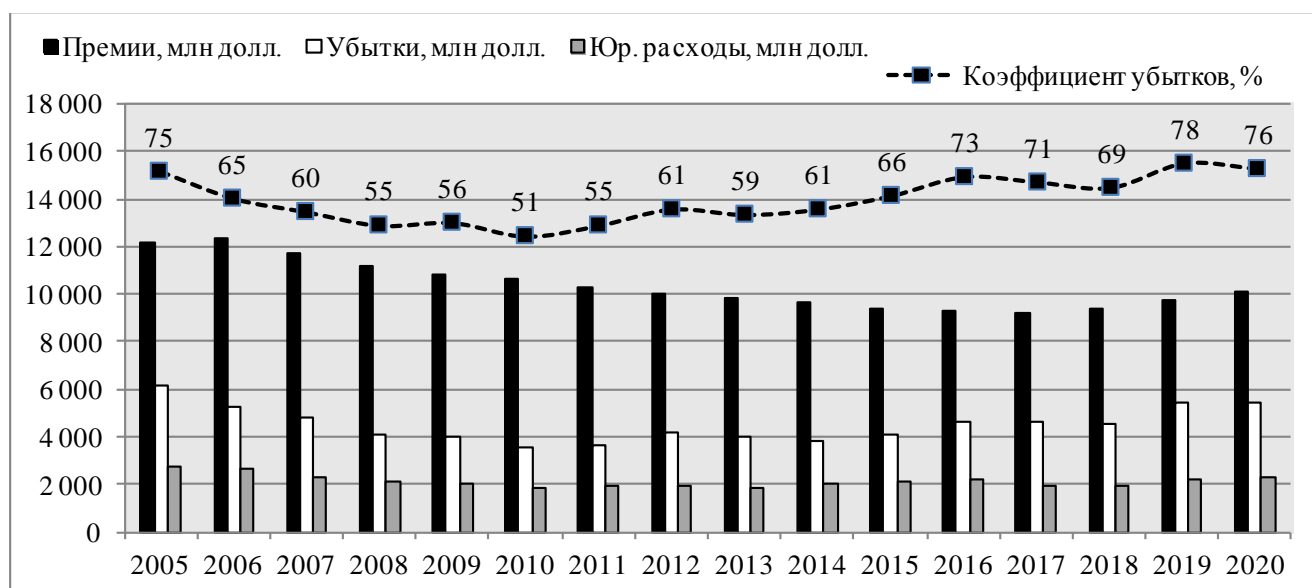


Рисунок 4. Уровень убыточности страхования профессиональной медицинской ответственности в США в 2005-2020 гг. [109]

В первую очередь, высокий уровень убыточности связан со снизившимся чуть ли не вдвое размером выплаченных убытков. Если в начале 2000-х годов объем выплат составил более 8 млрд долларов США, то к концу 2010-х годов он упал до примерно 4 млрд долларов США. Но этот период можно условно

разделить на два этапа: снижение объема выплат в период до 2010 года, а затем постепенный рост вплоть до настоящего времени. Это объясняется снижением количества удовлетворенных исков. Если в 2003-2008 гг. в среднем удовлетворялось около 13,2 иска на 1 000 врачей, то в 2009-2014 уже 8,9 исков на 1 000 врачей [114].

Отдельно стоит упомянуть, что значительная убыточность данного рынка страхования в США в период реализации Закона о защите пациентов и доступном здравоохранении (Patient Protection and Affordable Care Act – «ACA» или «Обамасаре») привела к значительному увеличению размера страховых премий. В результате многие врачи столкнулись с невозможностью приобрести страховой полис или не смогли приобрести его по доступной цене. Недовольство медицинского сообщества привело к принятию в 2017 году поправок к закону ACA, ограничив размер возмещения морального вреда суммой в 250 000 долларов США. Это позволило снизить убыточность данного вида страхования и вернуть размер страховых премий на доступный для большинства врачей уровень.

Анализ зарубежной практики показал, что ОВС и профессиональные объединения могут играть значительную роль на рынках многих стран. Они способны оказывать медработнику целый спектр важных услуг – от обеспечения правовой защиты и мониторинга качества оказываемых услуг, до услуг риск-менеджмента и страхования ответственности. Страховая культура определяется совокупностью исторически сложившихся социально-экономических и правовыми особенностями страны. В странах с высоким уровнем жизни врач рискует потерять свою работу, приносящую ему значительный уровень дохода, а также репутацию и право заниматься своей профессией. Отечественные медики, к сожалению, в большинстве своем не имеют высоких заработков, что скорее подтолкнет их к смене деятельности. В нашей же стране до сих пор отсутствует система адекватной и справедливой оценки вреда причиненного человеческой жизни, правовая система остается несовершенной, уровень доходов основной массы населения невысок. Из-за этого страхование в целом остается широко не востребованным.

Помимо прочего, для активного внедрения страхования профессиональной ответственности в медицинскую среду необходимо наличие развитой инфраструктуры рынка. Потребитель должен иметь легкий доступ к получению страхового полиса, он должен иметь понимание относительно условий страхования и порядка страхового возмещения. Как отмечает В. Б. Пилат, именно многообразие участников страхового рынка в США, Великобритании и Канаде является одним из преимуществ организации страхования медицинской ответственности в этих странах. Страхователь имеет возможность сравнить и выбрать понравившуюся модель страхования (на коммерческой или взаимной основе). Далее он сможет выбрать конкретного страховщика и объем страхового покрытия, который будет включать дополнительные расширения и перечень возмещаемых расходов.

Рассмотрение зарубежной практики страхования профессиональной медицинской ответственности позволило получить следующие существенные результаты:

- **определены** основные существующие в научной литературе и в международной практике подходы к страхованию профессиональной медицинской ответственности, учитывающие наличие вины – страхование деликтной ответственности, и страхование вреда в отсутствии вины;

- **установлены** основные характерные особенности и отличия существующих систем страхования;

- **анализ** американского рынка страхования профессиональной медицинской ответственности, как наиболее высокоразвитого, показал, что данный рынок характеризуется высокой убыточностью, в то же время он представляет из себя сложно структурированную систему, которая позволяет максимально полно обеспечить американских врачей услугами по страхованию ответственности;

- **выявлена** значительная роль взаимной модели страхования в зарубежной практике страхования медицинской ответственности. На отдельных рынках данная модель включает подавляющее число работников медицины, а, значит, взаимное страхование ответственности следует рассматривать в качестве

перспективного пути развития отечественного рынка страхования профессиональной медицинской ответственности.

2.3. Страхование медицинской ответственности в России

Российский опыт страхования профессиональной медицинской ответственности насчитывает уже более 10 лет, но степень охвата потенциальных клиентов в сфере здравоохранения по-прежнему остается низкой. Преобладание бюджетных учреждений в российской медицине, и без того испытывающих недостаток финансирования, не способствует кардинальному изменению на рынке страхования ответственности. В среднем страховой тариф при страховании ответственности врачей на российском рынке составляет около 5-10%. Опыт судебного урегулирования споров между пациентом и ЛПУ в нашей стране демонстрирует, что суммы компенсаций постепенно увеличиваются, и уже есть примеры возмещения в размере 3-15 млн руб. [23, с. 52]. В этом случае размер страховой премии с одной клиники будет составлять примерно 150-300 тыс. руб. при страховом покрытии в размере хотя бы 3 млн руб. Такая величина премии скорее всего потребует согласно действующему законодательству проведения конкурсной процедуры и конечно составит значительную финансовую нагрузку на немногочисленные внебюджетные доходы организации

Деятельность государственных МО по закупке услуг для государственных и муниципальных нужд регулируют специальные нормативные акты (Федеральные законы № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»). С 01 июля 2019 года максимальная стоимость договора, заключаемого государственным заказчиком с единственным поставщиком при определенных условиях, составляет не более 300 тыс. руб. Ранее это ограничение составляло 100 тыс. руб. Увеличение допустимой суммы, безусловно, может положительно повлиять на оперативность заключения договора страхования, но даже сумма в

300 тыс. руб. может быть недостаточной для привлечения крупных надежных страховщиков. Кроме того, увеличение допустимого ограничения повышает риски коррупционной составляющей.

В нашей стране на протяжении многих лет предлагается ввести обязательное страхование медицинской ответственности. На суд общественности неоднократно представлялись проекты Федеральных законов, призванных нормализовать отношения в медицинской сфере и обязывающих клиники страховать возможный вред пациентам. Последняя попытка относится к 2013 году, когда был опубликован проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи», разработанный Министерством здравоохранения РФ. Этот законопроект вызвал серьезные споры в обществе и на данный момент так и не принят.

Основные претензии к разработанному проекту закона сводятся к множественным терминологическим противоречиям, непрозрачности страхового покрытия и порядка страховой выплаты. Законопроект впервые на законодательном уровне формулирует понятие врачебной ошибки, как «действие либо бездействие медицинской организации, а равно действие либо бездействие ее медицинского работника, повлекшее, независимо от вины медицинской организации и ее медицинского работника, причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи» [68]. Из определения видно, что страховой случай в соответствии с таким обязательным страхованием наступал бы без учета вины МО. Т. е. это можно считать попыткой реализации страхования «безвинной» ответственности, как это сделано в Швеции, что для нашей страны было бы относительным новшеством в области медицины. Но формулировка «врачебной ошибки» для случаев, когда вины врача в причинении вреда не было, не корректна. На это обращает внимание О. В. Рябина, исполнительный директор Свердловской врачебной палаты, считая, что «уместней рассматривать отдельно дефекты медицинской помощи и действия врача, повлекшие негативные последствия для здоровья пациентов, без наличия вины в действиях доктора» [24].

В то же время, проект закона рассматривает не страхование ответственности, скорее это личное страхование, по аналогии с существующим страхованием жизни, здоровья пациента при участии в клиническом исследовании. Максимальный размер страховой выплата на каждого участника исследования ограничен суммой в 2 млн руб. Законопроект об обязательном страховании пациентов также предусматривает сумму возмещения в 2 млн руб. на каждое застрахованное лицо, что характерно для многих других видов обязательного страхования в нашей стране. При этом законопроект не предусматривает никакого рассчитанного экономического обоснования этой суммы.

Другим недостатком данной нормы следует считать отсутствие компенсации морального вреда. Как показывает судебная практика, в большинстве случаев моральный вред составляет значительную часть компенсации, заменяя собой прочий вред жизни и здоровью пациента. Получается, что, несмотря на заключение договора обязательного страхования, больница все равно может столкнуться с судебным иском о возмещении морального вреда, а значит фактически заплатит дважды.

Еще одним спорным моментом потенциального закона можно считать порядок урегулирования страховых случаев. Страховая выплата предназначена только в случае смерти или установления инвалидности, что значительно сужает число возможных выгодоприобретателей, вред здоровью которых не повлек установление инвалидности. А это подавляющее число случаев.

Установление факта врачебной ошибки по версии законопроекта об обязательном страховании пациентов должна быть возложена на специальные комиссии, которые формируются из представителей органов исполнительной власти, управления здравоохранения, бюро медико-социальной экспертизы, профессиональных общественных объединений и организаций по защите прав граждан. При условии, что большинство потенциальных страхователей – государственные учреждения, а медицинское сообщество весьма

консолидировано и, как правило, придерживается корпоративной солидарности, объективность работы такой комиссии вызывает вопросы.

В завершении рассмотрения проекта закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» от 2013 года, следует признать, что он требует значительной доработки и в обозримом будущем вряд ли будет принят. Введение подобного закона об обязательном страховании возможно только при условии, что он учитывает интересы всех сторон – пациентов, МО, страховщиков. В текущей редакции законопроект представляет интерес скорее только для страховщиков, как еще один источник страховых премий при незначительной вероятности убытков. Интересы пациентов и медицинских учреждений законопроект защищает лишь отчасти. Затраты на оплату страховой премии в основном лягут на государственный бюджет, а, значит, потребует взвешенного и обоснованного расчета тарифов, которые, согласно закону, будут регулироваться государством. Занижение тарифной ставки оттолкнет страховщиков, а завышение приведет к чрезмерной нагрузке на бюджет. Приходится констатировать, что пока в государственных расходах не предусмотрены траты на обязательное страхование ответственности врачей.

В отсутствие требования об обязательной форме страхования в нашей стране действует рынок добровольного страхования ответственности медицинских работников. Но организационная структура этого рынка скудна по сравнению с американским. В российской практике можно выделить две формы осуществления страхования профессиональной ответственности медиков – на коммерческой основе в рамках заключаемых договоров с универсальными страховщиками, а также на некоммерческой основе в рамках ОВС.

Страхование медицинской ответственности на коммерческой основе в нашей стране практикуется в двух формах, которые условно можно назвать коллективной (договоры, заключаемые с МО или частнопрактикующими врачами) и индивидуальной (договоры, заключаемые с наемными медицинскими работниками) (Таблица 8). В первом случае страхователем и застрахованным лицом выступает сама МО или частнопрактикующий врач. Объектом страхования

являются их имущественные интересы в связи с наступлением их ответственности за вред пациентам в результате ошибки работников страхователя. Страховую премию в этом случае оплачивает страхователь, и надо отметить, что эта форма преобладает на относительно небольшом страховом рынке России. Государственные ЛПУ оплачивают премию из внебюджетных доходов или формируют ее из взносов своих работников, собираемых в «добровольно-принудительном» порядке. Включение расходов на страхование ответственности в бюджетные расходы и финансирование за счет государства может повлечь существенных расходов со стороны государства. Частные МО оплачивают премии из своих средств.

Таблица 8 – Основные условия коммерческого страхования профессиональной ответственности медицинских работников в России

| Форма страхования | Договоры, заключаемые с медицинскими организациями или частнопрактикующими врачами | Договоры, заключаемые с медицинскими наемными работниками |
|---------------------|--|---|
| Страхователь | Медицинская организация | Медицинский работник |
| Застрахованное лицо | Страхователь (МО) | Медицинские организации, где работает врач-страхователь |
| Объект страхования | Имущественные интересы Страхователя, связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда физическим лицам в результате непреднамеренной профессиональной ошибки работников страхователя | Имущественные интересы Страхователя, связанные с риском наступления ответственности Застрахованного лица за причинение вреда физическим лицам в результате непреднамеренной профессиональной ошибки страхователя |
| Страховая премия | Оплачивается страхователем (МО) | Оплачивается страхователем (МР) |

Источник: составлено автором

При индивидуальной системе страхования ответственности, которая не так активно используется страховым рынком, договоры заключаются с наемным медицинским работником, а застрахованным лицом при этом является МО-работодатель данного специалиста. Объектом страхования здесь также являются имущественные интересы МО, связанные с ответственностью за вред, но в

результате действий конкретного работника, который и оплачивает страховую премию. Стоит отметить, что такой подход имеет определенные преимущества:

- снимает с МО бремя финансовой нагрузки и переносит его на потенциального виновника вреда;
- позволяет установить премию в зависимости от характеристик конкретного врача (его специальности, стажа, статистики ошибок).

В тоже время действующая индивидуальная схема страхования содержит основной недостаток – низкая заинтересованность наемных медицинских работников в заключении такого договора. В соответствии с законодательством РФ они не несут прямой ответственности перед пациентом, поэтому не стремятся заключать индивидуальные договоры страхования профессиональной ответственности.

На практике подобные договоры на российском страховом рынке заключают лишь несколько страховых компаний, например, «Ингосстрах» и «АльфаСтрахование». Причем такие полисы обычно включают компенсацию морального вреда, но в очень ограниченном размере – до 100 тыс. руб., что еще больше снижает интерес потребителей к такому продукту. Остальные страховщики не слишком заинтересованы в данном продукте из-за низкой премии по отдельному договору и возможному притоку исключительно высокорисковых клиентов.

В целом стоит отметить, что договоры страхования, предлагаемые на отечественном рынке, не имеют значительных отличий в страховом покрытии, они достаточно однородны. Для обоих подходов коммерческого страхования применяется схожий перечень исключений, включающий, например, проведение абортов, заражение гепатитом и ВИЧ-инфекцией, разглашение врачебной тайны или иной конфиденциальной информации, выполнение услуг при отсутствии лицензии и сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации специалиста), а также многие другие. В правилах страхования всех ведущих российских страховщиков предусмотрен практически идентичный перечень покрываемых расходов:

- утраченный потерпевшим лицом заработок;
- возмещение вреда по потере кормильца;
- расходы на погребение;
- судебные расходы страхователя, связанные с заявленными ему требованиями;
- судебные расходы потерпевшего, направленные на защиту своих нарушенных прав;
- дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья;
- необходимые и целесообразные расходы по выяснению обстоятельств страховых случаев;
- моральный вред по соглашению сторон.

Именно включение в покрытие морального вреда является одним из спорных моментов при заключении страхового полиса. Из-за судебного опыта взыскания крупных сумм медицинские учреждения хотят, чтобы моральный вред покрывался полисом без ограничений, в пределах страховой суммы. Страховщики же не всегда готовы на это из-за отсутствия внятной системы оценки морального вреда и необходимости формирования значительного резерва заявленного неурегулированного убытка при предъявлении иска. Сумма резерва составит сумму заявленных требований, включающих чрезмерно завышенный моральный вред. В этом случае резерв может быть сформирован в максимальном размере, соответствующем полной страховой сумме, и пока будет длиться судебное разбирательство, он будет негативно сказываться на финансовых показателях страховщика.

Помимо этого, предлагаемые российскими страховщиками договоры страхования основаны на страховании заявленной претензии (claims made), т. е. страховщик будет нести ответственность по полису только за убытки, заявленные в течение страхового периода [108, с. 75]. Если же претензия по итогам врачебной ошибки была заявлена через несколько лет после причинения вреда, то такая претензия не будет рассматриваться в рамках договора страхования, действовавшего на момент ошибки. Данная модель страхования позволяет

установить ретроактивный период – период времени, предшествующий дате начала срока страхования. Допущенные в этот период ошибки, которые привели к предъявлению претензии в течении периода страхования, будут покрываться таким договором страхования. Однако это может побуждать страхователей обращаться за заключением договора страхования, когда они уже знают или с достаточной степенью уверенности предполагают, что совершили ошибку. В связи с этим большинство российских страховщиков исключают ретроактивный период для новых клиентов. Поэтому страхование на базе заявленной претензии конечно существенно сужает страховую защиту.

С учетом наличия множества исключений из страхового покрытия, а также ограничений по возмещению морального вреда, можно констатировать, что даже имеющиеся предложения российского страхового рынка не могут покрыть все возможные риски профессиональной ответственности МО.

Отдельного рассмотрения заслуживает некоммерческая модель страхования рисков медицинской ответственности. Несмотря на широкое использование системы ОВС за рубежом, в нашей стране взаимное страхование остается на относительной периферии страхового рынка. В настоящее время в России существует сравнительно небольшое число ОВС с действующими лицензиями, из них наиболее активно до недавнего времени страхованием в федеральном масштабе занималось лишь «Потребительское ОВС гражданской ответственности застройщиков».

Единственным примером взаимного страхования в медицине в нашей стране следует считать действовавшее ранее «Медицинское потребительское ОВС» (далее – «МПОВС»). Это ОВС было учреждено в 2016 году медицинским объединением «Тюменское региональное медицинское общество», входящим в состав «Национальной медицинской палаты» (далее – «НМП»). НМП является крупнейшим отечественным профессиональным объединением в медицинской сфере и на протяжении нескольких последних лет последовательно выступает за организацию в нашей стране системы медицинских ОВС, которые бы взяли на себя защиту медиков от ответственности перед пациентами. Создание «МПОВС»

рассматривалось в этом ключе как пилотный проект, который в дальнейшем был бы распространен на всю страну. Изначально предполагалось, что в каждом субъекте РФ будут сформированы территориальные ОВС, которые будут подчиняться и координироваться Советом по взаимному страхованию.

Однако в предложенной НМП модели страхования также наблюдались определенные недостатки. Во-первых, страховой фонд планировалось формировать за счет взносов не только медицинских учреждений, субъектов правоотношений в здравоохранении, но и за счет взносов медицинских работников, размеров доходов которых оставляет желать лучшего. По сути, работникам пришлось бы финансировать не только свои риски. Другой проблемой можно считать ориентированность модели ОВС только на защиту интересов медучреждений, в то время как потребители услуг, скорее всего, будут испытывать сложности с защитой своих прав. А. В. Тихомиров отмечает, что «проект НМП создает пространство благоденствия для страхователей, но не для застрахованных (выгодоприобретателей)» [89, с. 35]. Для формирования эффективной модели страхования ответственности при оказании медпомощи, необходимо учитывать интересы всех вовлеченных сторон. Если проект обязательного страхования учитывал в основном интересы страховщиков, то страхование ОВС в проекте НМП рассчитано на интересы МО и, в первую очередь, государственных МО. Рассмотрение страховых случаев поручается профессиональной экспертной комиссии в рамках той же НМП, что снижает объективность такой процедуры страховой выплаты. Отказ ОВС в выплате не снимает с пострадавшего права обратиться в судебные органы.

По итогам двухлетней деятельности «МПОВС» максимальная численность общества включала 19 МО Тюменской области, а величина годового взноса крупных ЛПУ составлял до 200 тыс. руб. В конце 2018 года Банк России отозвал у данного ОВС лицензию на взаимное страхование по причине неисполнения предписаний. Основной причиной отзыва лицензии стал отказ некоторых членов ОВС оплачивать членский взнос и значительно снижение страховых резервов ОВС [60].

Официальные данные Банка России показали, что за полный 2017 год сборы МПОВС составили 2 001 тыс. руб. страховых взносов, а выплаты – 463 тыс. руб. Но уже за 3 квартала 2018 года объем собранной премии значительно снизился и составил всего 512 тыс. руб. Несмотря на то, что выплачено было всего 100 тыс. руб., очевидно, что собранной премии было недостаточно для дальнейших выплат. Даже относительно благоприятные финансовые результаты деятельности ОВС, могут обесцениться в случае небольшого колебания численности участников ОВС, и объема премий может не хватить для выплаты крупных компенсаций в размере нескольких миллионов руб. Несмотря на неудачную первую попытку использования системы ОВС в российском здравоохранении, НМП планирует учесть этот опыт и в дальнейшем вернуться к взаимному страхованию медработников.

Чтобы оценить столь скромный опыт в использовании идей взаимного страхования в сфере охраны здоровья, необходимо сначала обратить внимание на существующие требования к деятельности ОВС в России. В соответствии с Федеральным законом «О взаимном страховании» от 29 ноября 2007 г. № 286-ФЗ ОВС является видом потребительского кооператива и создается для осуществления взаимного страхования имущественных интересов своих членов [55]. Объектами взаимного страхования могут быть лишь объекты имущественного страхования, право на осуществление взаимного страхования возникает у ОВС с момента получения лицензии регулятора на осуществление взаимного страхования. Имущество общества формируется за счет вступительных, страховых, дополнительных взносов, а также за счет добровольных взносов (пожертвований), инвестиционных доходов и заемных средств.

Федеральным законом № 286-ФЗ установлена максимальная численность участников ОВС: не более 500 юридических лиц и/или не более 2 тыс. физических лиц. В настоящее время в Государственную Думу Российской Федерации внесен законопроект об отмене количественного ограничения участников ОВС. Этот лимит можно считать одним из наиболее серьезных

преград для использования взаимного страхования в здравоохранении, где работает около 25 тыс. организаций и более 2,8 млн человек. Проект НМП предполагал формирование ОВС в каждом субъекте РФ, в этом случае ограничения членом-юридических лиц вполне может хватить, но вот численность физических лиц может значительно превысить 2 тыс. Численность одной крупной многопрофильной больницы может составлять в среднем 500-1000 работников, а именно взносы работников являются одним из источников формирования фонда ОВС. Получается, что в условиях текущего законодательства внедрение модели ОВС под патронажем НМП имеет определенные ограничения.

Для выявления наиболее жизнеспособной и эффективной схемы страхования медицинской ответственности в нашей стране следует сравнить между собой с точки зрения защиты интересов медицинского сообщества две существующие модели страхования – на коммерческой и взаимной основе (Таблица 9).

Таблица 9 – Сравнительная характеристика взаимной и коммерческой модели страхования профессиональной медицинской ответственности в России [21]

| | Взаимное страхование | Коммерческое страхование |
|---|--|--|
| Преимущества с точки зрения медицинских организаций | <ol style="list-style-type: none"> 1. Более простой порядок создания 2. Сниженные издержки при заключении договора, отсутствие прибыли в ставке тарифа 3. Понимание специфики деятельности 4. Страховые резервы и доходы остаются в ОВС 5. Не используется селекция риска | <ol style="list-style-type: none"> 1. Масштаб деятельности 2. Диверсификация портфеля 3. Накопленные страховые резервы 4. Значительный опыт в страховании |
| Недостатки с точки зрения медицинских организаций | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение числа участников 2. Небольшой опыт страхования 3. Дополнительные взносы для покрытия убытков 4. Непостоянство численности членов 5. Солидарная ответственность участников | <ol style="list-style-type: none"> 1. Высокие тарифы 2. Повышенные требования со стороны надзора 3. Ограничение страхового покрытия 4. Зависимость от финансового состояния страховщика 5. Зависимость от тенденций рынка страхования |

Однако многие преимущества коммерческого страхования нивелируются его недостатками, а именно более высокими тарифами, которые, в отличие от

ОВС, включают норму прибыли. За такую высокую премию страховщики, как правило, предлагают относительно узкое страховое покрытие с множеством исключений. Кроме того, в современных условиях коммерческие страховщики испытывают значительно более жесткий контроль со стороны регулятора. Возможность надлежащего исполнения страховой компанией своих обязательств может зависеть от ее финансового состояния, которое рядовые медицинские работники не всегда могут адекватно оценить. В условиях снижения количества российских страховых компаний в 2015 году Центральный Банк РФ составил непубличный список системообразующих страховщиков, к которым относят наиболее крупные и технологически развитые страховые компании, имеющие высокую социальную значимость. Однако даже такие системообразующие страховщики могут сознательно ненадлежащим образом исполнять свои обязательства перед значительным числом клиентов. В связи с чем Ю. А. Тарасова например предлагает дополнить критерии отнесения компании к системообразующим таким требованием как «честность и порядочность по отношению к клиентам» [84, с. 189].

Страхование на взаимной основе в текущих условиях может по ряду причин выглядеть предпочтительнее коммерческого страхования. Во-первых, к ОВС применяется более простой порядок регистрации, у них нет требования по размеру уставного капитала. Предполагается, что страховой тариф у них из-за отсутствия закладываемой нормы прибыли будет ниже, чем у коммерческого страховщика, хотя, как видно из примера МПОВС, это не всегда так. При установлении размера страхового взноса во взаимном страховании не получится применять селекцию риска в виде отказа от приема на страхование работников отдельных специальностей или возрастной группы, что обеспечит возможность реализации права на страхование для всех заинтересованных медицинских работников. В целом медицинское ОВС будет иметь гораздо более глубокое понимание специфики работы страхователей и располагать обширными статистическими данными для обоснованного расчета тарифа.

Практически все слабые места ОВС были описаны ранее – это численное ограничение, отсутствие страхового опыта, необходимость внесения дополнительных взносов для покрытия финансового убытка, колебания численности и солидарная материальная ответственность всех участников ОВС по обязательствам общества. Завершая сравнение, можно отметить, что взаимное страхование, несмотря на незначительный опыт его использования, имеет полное право на широкое применение в сфере страхования профессиональной медицинской ответственности. Но для этого необходимо внесение изменений в регулирующие законодательные нормы, в первую очередь, касающиеся количественных ограничений численности участников. К. Е. Турбина дополнительно предлагает снять определенные налоговые ограничения, позволив включать расходы членов ОВС на страховые взносы в расходы МО до налогообложения [97, с. 41]. Но и при текущем ограничении в 500 организаций ОВС способно аккумулировать фонд в размере до 100 млн руб., чего не удавалось пока никому из коммерческих страховщиков.

Помимо рассмотренных практических моделей страхования профессиональной ответственности медиков и проекта закона об обязательном страховании пациентов, в отечественной научной литературе можно встретить ряд альтернативных предложений по компенсации вреда пациентам. Некоторые из них не являются страховыми формами в рамках законодательства, так А. В. Тихомиров предлагает использование фонда коллективной ответственности, который будет формироваться за счет взносов субъектов медицинской деятельности и расходоваться для целевого восполнения утраты качества жизни пострадавшего при оказании медицинской помощи [89, с. 37]. Автор предполагает, что такой подход может быть менее бюрократизирован и не вызывать общественного недовольства, поскольку возмещать будет вред не только в результате врачебной ошибки, но и по «немедицинским причинам», которые действительно могут иметь место. Но основной недостаток такого подхода, на наш взгляд, заключается в непроработанности вопроса об источниках финансирования. Для успешной реализации проекта необходимо активное

участие медицинского сообщества, в идеале – требование об обязательном участии. В этом случае расходы по финансированию фонда практически будут возложены на государственный бюджет. Тогда было бы логичнее, чтобы вред пациентам сразу возмещался из бюджета без каких-либо посредников, но это опять-таки дополнительные государственные расходы, которые, по сути, будут покрыты за счет налогоплательщиков.

Также интереса заслуживают современные теоретические подходы к внедрению технологических инноваций на рынок страховых отношений. Одним из таких новшеств можно считать идеи P2P-страхования (услуга человеку человеку), которые, по мнению А. Б. Знаменского и С. Б. Богоявленского применимы при создании виртуальных ОВС [27, с. 43]. Широкое использование информационных технологий, распространение сети Интернет предоставляют потребителям облегченный доступ к множеству товаров и услуг. Создание виртуального ОВС в сфере страхования медицинской ответственности позволяет вовлечь в проект значительное число работников отрасли, независимо от их места жительства. Схожим образом Ю. А. Тарасова рассматривает возможность внедрения на российском рынке механизма микрострахования, который предполагает обеспечение страховыми услугами лиц с низким уровнем дохода в обмен на небольшие регулярные платежи [83, с. 69]. Однако такие идеи требуют адаптации российской нормативной базы, на что может потребоваться значительное время, но определенные перспективы они имеют, как и многие цифровые новации на финансовом рынке.

Опыт использования страхования как инструмента защиты от рисков профессиональной ответственности МО, рассмотренный в предыдущем параграфе, позволяет сделать вывод, что широкому внедрению практики страхования медицинской ответственности в нашей стране препятствует ряд факторов. В научной литературе крайне редко встречается структурированный анализ таких преград на пути страхования профессиональной ответственности в медицинской деятельности, чаще всего авторы ограничиваются кратким перечислением существующих проблем или все сводится к отсутствию

финансирования. Однако проблемы внедрения механизмов страхования ответственности МО заслуживает отдельного рассмотрения, поскольку его решение позволит не только систематизировать взаимоотношения в сфере медицинских услуг, но и дать заметный толчок к развитию всего рынка имущественного страхования в нашей стране.

Для целей настоящей работы весь спектр факторов, препятствующих страхованию медицинской ответственности, был условно разделен на социально-экономические и законодательные (Рисунок 5).

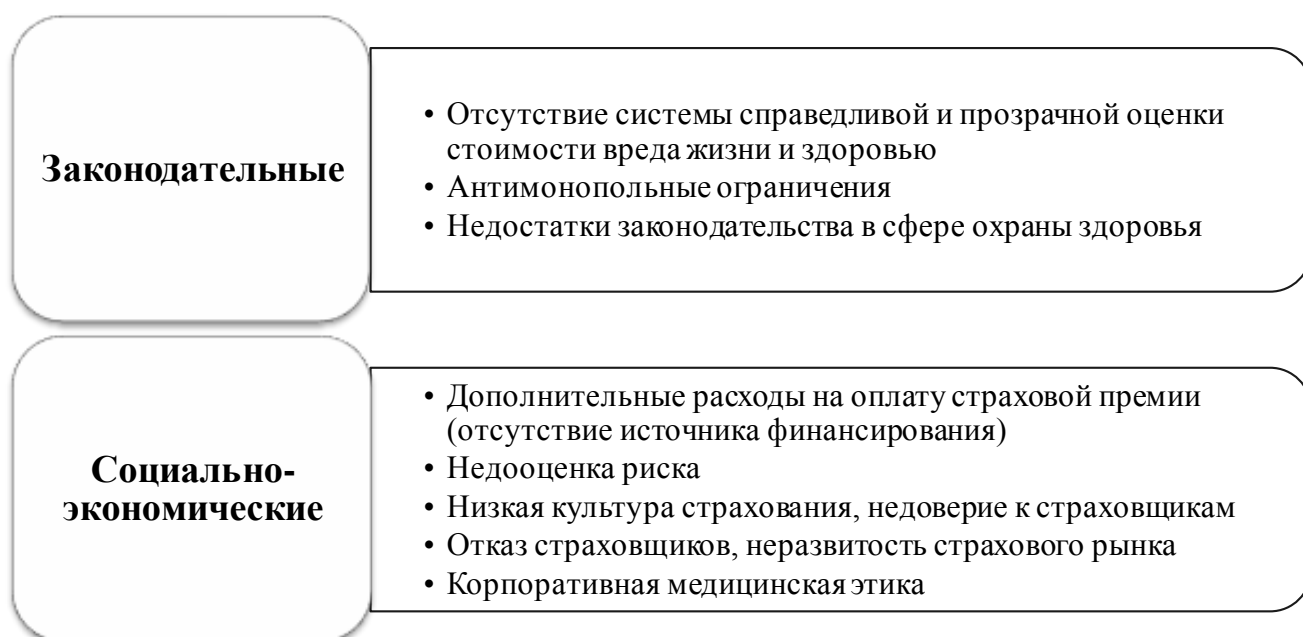


Рисунок 5. Факторы, препятствующие страхованию профессиональной медицинской ответственности в России

Источник: составлено автором

Законодательные проблемы уже были перечислены нами ранее, а их более глубокий анализ относится, скорее, к компетенции юридической науки. Однако, вопросы организации здравоохранения являются предметом исследования большого числа научных дисциплин и решение нормативных недостатков исследуемой отрасли неизбежно окажет влияние и на характеристики применяемой модели финансирования здравоохранения. Тем более что в основе одной из законодательных проблем внедрения института страхования

медицинской ответственности лежит отсутствие в нашей стране системы справедливой и прозрачной оценки компенсации за вред человеческой жизни.

Отсутствие единообразной модели оценки вреда, причиненного жизни и здоровью человека, применительно к страхованию профессиональной ответственности ведет к отсутствию ясности в вопросе определения величины вреда, а, значит, и к невозможности надежного прогнозирования страховых выплат. Можно предположить, что при наличии такой утвержденной методики, часть претензий к МО решалась бы в досудебном порядке. Это снизило бы нагрузку на судебную систему страны, гарантировало бы достойный и справедливый размер компенсации в неоспоримом размере, позволило бы страховому рынку быть точнее в расчете страхового тарифа, ориентируясь на вполне предсказуемые суммы страхового возмещения.

Предметом исследования экономической науки следует считать вторую группу проблем. Среди них выделяется такой существующий недостаток российской системы здравоохранения, как отсутствие источников финансирования расходов на страхование. В научной литературе встречается три основных подхода к финансированию страхования ответственности:

1. За счет средств МО.
2. За счет средств медицинских работников.
3. За счет средств специального фонда.

Финансирование страхования профессиональных рисков за счет самих медицинских учреждений в условиях преобладающей роли государственного здравоохранения фактически означает дополнительную нагрузку на бюджет страны. При существующем низком уровне общегосударственных расходов на здравоохранение рассматривать бюджетную систему как источник оплаты страховой премии представляется маловероятным. В этой ситуации проще вообще не усложнять схему присутствием страховщиков, а просто оплачивать компенсации пациентам за счет средств бюджета, к чему государство тоже не готово. Тем не менее, среди некоторых авторов такой подход находит определенный отклик. Так, Т. С. Коробейникова и Т. С. Кириченко считают

«правильным возложить обязанность финансирования таких договоров из соответствующего бюджета в силу ориентации данного института на развитие сферы предоставления медицинских услуг [40, с. 149].

Оплата договоров страхования за счет средств непосредственно медицинских работников, которые могут допустить врачебную ошибку, использовалась в практике единственного российского медицинского ОВС, а также применяется при заключении немногочисленных индивидуальных договоров страхования. Но в этом случае возникает определенное расхождение в интересах – сами врачи не несут согласно законодательству гражданскую ответственность перед пациентами, если только это не частнопрактикующие врачи. В этом случае и оплачивать страховую премию у них нет существенного стимула, поскольку застрахованы будут не их имущественные интересы.

Кроме того, как было установлено ранее, уровень средней заработной платы в российском здравоохранении не дотягивает даже до средней заработной платы в целом по стране. Год от года он колеблется на уровне 80-90%. Однако не все работники здравоохранения несут одинаковый риск совершить врачебную ошибку, которая впоследствии приведет к наступлению ответственности за вред пациенту. Наибольший риск несут работники, непосредственно выполняющие сложные медицинские манипуляции, т. е. это в первую очередь врачи. Средний и младший медицинский персонал, который выполняет распоряжения врачей, менее подвержены риску, в то же время они имеют более низкий уровень дохода.

Таким образом, следует более подробно рассмотреть уровень дохода медицинских работников в разрезе основных категорий (Рисунок 6). Согласно официальной статистике Росстата уровень заработной платы врачей на протяжении последних лет превышает средний уровень заработной платы в стране практически в 1,5-1,7 раз даже без учета коронавирусных надбавок 2020-2022 годов. Стоит отметить, что в западной практике источником оплаты страховой премии преимущественно является лицо, непосредственно несущее риск ответственности. При этом следует учитывать, что врачи составляют примерно 20% от общей численности медицинских работников, средний

медицинский персонал – 42%, младший медицинский персонал – 38% [26, с. 114]. Врачи, которые составляют пятую часть от общего числа занятых в медицине и которые несут основной риск причинения вреда, имеют средний уровень доходов значительно выше, чем средний общенациональный уровень зарплаты. Следует учитывать, что в 2020 году значительный рост дохода был также обеспечен за счет надбавок за работу в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.

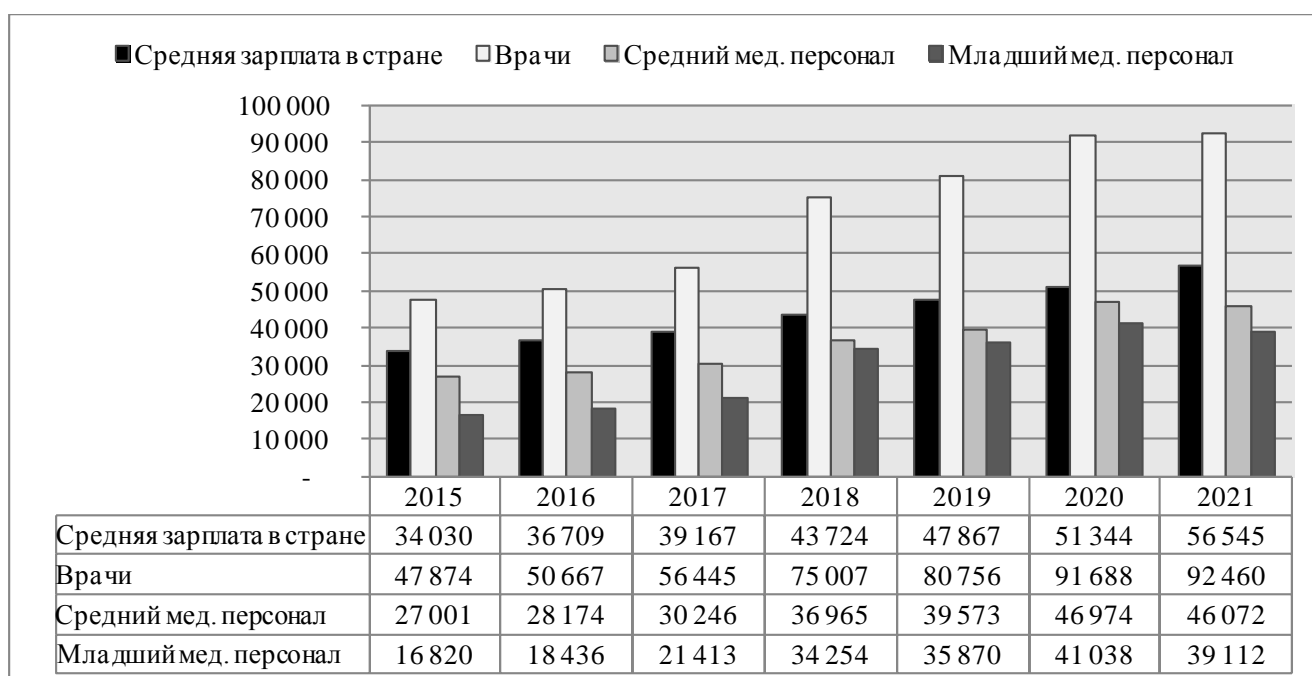


Рисунок 6. Средняя заработная плата медицинских работников России в разрезе основных категорий в 2015-2021 гг. [31]

Официальные данные говорят об ошибочности мнения о низком уровне дохода российских медиков. Однако, к сожалению, такие показатели уровня дохода часто достигаются искусственно, путем сокращения численности работников и увеличения нагрузки на оставшихся работников. Н. В. Рехтина и Н. Н. Калмыков отмечают, что «рост уровня средней заработной платы медицинских работников вызван не фактическим увеличением размера оплаты его труда, а ростом нагрузки на одного работника» [33]. Р. Р. Имильбаева также подчеркивает, что в медицине крайне высока степень совместительства, когда медицинские

специалисты работают в среднем больше чем на 1,5 ставки. В результате этого их реальная заработная плата в пересчете на 1 ставку значительно ниже официальных цифр [28, с. 175]. В этом случае действительно можно достичь роста благосостояния врачей, но параллельно будет увеличиваться риск совершения профессиональной ошибки и, как следствие, – вероятность причинения вреда пациенту. В этом случае потребность в страховой защите от риска наступления медицинской ответственности только возрастает.

Кроме того, одной из причин слабого развития института страхования медицинской ответственности можно считать недооценку риска руководством МО. При отсутствии ранее предъявленных претензий и исков главный врач может рассматривать страхование как бесполезную нагрузку для бюджета организации. К сожалению, отсутствие открытых общенациональных статистических данных о количестве, частоте и тяжести врачебных ошибок не позволяет многим представителям медицинской отрасли, надзорным органам и обществу в целом адекватно оценить существующую угрозу. Если обратиться к американской практике, то в США существует специальный сайт Medicare.gov, на котором публикуется справочная информация о любой клинике, о количестве осложнений и смертей пациентов в ней. В нашей стране подобной статистике нет, и в целом складывается впечатление, что российские медицинские учреждения намеренно избегают оглашения информации о совершенных ошибках. Можно предположить, что причиной этого является не борьба с репутационными рисками, а стремление не привлекать излишнее внимание со стороны надзорных и правоохранительных органов. Открытая публикация статистики медицинских ошибок была бы призвана демонстрировать не столько общее их число, она должна отражать тенденцию их сокращения. Это будет означать, что совершенные ошибки стали предметом анализа МО, и появилась возможность избежать их или минимизировать вероятность их повторения. Если такой работы в системе здравоохранения не ведется, то сухая констатация фактов только усугубит общественное отношение к данной проблеме.

Другой причиной, препятствующей активному страхованию медиками своей профессиональной ответственности, некоторые авторы считают общую низкую культуру страхования российского населения. А. П. Новиков среди негативных национальных особенностей российского страховой культуры выделяет распространенность патерналистских настроений, приоритетность имущественного страхования, низкую финансовую грамотность населения, преобладание обязательных видов страхования, ориентация на достижение краткосрочных целей [51, с. 173]. Российским гражданам, в подавляющем числе воспитанным в условиях советской системы, свойственна излишняя надежда на государственное обеспечение. Это проявляется в вопросах страхования, когда вместо самостоятельной защиты своих интересов, граждане нашей страны полагаются на государственные пособия и компенсации при наступлении неблагоприятных событий в своей жизни. Это отягощается низким уровнем финансовой грамотности населения, способствующим усилению закредитованности, неспособностью сохранить свои финансовые средства, а значить улучшить уровень и качество собственной жизни. Страховые взаимоотношения, чаще всего, направлены на защиту собственного имущества, а не жизни или здоровья, и в целом российскому рынку свойственно преобладание обязательного или вмененного страхования.

К перечисленным причинам недостаточной страховой культуры в России можно также добавить в целом низкий уровень доходов населения и отсутствие доверия потребителей к рынку страхования. Согласно оценке Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» по итогам первого полугодия 2021 года около 13,7% жителей России имеют доходы ниже величины прожиточного минимума [18, с. 12]. В условиях нехватки у значительной доли граждан страны средств на покупки сверх базового набора продуктов питания, сложно рассчитывать на стремительный рост рынка страховых услуг. Ситуация отягощается периодическими случаями банкротства и недобросовестного ухода с рынка страховых компаний, а множество судебных разбирательств негативно сказывается на уровне лояльности населения к оставшимся страховщикам.

Другой проблемой малого проникновения страхования профессиональной ответственности в российскую медицину следует считать ограничения со стороны страховщиков. В этом случае при наличии определенного спроса со стороны клиник, страховщики могут отказывать в заключении договора по причине слишком высокого риска. Это, например, может касаться родильных домов и перинатальных центров, для которых риск причинения вреда матери или ребенку чрезвычайно высок. Д. В. Брызгалов и А. А. Цыганов замечают, что среди отечественных медицинских учреждений «полис приобретают те, кто совершал ошибки и боится их повторения» [8, с. 51]. Но при наличии ранее удовлетворенных претензий, вопрос заключения такого договора страхования для МО значительно усложняется. Помимо этого, данные авторы обращают внимание, что нередко владельцы небольших частных МО (стоматологических и косметологических клиник) в случае предъявлении нескольких исков, угрожающих репутации, предпочитают перерегистрировать организацию и открыть ее в новом месте под новым брендом.

Схожим образом пытался уйти от ответственности владелец сети петербургских многопрофильных клиник «БалтЗдрав» [64]. После гибели пациентки ее родственники подали иск о взыскании вреда, и для того, чтобы избежать многомиллионной выплаты, владелец клиники попытался ее ликвидировать и зарегистрировать новое юридическое лицо. Но арест имущества и последующее удовлетворение иска позволили защитить интересы пострадавших.

На наш взгляд, еще одной проблемой страхования медицинской ответственности, можно считать неразвитость самого рынка страхования, его инфраструктуры в сегменте страхования ответственности в медицине. Рассмотренный в предыдущем параграфе иностранный опыт показывает, что для успешного развития данного вида потребители должны иметь легкий доступ к получению страховых услуг, эти услуги должны быть разнообразными (взаимное, коммерческое, индивидуальное, специализированное страхование) и понятными потенциальным страхователям. В нашей стране подобных условий нет. Далеко не

все страховщики готовы заключать договоры страхования медицинской ответственности, не все из них обладают существенным опытом урегулирования подобных страховых событий.

Российский рынок страхования в последние годы имеет стойкую тенденцию к сокращению числа страховых организаций. По мнению Ю. А. Тарасовой причинами такого процесса являются ужесточение нормативных требований регулятора в лице Центрального Банка России, усиление надзора за страховщиками, а также интеграция банковских организаций, где также идет процесс консолидации, в страховую сферу [86, с. 155]. Банковский сектор оказывает активное влияние на смежный страховой сектор, что проявляется в т. ч. в виде усиления межсекторной конвергенции – объединения деятельности разных экономических субъектов в целях повышения эффективности их деятельности и конкурентоспособности, осуществляемое на основе сотрудничества или на основе проникновения одного экономических субъектов в деятельность друг друга [107, с. 79]. Концентрация рынка в руках нескольких страховщиков или скорее банкостраховых групп ведет к снижению конкуренции, а также препятствует развитию предложения и появлению новых страховых продуктов.

Некоторые авторы обращают внимание на такую неоднозначную причину низкого уровня внедрения страхования как корпоративную медицинскую этику. М. М. Токуев полагает, что из-за корпоративной солидарности врачи не будут свидетельствовать против коллеги и признавать его ошибку в своем заключении [92, с. 251]. Действительно, для определения наличия врачебной ошибки в судебном порядке часто назначается независимая судебно-медицинская экспертиза, которая по факту проводится с привлечением бывших или действующих практикующих медицинских специалистов, как правило, из того же региона, где работал совершивший ошибку медработник. Получается, что факт врачебной ошибки подтверждается другим врачом, который является специалистом в данной области. В этом случае можно говорить о некоторой субъективности такой оценки.

Описанный спектр проблем, имеющих место в области страхования профессиональной медицинской ответственности, позволяет предложить пути их решения. Возможные законодательные поправки, призванные устранить существующие недостатки и пробелы в нормативных актах, могут кардинальным образом изменить существующую систему отечественного здравоохранения. Но они потребуют тщательной проработки и взвешенных решений, учитывая социальную значимость отрасли.

Наиболее важная причина низкого уровня развития рынка страхования медицинской ответственности, а именно отсутствие предусмотренного источника финансирования такого страхования, требует особого решения. Очевидно, что попытки переложить обязанность финансирования рисков ответственности на государственный бюджет путем введения обязательного страхования или формирования специального внебюджетного фонда нельзя рассматривать как эффективную меру. Это приведет к росту налоговой нагрузки на население, но не решит проблему снижения качества медицинской помощи.

Среди возможных альтернативных источников финансирования системы страхования профессиональной ответственности остаются непосредственно сами медицинские работники. Как было установлено ранее, в настоящее время в результате реализации небесспорных «майских указов» отмечается рост уровня доходов работников с высшим медицинским образованием (врачей), которые и несут основной риск для МО. Однако простое перекладывание финансового бремени на персонал при условии страхования рисков самих работодателей, как это было реализовано в системе действовавшего МПОВС, не встретит в медицинском сообществе положительной оценки. В этих условиях задачей, стоящей перед отечественным страховым рынком, является формирование страхового продукта, предназначенного для защиты интересов одновременно и организаций, и работающих там врачей, но приобретаемого самими работниками. Это позволит защитить профессиональные риски медицинской сферы и увеличить уровень проникновения страховых услуг среди физических лиц.

Завершая рассмотрение российского опыта страхования ответственности в сфере медицинских услуг, следует отметить следующие **важнейшие моменты**:

– **доказано**, что российский рынок страхования медицинской ответственности до сих пор находится в процессе становления. На фоне ведущих западных стран, где опыт страхования медицинских ошибок насчитывает не одно десятилетие, страховые компании в России занимаются этим видом страхования не более 20 лет. Во многих зарубежных странах наличие договора страхования медицинской ответственности является одним из требований к профессиональной деятельности, в некоторых странах действует обязательное страхование. Это способствует формированию инфраструктуры рынка страхования, включающей страховщиков разных организационных форм. В России нет обязательного или вмененного страхований ответственности врачей, хотя неоднократно предпринимались попытки разработки подобного законопроекта. По ряду причин внедрение обязательного страхования в России в обозримом будущем не представляется возможным из-за отсутствия источника финансирования;

– **проанализирован** отечественный опыт страхования медицинской ответственности, который представлен страхованием деликтной ответственности, и включает **деятельность коммерческих страховщиков**, предлагающих достаточно усеченное страховое покрытие за высокую страховую премию, и **использование системы взаимного страхования** в виде создания одного специализированного ОВС, в то время как на западных рынках ОВС могут составлять подавляющую долю рынка. Оба подхода страхования имеют свои преимущества и недостатки, но модель взаимного страхования ответственности медиков можно считать не до конца востребованной по причине законодательных ограничений;

– **определено**, что страхование, осуществляемое российскими коммерческими страховщиками, не отличается заметным разнообразием; на рынке представлено, главным образом, только эпизодическое индивидуальное страхование, когда договор страхования заключается непосредственно с наемным медицинским работником, который может допустить профессиональную ошибку;

– в настоящее время в научной литературе отмечается целый перечень факторов, негативно сказывающихся на перспективах страхования медицинской ответственности. Перечень данных **проблем дополнен и систематизирован**, они условно разделены на **законодательные** и **социально-экономические**. Нормативные недостатки в области охраны здоровья, антимонопольные ограничения и отсутствие единой системы справедливой оценки вреда человеческой жизни, несмотря на свою ярко выраженную юридическую природу, могут существенным образом повлиять на выбор и характеристик используемой модели финансирования системы страхования ответственности в медицине;

– **выявлено**, что наиболее существенной проблемой для широкого внедрения страхования профессиональной ответственности в медицинской сфере следует считать отсутствие источника финансирования для оплаты страховых взносов. Возможное финансирование данного вида страхования за счет средств государственных бюджетных средств или средств специального внебюджетного фонда приведет к увеличению налогового бремени для населения, но не решит задачу обеспечения страховой защитой и роста качества услуг. В этих условиях значимым источником финансирования системы страхования профессиональной ответственности могут стать средства самих медработников, чьи ошибки и несут основную опасность для пациентов. В последние годы российские медицинские работники с высшим профессиональным образованием имеют доход выше средней заработной платы в стране. Это во многом обеспечивается возросшей нагрузкой, что одновременно приводит и к увеличению риска причинения вреда. В этих условиях ведущей задачей становится формирование актуального страхового продукта, который защищал бы интересы самих работников и финансировался бы за их счет. В качестве такого продукта можно рассматривать индивидуальное страхование рисков медработников, которое покрывало бы риск регресса работодателей (МО) к своим врачам за их совершенные ошибки, послужившие причиной выплаты компенсации пациентам.

ГЛАВА 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К СТРАХОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

3.1. Модель индивидуального страхования профессиональной ответственности медработников

Как было описано ранее, российское законодательство в области охраны здоровья возлагает на МО и частнопрактикующих врачей ответственность перед пациентом за причиненный вред их жизни и здоровью. Отдельно стоит подчеркнуть, что возмещение морального вреда согласно Пленуму Верховного Суда РФ от 26 января 2010 г. № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни, здоровью гражданина», также возлагается на работодателя [57]. Это означает, что врач как работник практически полностью защищен от рисков гражданской ответственности перед пациентами. Именно поэтому в научном и страховом обществе до последнего времени преобладало мнение о невозможности страхования профессиональной медицинской ответственности медработников.

В тоже время работник несет ответственность перед работодателем, которая в нашей стране регулируется действующим трудовым и гражданским законодательством. Согласно п. 1 статьи 1081 Гражданского Кодекса РФ лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (в т. ч. работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом [13].

В то же время Трудовой Кодекс РФ (далее – «ТК РФ») устанавливает, что работник обязан возместить своему работодателю причиненный ему прямой имущественный ущерб, под которым помимо прочего понимается возникновение у работодателя необходимости произвести затраты на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам (статья 238 ТК РФ) [95]. Одновременно определяются пределы материальной ответственности работника перед

работодателем, которые не могут превысить размер среднего месячного заработка (статья 241 ТК РФ).

Однако законодательно закреплены и случаи полной материальной ответственности работника, когда тот обязан возместить причиненный вред в полном размере, независимо от уровня своего заработка. К таким случаям согласно п.5 статьи 243 ТК РФ относится причинение ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда. Таким образом, согласно действующему российскому законодательству вред, причиненный действиями врача, возмещается работодателями, однако с врача в порядке регресса может быть взыскан ущерб в пользу МО. При этом трудовым законодательством предусмотрено право органа по рассмотрению трудовых споров снизить размер ущерба, подлежащий взысканию с работника с учетом степени его вины, материального положения работника и других обстоятельств (статья 250 ТК РФ). В качестве примера можно рассмотреть попытку привлечения двух медицинских работников к полной материальной ответственности Изобильненской центральной районной больницы Ставропольского края в 2014 году. Суд принял во внимание низкий уровень дохода, семейное положение (развод, малолетние дети на иждивении), положительную характеристику по месту жительства и работы, и значительно снизил взыскиваемые с врачей сумму (апелляционное определение Ставропольского краевого суда от 1 апреля 2014 г. по делу № 33-1683/14).

Открытой судебной статистики случаев взыскания регрессных требований с медицинских работников в нашей стране не ведется. Тем не менее, анализ судебных дел показывает рост подобных процессов и определенную тенденцию на расширение правоприменительной практики взыскания регрессов в области медицины. В Таблице 10 представлены лишь некоторые примеры из российского судопроизводства. Как видим, в практике встречается взыскание и достаточно больших сумм, значительно превышающих средний уровень дохода российского врача. Основной причиной, подталкивающей МО к реализации права обратного требования к своему работнику, можно считать, с одной стороны, рост

присуждаемых сумм и частоты судебных обращений пациентов. С другой стороны, отечественные учреждения здравоохранения не имеют достаточного финансового резерва на оплату многомиллионных компенсаций.

Таблица 10 – Случаи судебного взыскания регрессных требований российскими МО с работников в связи с причинением вреда пациентам

| Год | Событие | Взысканная сумма, руб. |
|------|---|------------------------|
| 2015 | Черняховская Центральная районная больница (Калининградская обл.) взыскала в порядке регресса с двух свои работников ущерб в размере их средней месячной заработной платы; | 37 277,19 + 42 689,29 |
| 2016 | Волгоградский областной суд оставил в силе иск Кумылженской Центральной районной больницы о взыскании со своего хирурга требования о возмещении ущерба в размере одного месячного заработка; | Нет данных |
| 2016 | Буйнакская Центральная городская больница в порядке регресса взыскала с акушера-гинеколога причиненный пациентке вред; | 100 000 руб. |
| 2016 | Городская больница Республики Башкортостан выиграла иск о взыскании с терапевта ущерба в порядке регресса; | Нет данных |
| 2016 | Центральная городская больница гор. Дагестанские Огни совокупно взыскала с двух врачей ущерб вследствие смерти пациента; | 1 386 785,00 |
| 2017 | Красноярский краевой суд постановил взыскать в порядке регресса в пользу ФГБУ Федерального Сибирского научно-клинического центра с анестезиолога-реаниматолога ущерб в размере полной материальной ответственности; | 1 000 000,00 |
| 2018 | Санкт-Петербургский городской суд взыскал в порядке регресса ущерб с акушера-гинеколога в пользу СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского»; | 31 196,96 |
| 2018 | Енисейская районная больница (Красноярский край) выиграла судебный процесс касательно взыскания регрессных требований со стоматолога-хирурга; | 44 331,62 |
| 2018 | В пользу Комсомольской межрайонной больницы Хабаровская края удовлетворен иск о взыскании с акушера- гинеколога понесенных убытков в порядке регресса; | Нет данных |
| 2018 | Большесельская Центральная районная больница Ярославской области частично взыскала со своего врача понесенные убытки. | 120 000,00 |

Источник: составлено автором по итогам анализа судебной практики

В этой ситуации даже частичное покрытие понесенных убытков через регресс к врачу может повлиять на финансовое состояние организации, а также играть некоторую профилактическую роль, стимулируя работника ответственнее исполнять свои обязанности. В то же время стоит отдельно рассмотреть причины отсутствия до последнего времени широкой практики применения взыскания имущественных потерь с медицинских работников. К ним можно отнести:

- уровень дохода медицинских работников;
- корпоративную этику;
- недостаток квалифицированного медицинского персонала;
- сложность взыскания.

Основным препятствием следует считать низкий уровень дохода работников, который зачастую не позволяет возместить даже десятую долю выплаченной пациенту компенсации при законодательном ограничении обратного требования в пределах одного месячного заработка. Вероятность же привлечь врача к полной материальной ответственности при совершении противоправного деяния и вовсе может выглядеть утопичной, учитывая, что врач при этом может потерять возможность заниматься профессиональной деятельностью и иметь стабильный источник дохода.

Руководство медицинского учреждения может быть не заинтересовано в излишне строгом наказании своего работника. Внутрикорпоративная этика и определенный кадровый дефицит в отрасли приводят к нежеланию главного врача терять квалифицированного специалиста, даже если тот допустил врачебную ошибку. Тем более, факт врачебной ошибки, как правило, устанавливается вне МО, в ходе судебной экспертизы. Внутренняя медицинская комиссия при этом вполне могла установить, что врач выполнял свои действия должным образом.

Кроме того, как замечает А. В. Панов, «привлечение к материальной ответственности – это право, а не обязанность работодателя: работодатель имеет право с учетом конкретных обстоятельств полностью или частично отказаться от его взыскания с виновного работника» [62, с. 51]. Для реализации данного права

МО должна выполнить ряд требований – провести проверку для определения размера и причин возникновения ущерба, составить распоряжение о взыскании причиненного ущерба и в случае несогласия работника – обратиться в суд. И для реализации этого права у работодателя есть срок в 1 год с момента обнаружения причиненного ущерба (статья 392 ТК РФ). Данные требования могут представлять определенные трудности для больницы в случае отсутствия у нее полноценной юридической службы. Но смена руководства медучреждения может привести к ухудшению трудовых отношений с провинившимся работником и, как следствие, к реализации права на привлечение к материальной ответственности. Поэтому сильно полагаться на устоявшиеся внутрикорпоративные отношения в данной ситуации не стоит.

Наибольшую актуальность вопрос защиты медицинских работников от рисков предъявления регрессных требований приобретает в свете усиления уголовной ответственности в медицине. Вопрос привлечения врачей к уголовной ответственности является прерогативой юридического исследования. Однако для рассмотрения источников финансирования страхования профессиональных рисков в медицине необходимо частично рассмотреть и юридические особенности регулирования взаимоотношений в этой области. Как было рассмотрено ранее в параграфе 1.2, риски уголовной ответственности представляют угрозу как для работников, так и для их работодателей из-за возможной потери квалифицированного специалиста. В последние годы медицинские работники стали объектом пристального внимания со стороны правоохранительных органов и в частности Следственного Комитета РФ (далее – «СК РФ»). В 2018 году руководством СК РФ было предложено ввести в УК РФ специализированные «медицинские статьи: статья 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и статья 124.2 «Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи» [38, с. 4]. В настоящее время это предложение находится на стадии доработки.

Также в составе СК РФ создаются специализированные отделы по расследованию ятрогенных преступлений, которые призваны расследовать деяния

медицинских работников, повлекшие смерть или причинение вреда пациенту. Столь пристальное внимание связано со значительным ростом числа обращений пострадавших в СК РФ. Падение уровня общественного доверия к отечественным врачам приводит к тому, что коренные проблемы российского здравоохранения, такие как недостаток финансирования, падение уровня образования и высокий износ основных фондов, частично пытаются решить путем ужесточения контроля за работниками. Но это не может способствовать повышению качества медицинских услуг, а будет приводить к уходу врачей из профессии.

Совершение медработником преступного действия позволяет работодателю привлечь его к полной материальной ответственности. В условиях стремительного ежегодного роста числа уголовных дел российские врачи фактически постоянно находятся под двойной угрозой – быть привлеченным к уголовной ответственности (лишение свободы, запрет заниматься деятельностью) и полной материальной ответственности (возмещение многомиллионной компенсации, выплаченной клиникой пациенту), а также к сопутствующей административной и дисциплинарной ответственности. Это позволяет говорить об острой потребности российских врачей в защите от подобных рисков.

Российским законодательством допускается страхование гражданской ответственности за причинение вреда, уголовная ответственность страхованию не подлежит. Однако статья 76 УК РФ предусматривает возможность освобождения лица, впервые совершившего преступление небольшой или средней тяжести, от уголовной ответственности, если оно примирилось с потерпевшим и загладило причиненный потерпевшему вред [98]. Согласно же статье 15 УК РФ преступлениями небольшой тяжести признаются неосторожные деяния, максимальное наказание за которое не превышает трех лет лишения свободы, преступлениями средней тяжести – неосторожные деяния с максимальным наказанием в виде лишения свободы на срок более трех лет. Учитывая, что врачебная ошибка рассматривается как неосторожное, а не умышленное, деяние, то в случае, если врач добровольно возместит пострадавшей стороне причиненный вред, он может быть освобожден от уголовной ответственности.

Таким образом, в случае возбуждения уголовного дела медицинский работник может столкнуться не только с непредвиденными расходами на возмещение полной материальной ответственности перед работодателем, но и с необходимостью досудебного возмещения вреда пациенту с целью освобождения от уголовной ответственности. В такой ситуации врач, скорее всего, будет испытывать проблемы с поиском источника средств на эти расходы.

Источником оплаты указанных расходов могут быть средства страховой компании, с которой врач заключит договор страхования. Вопрос индивидуального страхования российских медиков до сих пор не рассматривался отечественным страховым рынком как способ компенсации рисков МО. Более того, подобный подход не нашел отражения и в теоретических исследованиях научного сообщества. Вполне вероятно, это связано с особенностью правового регулирования российской медицины, где субъектом правоотношений, а значит и потенциальным страхователем профессиональной ответственности, являются медицинские учреждения. Однако, как показывает практика, проблему роста рисков медицинской ответственности не получается решить за счет средств российских больниц. В этой ситуации одним из наиболее перспективных шагов теоретического и прикладного толка можно считать формирование индивидуального страхового продукта, который через защиту имущественных интересов медицинских работников позволит компенсировать возможные потери и МО от рисков профессиональной ответственности. Конечными же бенефициарами такого подхода в любом случае будут пациенты.

Рассмотрим более подробно положительный эффект от введения подобного продукта для системы здравоохранения, страхового рынка и общества в целом (Рисунок 7). С точки зрения государства, страхование ответственности медработников позволит повысить доверие населения к системе здравоохранения в целом, тем самым снизив социальную напряженность в обществе. Развитие страховых отношений будет способствовать развитию экономики страны. Наибольший прямой эффект от индивидуального страхования ответственности работников получают МО, врачи и страховщики. У клиник появится возможность

экономить не только средства на оплату страховой премии, но и свои внебюджетные доходы, которые могут быть израсходованы на возмещение вреда пациентам. За счет сэкономленных средств МО смогут компенсировать другие виды ущерба, связанного с врачебной ошибкой – штрафы надзорных органов, затраты на оказание медицинских услуги (расходные материалы, медикаменты) и юридическую помощь. С другой стороны, негосударственные организации в целях привлечения в штат высококвалифицированных специалистов могут сами за свой счет приобретать полис страхования ответственности для своего врача. Это можно рассматривать как часть социального пакета при приеме на работу.



Рисунок 7. Социально-экономический эффект от введения индивидуального страхования ответственности медработников

Источник: составлено автором

С точки зрения самих врачей, преимущества полиса страхования индивидуальной ответственности будут заключаться непосредственно в страховой защите от рисков регресса работодателя, юридической помощи.

Досудебная выплата пострадавшему, как уже говорилось, будет способствовать освобождению от уголовной ответственности. Кроме того, наличие у медицинского работника индивидуального полиса, особенно, если он занимается частной практикой или устраивается на работу в медицинское учреждение с высокой репутацией, можно рассматривать как конкурентное преимущество.

Страховой рынок с введением индивидуального страхования медицинской ответственности получит новый источник страховых премий и приток новых страхователей – потенциальных клиентов по другим розничным страховым продуктам. Если же рассматривать эффект от внедрения предлагаемой системы страхования в масштабах всего российского общества, то он, по нашему мнению, будет заключаться в первую очередь в повышении качества медицинских услуг. Избавленные от психологического давления медицинские работники смогут более взвешенно подходить к принятию профессиональных решений, что, в конечном счете, скажется на росте качества жизни российского населения.

Следует подчеркнуть, что данная индивидуальная схема страхования не способна целиком заменить действующую «классическую» систему страхования профессиональной ответственности МО. В некоторых случаях определить вину конкретного врача бывает проблематично, кроме того законодательно установленный предел размера регрессного требования значительно сужает возможность взыскания клиникой своих убытков, если речь не идет об уголовной ответственности. В этом случае клинике также необходимо иметь полис страхования своей ответственности. Однако наличие дополнительного источника компенсации своих убытков в виде индивидуального полиса страхования ответственности своего врача позволяет снизить расходы на собственную страховую защиту. При одновременном заключении «общекорпоративного» и индивидуальных полисов в одной страховой компании и фактическом распределении рисков между участниками, страховщик способен предлагать льготные страховые тарифы.

Кроме того, внедрение индивидуального страхования может стать драйвером для страхования ответственности организаций. Внедрение

индивидуальной модели страхования медицинской ответственности способно гармонизовать существующую систему и подтолкнуть МО также к организации своей страховой защиты. В этой ситуации рассматривать индивидуальное страхование работников следует как один из необходимых элементов системы страховой защиты самих МО. Именно поэтому индивидуальная модель защиты от рисков профессиональной ответственности рассматривается в рамках данной работы.

Особую актуальность вопросу страхования ответственности работников, а не организаций, придает возможная перспектива введения в нашей стране персонального лицензирования, а значит и персональной ответственности медицинского персонала. В этом случае сам врач будет напрямую отвечать перед своими пациентами, что однозначно подтолкнет работников к страхованию своих интересов. Но такие кардинальные изменения могут значительно усугубить и без того негативные тенденции в обеспечении российского здравоохранения медицинскими кадрами. Поэтому введение системы персональной ответственности пока представляется перспективой отдаленного будущего.

Для того чтобы более четко понять общий порядок взаимоотношения сторон в случае врачебной ошибки и возможную роль страховой организации в этом процессе, рассмотрим общий алгоритм возмещения вреда и предъявления регресса (Рисунок Б.1 в Приложении Б). Стандартный порядок предполагает, что первоначально пострадавший предъявляет свои претензии к МО (стадия 1а на Рисунке Б.1), которая в судебном или досудебном добровольном порядке возмещает причиненный врачебной ошибкой вред жизни и здоровью пациента (стадия 1б). Если у медучреждения есть договор страхования своей ответственности, то возмещение выплачивает страховая компания (стадия 1в). При этом если страхового возмещения оказалось недостаточно, то сверх него причиненный вред возмещает сама клиника. Далее МО предъявляет к работнику в порядке регресса иск на сумму выплаченного вреда (стадия 2а). Работник в судебном или досудебном порядке возмещает причиненный ущерб (стадия 2б). При наличии индивидуального договора страхования своей ответственности

регрессные требования работодателя и юридические расходы самого врача возмещались бы страховщиком (стадия 2в). При этом первоначально при предъявлении претензии врачу, страховщик обеспечивал бы застрахованному предоставление юридической помощи – собственными силами или привлекая стороннюю партнерскую юридическую компанию. Для рядового врача оперативный поиск опытного юриста может стать серьезной проблемой, и включение такой опции в договор страхования должно быть необходимой сервисной составляющей.

Уголовный процесс, который проводится независимо от гражданского судопроизводства по той же врачебной ошибке, предусматривает возможность освобождения врача от уголовной ответственности в случае примирения сторон. Для этого требуется возместить пострадавшей стороне причиненный вред, фактически моральный вред. Сделать это медицинский работник может самостоятельно (стадия 3). Однако, если сумма большая, то средств работника может не хватить. В этом случае компенсацию морального вреда может осуществить страховая компания при наличии индивидуального полиса страхования (стадия 3а). Общая визуализация процесса урегулирования споров, связанных с причинением вреда пациентам в результате врачебной ошибкой, позволяет оценить пользу индивидуального страхового полиса врача. Такой страховой продукт следует рассматривать как эффективный инструмент защиты интересов как самого работника, так и его работодателей с пациентами.

Прежде, чем перейти к непосредственному определению условий полиса индивидуального страхования ответственности врача, следует более точно определить потребность медицинского сообщества в таком продукте. Для этого был проведен опрос медицинских специалистов в форме экспресс-анкетирования. Опрос проводился в период с января по апрель 2020 года среди 65 медицинских работников (врачей) в 13 субъектах РФ из 6 федеральных округов – в Санкт-Петербурге, Москве, Мурманской, Новосибирской, Ярославской, Кемеровской, Калининградской, Воронежской, Саратовской областях, Краснодарском и Приморском крае, республиках Карелия и Татарстан. Столь широкий

географический охват был необходим для получения более репрезентативных данных. В Таблице 11 представлено региональное распределение опрошенных. Опрошенное число врачей (65 человек) будет соответствовать доверительной вероятности 95% с учетом доверительной погрешности 12% при генеральной совокупности (численности медработников) в 3,6 млн человек и численности врачей в 737 тыс. человек [26, с. 114].

Таблица 11 – Распределение участников опроса по субъектам РФ

| Федеральный округ | Субъект РФ | Количество опрошенных, чел. |
|--------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Центральный ФО | г. Москва | 8 |
| | Ярославская область | 6 |
| | Воронежская область | 5 |
| Северо-Западный ФО | г. Санкт-Петербург | 8 |
| | Калининградская область | 4 |
| | Мурманская область | 4 |
| | Республика Карелия | 3 |
| Сибирский ФО | Новосибирская область | 5 |
| | Кемеровская область | 5 |
| Приволжский ФО | Саратовская область | 5 |
| | Республика Татарстан | 4 |
| Южный ФО | Краснодарский край | 4 |
| Дальневосточный ФО | Приморский край | 4 |
| ИТОГО: | | 65 |

Источник: составлено автором

Распределение опрошенных по специальностям представлено в Таблице 12. Медицинские специалисты разных специальностей несут разный риск причинения вреда пациентам. Очевидно, что наибольшую опасность таят в себе инвазивные процедуры, т.е. различные проникновения в организм пациента – операции, инъекции, забор биологического материала. Учитывая это, в ходе данного исследования все медицинские специальности были условно разделены на 3 группы по степени риска, принятых при тарификации ответственности медицинских организаций и с учетом анализа судебной практики:

1 группа (максимальный риск) – перинатальная медицина, пластическая хирургия;

2 группа (высокий риск) – прочая хирургия, травматология, анестезиология, стоматология, эндоскопия, реаниматология;

3 группа (умеренный риск) – остальные специальности.

Можно предположить, что представители специальностей с максимальным риском более четко представляют грозящую им опасность, что в целом и подтвердили полученные результаты. Поэтому наибольший интерес вызывало отношение к перспективе индивидуального страхования представителей 2 и 3 группы риска. Стоит отметить, что среди опрошенных был только один частнопрактикующий врач.

Таблица 12 – Распределение участников опроса по специальностям

| Группа | Специальность | Количество опрошенных, чел. |
|-------------------|---|-----------------------------|
| Максимальный риск | Перинатальная медицина (акушеры-гинекологи) | 10 |
| | Пластические хирурги | 5 |
| | ВСЕГО: | 15 |
| Высокий риск | Стоматологи | 10 |
| | Прочие хирурги | 6 |
| | Травматологи | 5 |
| | Анестезиологи-реаниматологи | 5 |
| | ВСЕГО: | 26 |
| Умеренный риск | Терапевты | 7 |
| | Оториноларингологи | 4 |
| | Урологи | 4 |
| | Офтальмологи | 3 |
| | Онкологи | 3 |
| | Дерматологи-венерологи | 2 |
| | Аллергологи | 1 |
| ВСЕГО: | 24 | |
| ИТОГО: | | 65 |

Источник: составлено автором

Опрос проводился в виде ответов на вопросы открытой анкеты (Приложение Г). В большинстве вопросов, в подавляющем числе случаев предполагались ответы «Да/Нет». На Рисунке 8 представлены обработанные результаты ответов относительно стажа медицинской деятельности и числа работодателей каждого врача. Как видим, преимущественное число опрошенных специалистов имеет средний стаж профессиональной деятельности 10-30 лет. Это

отчасти подтверждает официальные статистические данные о среднем возрасте работников здравоохранения. Если перевести стаж деятельности в показатель возраста врача, прибавив около 23-24 лет, то получится средний возраст опрошенного в районе 40-45 лет. Согласно же данным Росстата эта возрастная группа составляет примерно 14% от общего числа работников здравоохранения – практически самую большую долю. Анализ числа работодателей опрошенных респондентов показывает, что значительная часть специалистов трудоустроена в 2-3 организациях. Как правило, это одна государственная организация и 1-2 частных клиники. Это может свидетельствовать о недостаточном уровне заработных плат российских врачей, что подталкивает их к поиску дополнительного источника дохода в виде подработки в коммерческих медицинских компаниях.

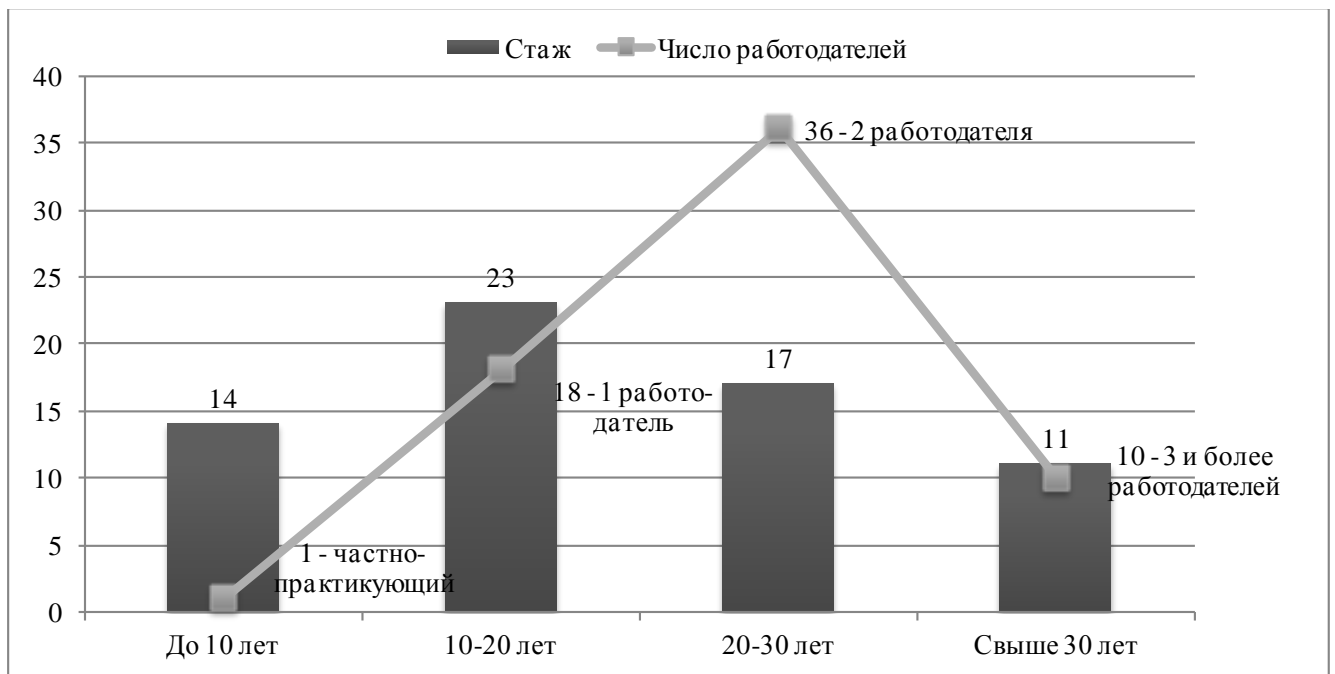


Рисунок 8. Распределение участников опроса по стажу и числу работодателей

Источник: составлено автором

Далее рассмотрим полученные результаты о статистике предъявления исков к их клиникам со стороны пациентов, опыте страхования ответственности и осведомленности медицинских работников о возможности взыскания убытков в

порядке регресса (Рисунок 9). Из представленных результатов можно сделать вывод, что подавляющее большинство опрошенных отмечает возросшую вероятность предъявления пациентами исков о возмещении вреда. Кроме того, значительная часть респондентов сообщает, что к организациям, где они работают, ранее пациентами уже предъявлялись судебные иски. Однако лишь 11 опрошенных (17%) сообщили, что в их организациях работодатель в дальнейшем в судебном или досудебном порядке взыскал средства с работника. В целом чуть меньше половины респондентов знают о возможности предъявления подобных регрессных требований.

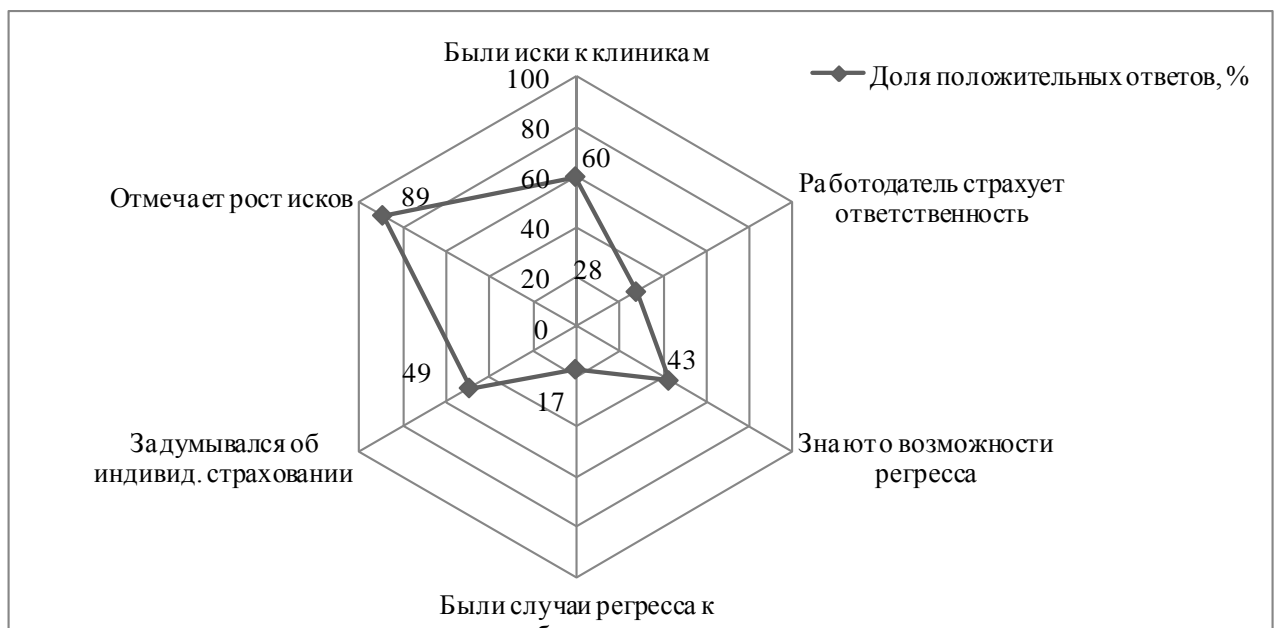


Рисунок 9. Распределение участников опроса по осведомленности о возможных регрессных требованиях

Источник: составлено автором

Стоит отметить, что, согласно результатам опроса, примерно четверть работодателей, по информации работников, страхуют свою профессиональную ответственность. Среди самих врачей, лишь половина задумывалась о страховании собственных профессиональных рисков. Наиболее частой причиной отказа от страхования назывался недостаток информации о существующих

страховых продуктах в этой области или отсутствие уверенности в работоспособности подобной страховой защиты.

Значительный интерес для предмета исследования представляют ответы медицинских работников относительно справедливой, по их мнению, стоимости индивидуального полиса страхования ответственности. Для большей наглядности стоит представить эти данные в разрезе каждой группы риска (Рисунок 10). В этом случае можно отметить, что представители более рискованной группы специальностей готовы платить более высокую сумму за страховую защиту своих профессиональных интересов (встречались даже суммы, превышающие 50 000 руб.). Одновременно с этим специалисты менее рискованных профессий не готовы платить за страховой полис высокую премию, чаще всего ограничиваясь суммой в 5 000 руб.

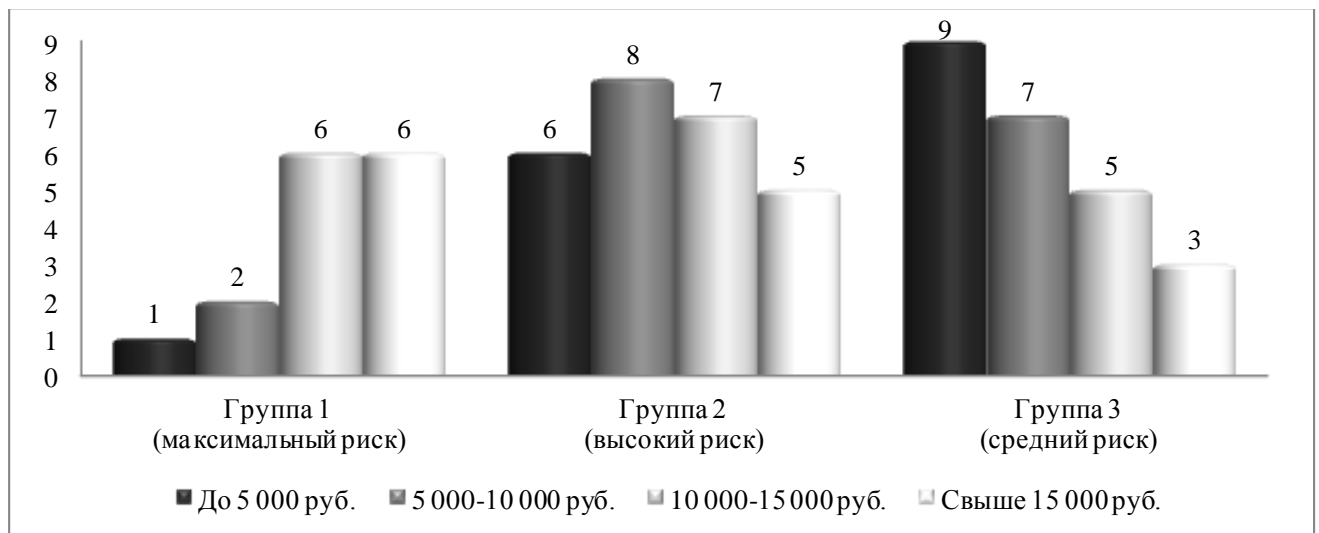


Рисунок 10. Распределение ответов о стоимости страхования

Источник: составлено автором

В целом средняя сумма справедливой, по мнению медиков, премии за страхование ответственности составляет: для группы максимального риска – около 18 000 руб., для группы высокого риска – 13 000 руб., для группы среднего риска – 11 000 руб. Следует учитывать, что значительная доля опрошенных респондентов представляла наиболее развитые регионы страны с наиболее

высоким средним доходом в медицине – Москву и Санкт-Петербург (совокупно – 24% респондентов). Логично предположить, что покупательная способность врачей из этих городов несколько выше, чем у большинства специалистов остальной страны. К сожалению, приходится констатировать, что подобны диспропорции оказывают влияние и на развитие региональных страховых рынков. Как отмечает Ю. А. Тарасова, концентрация капиталов в двух российских столицах ведет, а также сосредоточение производственных, финансовых и правовых институтов приводит к тому, что Москва и Санкт-Петербург являются наиболее экономически развитыми регионами в России, поэтому и такие страховые показатели как среднегодовая страховая премия на душу населения у них выше [85, с. 42]. С другой стороны, как видно из отечественного опыта страхования рисков медицинской ответственности, самоорганизованный региональный рынок может сформировать предложение в ответ на запрос общества в страховой защите. Примером этому служат коллективные формы страхования в Новосибирске, Тюмени, Омске. Г. В. Чернова, В. Г. Халин и Л. В. Пропокьева при оценке эффективности регионального страхового рынка рассматривают убыточность страховых операций.

По расчетам авторов показатели Сибирского (40,08%) и Уральского (43,35%) федеральных округов практически соответствуют этим же показателям наиболее развитых Северо-Западного федерального округа (39,08%) с Санкт-Петербургом и Центральному федеральному округу (37,39%) с Москвой [106, с. 50]. Это говорит о том, что несмотря на общую разницу в уровне экономического развития, в отдельных направлениях региональная повестка может несколько опережать столичный опыт. Тем не менее, чтобы снизить риск получения завышенных оценок, рассмотрим результаты ответов о стоимости страхования без учета московских и петербургских врачей (Рисунок 11). В этом случае средний размер премии для каждой из категорий медиков стал ниже: для группы максимального риска – 16 000 руб., для группы высокого риска – 12 500 руб., для группы среднего риска – 10 238 руб. Эти данные в дальнейшем и будут использованы как ориентир при расчете страховой премии по разрабатываемому

продукт, чтобы соблюсти требования доступности и справедливости цены страхования с точки зрения медицинского сообщества. Также для соблюдения этих требований при построении тарификационной системы необходимо учитывать местожительство медицинского работника.

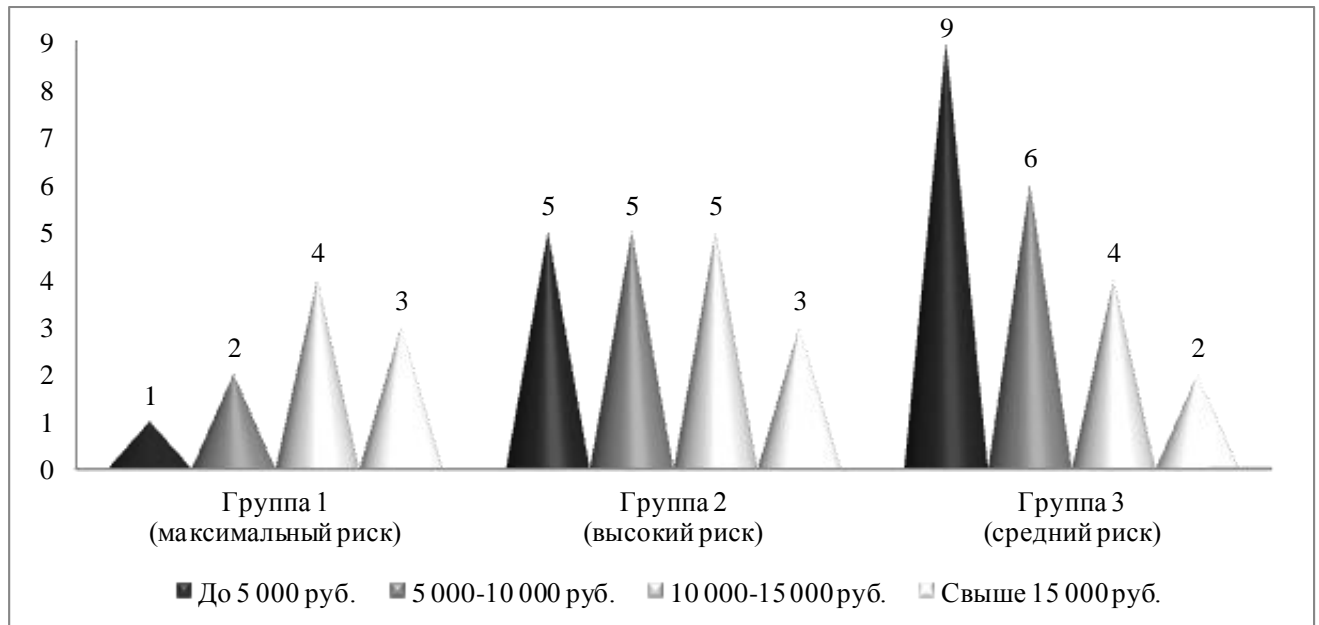


Рисунок 11. Распределение ответов о стоимости страхования без учета Москвы и Санкт-Петербурга

Источник: составлено автором

В ходе исследования вопрос о возможности получения дополнительного дохода за счет продажи полисов своим коллегам-врачам не нашел положительного отклика среди респондентов. Лишь 4 опрошенных (6%) заявили, что готовы рассматривать возможность распространения индивидуальных полисов страхования среди своих коллег, получая от этого дополнительных доход в виде комиссионного вознаграждения. Ответы о порядке оплаты полиса распределились примерно поровну: 52% за единовременную оплату и 48% - за ежемесячную. Единовременная оплата потенциально могла бы снизить размер страховой премии, в то же время ежемесячный порядок оплаты позволяет отчасти снизить финансовую нагрузку.

В качестве завершения обоснования модели индивидуального страхования профессиональной медицинской ответственности и ее характеристик можно отметить следующие полученные результаты:

– **выявлено**, что в отечественной научной литературе **отсутствуют заметные теоретические и практические исследования возможности защиты имущественных интересов МО посредством страхования риска предъявления регрессных требований к работнику**;

– в этой ситуации для более детального определения перспектив использования страховых инструментов был **проведен анализ отечественного трудового и гражданского законодательства**, в ходе которого рассмотрено право работодателя взыскать со своего работника ущерб, причиненный его действиями. Размер возмещения ограничен одной месячной заработной платой работника, однако в случае привлечения к полной материальной ответственности, с работника можно взыскать всю сумму, выплаченную пациенту. **Выявлена тенденция к росту числа взысканий медицинскими организациями со своих врачей причиненного ими ущерба пациентам, при чем как в ограниченном, так и в полном размере**;

– **обобщение судебной практики за последние годы позволяет констатировать ужесточение уголовной ответственности в связи с врачебными ошибками** – рост жалоб и уголовных дел, создание специализированных уголовных норм и подразделений в правоохранительных органах. Это приводит к увеличению вероятности привлечения врача к уголовной ответственности, а, значит, и к возможности предъявления регрессных требований в рамках полной материальной ответственности;

– **установлено, что полис индивидуального страхования профессиональной ответственности врача позволяет посредством защиты интересов самого медицинского работника, обеспечить страховым покрытием риски пациентов и медучреждений**, а кроме того несет положительный социальный эффект для государства, страхового рынка и

общества в целом. Далее следует определить основные условия такого страхового продукта, способного соответствовать всем стоящим перед ним задачам;

– для определения заинтересованности и потребности медицинского сообщества в индивидуальном страховании **проведено экспресс-анкетирование**, результаты которого показали, что далеко не все российские медики знают о возможности работодателя привлечь их к материальной ответственности за вред пациентам, однако большинство отмечает усиливающееся давление на медицинскую деятельность со стороны пациентов и правоохранительных органов.

Предложение индивидуальной страховой защиты нашло позитивный отклик среди опрошенных врачей, многие из которых работают в нескольких МО, что делает вопрос страховой защиты для них особенно актуальным. Справедливой ценой страхования своей ответственности большинство врачей считают сумму в 10 000 – 18 000 руб. в зависимости от специализации и региона проживания.

3.2. Методика оценки вреда жизни для целей определения страховых сумм

В случае внедрения единой системы оценки расчета вреда человеческой жизни отдельно стоит рассмотреть позитивное воздействие, которое она способна оказать на многие сферы общественно-экономических отношений, например, такие как:

– формирование единого стандарта оценки стоимости жизни российского человека как ведущего индикатора социально-экономического развития, позволяющего сравнить показатели различных регионов страны между собой на различных временных этапах;

– повышение качества жизни граждан и рост социальной защищенности;

– унификация работы судебной системы в части расчета суммы выплаты компенсации пострадавшему физическому лицу;

– расчет суммы страхового возмещения в отдельных видах страхования для целей обеспечения защиты населения (личное страхование, страхование ответственности, социальное страхование);

– формирование единой системы государственных компенсаций пострадавшим от чрезвычайных ситуаций, катастроф и террористических актов.

Стоимость человеческой жизни должна иметь денежное выражение и быть справедливой с точки зрения всех сторон. Заниженная оценка будет означать сохранение текущей ситуации. Завышенная сумма компенсации может стать чрезмерной нагрузкой на виновную сторону. Если говорить о МО, как о потенциальных источниках случайного вреда пациентам, то чрезмерно высокий размер компенсаций может ускорить регресс системы здравоохранения. Поэтому к вопросу определения стоимости человеческой жизни необходимо подходить тщательно и осторожно. В целом, для того чтобы система расчета компенсации за вред человеческой жизни носила прикладной характер, по нашему мнению, необходимо чтобы она отвечала следующим требованиям:

- объективный и стандартизированный порядок расчета;
- достаточный и справедливый размер компенсации;
- денежное выражение причиненного вреда;
- периодическая индексация сумм в зависимости от экономической ситуации;
- принятие во внимание характеристик и благосостояния конкретного гражданина.

По многим обязательным видам страхования ответственности и личного страхования в качестве суммы возмещения за одного пострадавшего законодательно установлена сумма 2 млн руб. (Таблица В.2 в Приложении В). Лимит ответственности страховщиков за вред жизни и здоровью в рамках ОСАГО, как самого массового вида страхования, ограничен суммой всего 500 тыс. руб. на каждого потерпевшего. При этом указанные суммы компенсаций в рамках обязательных видов страхования, как правило, не подкреплены прозрачным и обоснованным расчетом суммы возмещения. При доказанной недостаточности суммы страхового возмещения в рамках российского гражданского права разница между страховым возмещением и реальной величиной полученного вреда может быть взыскана с виновника вреда. Но для

пострадавшего обременение в виде необходимости доказывания величины вреда может потребовать значительных ресурсов и реализовать свое право возможно лишь путем обращения в судебные органы.

Существующая в нашей стране система обязательного личного страхования отдельных государственных служащих предусматривает иной подход к определению сумм компенсаций. В качестве базовой ставки для расчета используется доход служащего за 180-месячный период (15 лет), что в денежном выражении составляет в среднем 5-10 млн руб. Такой порядок несет в себе признак явного социального неравенства и противоречит требованиям справедливости при формировании системы расчета вреда человеческой жизни.

Наиболее последовательным и логичным шагом со стороны государства было бы законодательное закрепление общего алгоритма оценки вреда человеческой жизни. За основу можно было бы использовать указанный выше порядок расчета компенсации при страховании государственных служащих, а именно установление базовой ставки в размере 180-кратного размера средней номинальной заработной платы в регионе, умножаемый на поправочные коэффициенты в зависимости от семейного положения, уровня ежемесячного дохода, возраста и наличия образования.

Базовая величина в виде 180-кратной месячной заработной платы в регионе фактически означает средний уровень дохода за 15 лет. При этом чем человек моложе, тем более высокий коэффициент будет применяться. Так для детей и лиц студенческого возраста, которые, как правило, еще не ведут активной трудовой деятельности, а занимаются образованием, коэффициент составит 2,0. Это объясняется тем, что, находясь в начале жизненного пути, они представляют наиболее перспективную группу населения с точки зрения будущих общественно-экономических отношений, в то же время, не имея еще существенных доходов. Таким образом, в случае смерти в более раннем возрасте «непрожитый» отрезок жизни будет компенсироваться повышенной суммой возмещения. В то же время у лиц пенсионного возраста этот коэффициент будет равен 1,0. Постепенное взросление будет означать снижение коэффициента возраста, который будет

компенсироваться коэффициентом семейного положения и уровня доходов (Таблица 13).

Таблица 13 – Модель расчета стоимости человеческой жизни в России для компенсации вреда жизни и здоровью

| | | |
|---|--|---------|
| Базовая величина | 180-кратный размер средней номинальной заработной платы в регионе | |
| Поправочные коэффициенты | | |
| Возраст | До 25 лет | 2,0 |
| | От 26 до 60 (65) лет | 1,5 |
| | Пенсионный возраст | 1,0 |
| Семейное положение | Не женат/не замужем | 1,0 |
| | Женат/замужем (без детей) | 1,25 |
| | Женат/замужем (с детьми) | 1,5 |
| Уровень ежемесячного дохода | Ниже или равна средней номинальной заработной платы в регионе | 1,0 |
| | Выше средней номинальной заработной платы в регионе, но не более, чем в 2 раза | 1,25 |
| | Выше средней номинальной заработной платы в регионе, но не более, чем в 2 раза | 1,5 |
| Образование | Среднее, среднее профессиональное или высшее образование | 1,0 |
| | Несколько высших образований, научная степень | 1,25 |
| Причинение вреда здоровью | | |
| Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) | I группа | 1,0 |
| | II группа | 0,8 |
| | III группа | 0,5 |
| Временная утрата трудоспособности | Травма, увечье и т. д. | 0,1-0,5 |

Источник: составлено автором

В предложенной методике наличие детей будет рассматриваться как фактор увеличения стоимости жизни, поскольку это можно рассматривать как определенный экономический вклад в будущее страны. Кроме того, в случае гибели родителя, будущее его детей должно быть защищено, и компенсация, рассчитанная данным методом, фактически заменяет расходы по утрате кормилица. Дополнительно можно рассматривать введение коэффициента в зависимости от количества детей.

Коэффициент уровня доходов будет отражать не только уровень утраченного заработка, но и экономический вклад конкретного человека в

создание общественного продукта. Еще одним коэффициентом предлагается сделать коэффициент образования. Если гражданин занимается активной научной деятельностью, имеет научную степень, это также можно рассматривать как вклад в общественно-экономические отношения. В случае причинения вреда здоровью предусмотрено применение коэффициентов в зависимости от тяжести травмы.

Безусловно, конкретные значения предложенных коэффициентов и сама базовая ставка должны стать предметом дискуссий на государственном уровне, получить более надежное экономическое обоснование с привлечением обширных статистических данных. Перечень коэффициентов может дополняться другими показателями, сама ставка может определяться иным способом. Важно то, что предложенная модель соответствует всем установленным ранее требованиям – формализованный порядок расчета, учитывающий характеристика конкретного индивида, справедливый и единообразный размер компенсации, выраженный в денежном эквиваленте. Базовая ставка будет ежегодно индексироваться в зависимости от средней заработной платы в регионе. Если рассчитать по данной методике стоимость жизни среднестатистического жителя России в 2021 году (35 лет, женат, один ребенок, доход равен средней заработной плате, высшее образование), то получается сумма 22,9 млн руб., что практически укладывается в диапазон 25-40 млн руб., полученный ранее в рамках анализа различных научных подходов. Это косвенно подтверждает применимость методики и отсутствие кардинальных противоречий с другими подходами. Применительно к страхованию данная методика позволяет рассчитывать размер страховых сумм для защиты от рисков ответственности. Понимание максимальной величины убытка позволит не только упростить процесс расчета страхового тарифа, но и гарантировать достаточный объем страхового возмещения.

Следует также обратить внимание на реальные примеры компенсаций, взыскиваемые российскими судами в своей практике. Как уже говорилось, в нашей стране отсутствует систематизированная открытая судебная статистика дел по возмещению вреда жизни и здоровью. Поэтому какую-либо существенную информацию можно получить, по сути, лишь из средств массовой информации,

где озвучиваются наиболее резонансные дела. Так, по одному из наиболее громких трагических событий последних лет – гибели детей на карельском Сямозере в 2016 году, совокупная сумма компенсации за гибель одного ребенка составила менее 1,5 млн руб. Основную ее часть составила выплата из бюджета в качестве материальной помощи (1 млн руб.) и взысканное возмещение с Суоярвской центральной районной больницы (300 тыс. руб.). Указанная компенсация, как видим, получилась значительно ниже сумм, установленных по некоторым обязательным видам страхования (например, за гибель человека на транспорте в рамках обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика сумма компенсации составляет 2 млн руб.).

В Таблице 14 представлены крупнейшие суммы компенсаций, взысканных российскими судами с причинителей вреда.

Таблица 14 – Самые крупные компенсации за причинение вреда жизни и здоровью одного человека

| Год | Выплатившая сторона | Событие | Сумма компенсации |
|------|--|--|-------------------|
| 2015 | Сахалинская областная больница | Инвалидность 18-летнего пациента при операции на носовой перегородке | 17 000 000 руб. |
| 2014 | Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Павлова | Тяжкий вред здоровью ребенку при родах с последующей смертью, вред здоровью роженицы | 15 000 000 руб. |
| 2016 | Московский областной перинатальный центр | Заражение ребенка ВИЧ и гепатитом С | 10 000 000 руб. |
| 2014 | Офтальмологическая клиника г. Новосибирска | Потеря зрения в результате врачебной ошибки | 8 100 000 руб. |
| 2017 | Клиника эстетической медицины «Дюна» г. Новосибирска | Тяжкий вред здоровью пациента в результате ошибки анестезиолога | 7 300 000 руб. |
| 2011 | Медицинский центр «Авиценна» г. Новосибирска | Смерть ребенка при родах | 7 000 000 руб. |
| 2017 | Городская клиническая больница №25 г. Новосибирска | Смерть роженицы | 5 750 000 руб. |
| 2016 | Преображенская клиника г. Екатеринбурга | Заражение ВИЧ трех пациенток | 5 000 000 руб. |
| 2016 | Родильный дом №16 г. Санкт-Петербурга | Тяжкий вред здоровью ребенка при родах | 5 000 000 руб. |
| 2014 | Санкт-Петербургский Родильный дом №6 им. Снегирева | Смерть роженицы | 5 000 000 руб. |
| 2012 | Санкт-Петербургский Родильный дом №6 им. Снегирева | Тяжкий вред здоровью ребенка при родах | 5 000 000 руб. |
| 2017 | Клиника «Месгард» г. Ульяновска | Смерть пациента в результате ошибки анестезиолога | 4 700 000 руб. |
| 2015 | Городская клиническая больницы №25 и Городская поликлиники №17 г. Новосибирска | Тяжкий вред здоровью пациента в результате ошибочного диагноза | 4 650 000 руб. |

| Год | Выплатившая сторона | Событие | Сумма компенсации |
|------|--|---|---|
| 2010 | Родильный дом №18 г. Санкт-Петербурга | Тяжкий вред здоровью ребенка при родах | 4 000 000 руб. |
| 2016 | Областная клиническая больница №1 г. Тюмени | Смерть ребенка в результате ошибочного диагноза | 3 700 000 руб. |
| 2014 | Клиническая городская больница №1 г. Сургута | Смерть ребенка в результате ошибочного диагноза | 3 500 000 руб. |
| 2016 | Родильный дом №9 г. Санкт-Петербурга | Смерть роженицы | 3 300 000 руб. + пенсия по потере кормильца двум детям по 30 000 руб./месяц |

Источник: составлено автором

Показательно, что основная масса компенсаций приходится на МО, среди которых выделяются перинатальные центры и родильные дома. Лишь в некоторых случаях сумма возмещения превышает 7-10 млн руб., при чем основная доля компенсации составляет моральный вред. В результате в условиях тотального дефицита государственного финансирования МО вместо того, чтобы самостоятельно тратить заработанные внебюджетные средства на повышение квалификации своих специалистов или модернизацию основных фондов, им приходится оплачивать ошибки собственных сотрудников.

Моральный вред, который составляет значительную часть компенсации, но по своей сути представляет собой возмещение пострадавшему нравственных страданий. Это не совсем корректно с экономической точки зрения, т. к. приводит к тому, что вред человеческой жизни на основании экономических величин подменяется компенсацией моральных страданий. И стоимость таких страданий чаще всего оказывается выше цены упущенных экономических возможностей человека. В этой связи, ряд автором предлагает на законодательном уровне закрепить понятие «органического вреда», который должен рассматриваться без привязки к моральному вреду, как прямой вред жизни и здоровью человека [19]. В этом случае основную долю возмещения пострадавшему будет составлять именно органический вред, а компенсация морального вреда носить чисто символический характер. Такой подход представляется оптимальным. С экономической точки зрения первоочередной вред жизни и здоровью проявляется

в утраченной человеком возможности реализовать свой потенциал для обеспечения себе и своей семье достойного уровня жизни. Особенно ярко это проявляется в случае гибели детей, которые являются потенциальным источником поддержки для своих родителей в будущем. Утрата ребенка для человека означает риск остаться в старости беззащитным, а для государства – потеря будущего источника налоговых поступлений и недополученный человеческий капитал. От активной роли государства в этом вопросе зависит уровень защищенности граждан и стабильность экономического роста.

Описанные ранее случаи лишь подтверждают особую важность рисков профессиональной ответственности в медицинской деятельности. Случаи взыскания крупных компенсаций пока единичны, размер возмещений отличается в зависимости от региона и носит разобщенный характер. Несмотря на это, тенденция увеличения взыскиваемых сумм компенсаций налицо. По данным А. В. Владимировой, суды по-прежнему редко удовлетворяют требования пострадавших лиц о взыскании морального вреда в полном объеме, но сумма, на которую снижают заявленные требования, постепенно уменьшается [10, с. 108]. Это приводит к тому, что тяжесть последствий наступления профессиональной ответственности, создает значительную проблему для российской медицины. В то же время описанные случаи компенсаций, даже самых больших, вполне укладываются в размер стоимости вреда жизни и здоровью, рассчитываемого в соответствии с предлагаемой методикой оценки. Это лишний раз подчеркивает жизнеспособность данной методики.

В процессе исследования вопроса относительно формирования единого подхода к оценке вреда человеческой жизни для целей определения страховых сумм были получены следующие наиболее важные результаты:

– **определены** основные преимущества введения единой системы оценки вреда жизни. Применительно к вопросу страхования профессиональной медицинской ответственности такая система позволила бы упростить определение страховой суммы;

- **сформулированы** основные требования к методике оценки вреда человеческой жизни для целей определения размера причиненного вреда;
- для соблюдения единообразия при возмещении вреда **предложена модель оценки компенсации за вред человеческой жизни**, предусматривающая базовую ставку, привязанную к средней заработной плате в регионе, и поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, семейного положения, образования, уровня дохода;
- **рассмотрены** наиболее крупные судебные компенсации, присужденные российским пациентам. Можно констатировать, что суммы таких компенсаций постепенно увеличиваются, но даже максимальные на данный момент суммы вписываются в размеры вреда, рассчитанного с помощью разработанной методики.

3.3. Основные характеристики страхового продукта индивидуального страхования профессиональной ответственности медработников

Полученные результаты позволяют определить основные параметры индивидуального страхового продукта. Как было установлено ранее, именно врачи (высший медицинский персонал) несут основной риск причинения вреда пациентам. Тем не менее, они составляют примерно пятую часть от общей численности медицинских работников [26, с. 114]. Возможность приобрести полис индивидуальной страховой защиты должна быть у любого медицинского специалиста. При этом страхователь будет выступать и лицом, риск ответственности которого будет застрахован. Отсюда страхователем будет являться физическое лицо, соответствующее следующим требованиям:

- имеющее медицинское образование;
- работающее по трудовому договору, договору гражданско-правового характера или ведущее частную медицинскую практику в установленном законом порядке;

– имеющее действующий сертификат специалиста или действующее свидетельство об аккредитации специалиста.

Немаловажным вопросом при внедрении нового страхового продукта является обеспечение доступа к нему потенциальных страхователей. Удобство и простота оформления страхового полиса позволит привлечь максимальное число медицинских работников. Для этого необходимо уточнить наиболее вероятные каналы продаж рассматриваемого страхового продукта. В последние годы фактором активного роста некоторых видов страхования является развитие цифровых технологий. Г. В. Чернова, М. С. Марамыгин и Л. Г. Решетникова отмечают, что предпосылки успешной цифровизации финансовых услуг включая страхование «создает специфика самой финансовой услуги – ее неосязаемость, которая проявляется в безличном и бездокументарном характере большинства операций и инструментов финансового рынка» [105, с. 78]. Онлайн-продажи посредством сайта или мобильного приложения страховой компании, интернет-агрегатора страховых услуг позволяют страховщикам наращивать страховой портфель в розничном страховании - выезжающих зарубеж, электронном ОСАГО, страховании от несчастного случая. Такой подходит помимо прочего позволяет страховой организации снизить издержки на заключение договора в виде агентской комиссии и расходов на документооборот. Ю. А. Тарасова прогнозирует дальнейший рост интернет-продаж страховых услуг и отмечает, что онлайн-страхование позволит отечественному страховому рынку выйти на новый уровень – страхователи получают удобную возможность проведения онлайн-операций, а страховщики смогут увеличить объемы продаж [87, с. 43]. Учитывая, что медицинские работники имеют высокую рабочую нагрузку, онлайн-покупка полиса для экономии времени может иметь для них важное значение.

Ускорение цифровой трансформации рынка страховых услуг помимо прочего связано с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. В условиях ограничений на передвижение страховой рынок, как и финансовый рынок в целом, был вынужден адаптироваться к новым реалиям чтобы обеспечить доступность своих услуг российскому населению. В результате выросли

дистанционные продажи страховых продуктов, страховщики предложили специализированные полисы личного страхования на случай заболевания коронавирусом или от последствий перенесенной инфекции. Многие страховые компании запустили онлайн-урегулирование убытков с отказом от бумажных документов, что значительно упростило документооборот с клиентом.

Одной из причин активного развития цифрового страхования можно считать вступление в трудоспособный возраст все большего числа молодых людей, для которых интернет-технологии составляют неотъемлемую часть жизни. По мнению Ж. В. Писаренко одним из «окон возможностей», которые несет в себе пандемия коронавируса помимо самой цифровизации страхования, является развитие страхового бизнеса за счет «новой волны молодых и технологически ориентированных потребителей» [66, с. 168]. Учитывая, что около 36% общей численности работников российского здравоохранения составляют люди в возрасте до 40 лет [26, с. 113], можно предположить значительную востребованность полисов индивидуального страхования медицинской ответственности в цифровых каналах продаж.

Таким образом, наиболее вероятными каналами для реализации полисов индивидуального страхования следует рассматривать:

- онлайн-продажи через сайт или мобильное приложение страховщика или страховой интернет-агрегатор;
- партнерские продажи через банки, медицинские объединения, поставщиков медицинского оборудования, образовательные организации и т.д.;
- прямые продажи в офисах страховщика;
- агенты и страховые брокеры.

В данной работе рассматривается модель коммерческого страхования, где в качестве страховщика выступают страховые организации, получившие в установленном порядке лицензию на добровольное имущественно страхование. Но страхование индивидуальных рисков медицинских работников возможно и на базе взаимного страхования. Однако для его эффективного функционирования

необходимы законодательные изменения. При взаимном страховании значительные отличия будут лишь в расчете страховой премии.

Объектом страхования гражданской ответственности в соответствии с Законом РФ № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» должен являться риск наступления ответственности страхователя за причинение вреда гражданам или юридическим лицам. Но, как было установлено ранее, медицинским работникам и организациям предъявляется значительное число исков и претензий, многие из которых впоследствии признаются необоснованными и отклоняются судами. Тем не менее, работники несут определенные юридические расходы, связанные с предъявляемыми требованиями. В случае предъявления иска им приходится спешно заключать договор на оказание юридических услуг. Следовательно, для обеспечения максимальной защиты интересов необходимо, что страховое покрытие включало возмещение таких юридических расходов, а в идеале – страховщик при поступлении претензии врачу должен сам обеспечить ему срочную юридическую помощь со стороны организации, с которой у него заключен договор о сотрудничестве.

Вопрос определения страхового риска и страхового случая в страховании ответственности медицинских работников является во многом определяющим. В соответствии со статьей 208 Гражданского кодекса РФ (далее – «ГК РФ») на требования о возмещении вреда жизни и здоровью не распространяется исковая давность. Т. е. за причиненный в результате врачебной ошибки вред пострадавший может предъявить претензию спустя много лет. Общепринятой практикой при страховании ответственности российских медицинских организаций, упомянутой в параграфе 2.3, является страхование на базе заявленной претензии (claims-made policy). Очевидно, что использование заявленной претензии в качестве триггера, т. е. события, активизирующего страховую защиту [108, с. 73], не позволяет страхователям чувствовать себя в безопасности. Пострадавшие пациенты, как правило, подают иск в суд спустя один, два или даже три года после совершения врачебной ошибки и

соответственно причинения вреда. Это время необходимо им для восстановления здоровья, подготовки юридических документов и т. д. В результате, на момент получения претензии договор страхования, который был на момент совершения ошибки, уже не действует, и выплата по нему не может быть произведена.

Выходом из этой ситуации следует считать заключение договоров на базе покрытия события (Occurrence Policy), т.е. покрытие причиненного вреда независимо от даты подачи претензии [108, с. 75]. В этом случае триггером будет выступать момент совершения ошибки. Но по договорам страхования ответственности срок исковой давности составляет три года (статья 966 ГК РФ), а значит срок ответственности страховщика в любом случае не сможет превысить три года с даты окончания договора страхования. С точки зрения потенциальных страхователей именно покрытие на базе события в совокупности с ретроактивным периодом будет более соответствовать интересам медицинского сообщества, т.к. позволит им гарантировать защиту независимо от срока заявления претензии. С точки зрения страховщика такая модель менее желательна, но, по нашему мнению, возможный увеличенный срок ответственности страховщика может быть компенсирован за счет увеличения страховой премии. Кроме того, как показывает практика судебного регулирования страховых случаев по страхованию ответственности, российские суды, не обладая глубокими знаниями в области основ страхования, не делают различий между описанными выше системами страхования. Принимая во внимание трехлетний срок исковой давности, они подменяют им срок покрытия претензий, что обесценивает российскую практику страхования на базе предъявления претензии.

Таким образом, страховым риском будет являться наступление ответственности страхователя (медицинского работника) за вред пациентам или убытки работодателю, а также возникновение юридических расходов (Таблица Д.3 в Приложении Д). Страховым случаем будет выступать совершившееся событие, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату Выгодоприобретателю или Страхователю. Выгодоприобретателями будут являться физические лица, жизни или здоровью

которых причинен вред, включая их родственников в случае смерти пациента, а также работодатели Страхователя (МО или индивидуальный предприниматель) и сам страхователь в части непредвиденных юридических расходов.

Расчет страхового тарифа российскими страховыми организациями осуществляется в соответствии с «Методиками расчета тарифных ставок по рисковому виду страхования», утвержденными 08 июля 1993 г. Федеральной службы РФ по надзору за страховой деятельностью (далее – «Росстрахнадзор»). Данные методики используются для расчета тарифных ставок для видов страхования, не предусматривающих выплату страховщиком страховой суммы по окончании срока действия договора страхования и не связанных с накоплением страховой суммы. Для расчета ставки страхового тарифа по индивидуальному страхованию ответственности врача будем руководствоваться Методикой 1 поскольку разрабатываемый страховой продукт является новым для рынка и имеющаяся страховая статистика по страхованию ответственности МО тут малоприменима.

Первым этапом расчета страхового тарифа согласно указанной выше методике является расчет вероятности наступления страхового случая по одному договору страхования (q), средняя страховая сумма по одному договору страхования (S) и средний размер возмещения по одному договору страхования при наступлении страхового случая (S_b). Методика Росстрахнадзора предполагает расчет величин q , S и S_b на основании данных о количестве заключенных договоров и количестве страховых случаев. Но в случае заключения договоров страхования по новым видам рисков и при отсутствии фактических данных о страховании таких рисков, допускается оценка величины q на основе экспертных оценок. В качестве экспертных оценок для расчета страхового тарифа в данной диссертации будут использоваться данные АО «АльфаСтрахование» по страхованию профессиональной ответственности медицинских организаций.

Логично предположить, что медицинские работники разных специальностей несут разный риск ответственности. Причем у них будет отличаться как вероятность наступления ответственности (врачебной ошибки),

так и тяжесть последствий такой ошибки. Поэтому страховые тарифы будут рассчитаны отдельно для трех категорий врачей исходя из степени риска и на несколько страховых сумм, который и будут являться величиной S . Тем не менее, данная модель может быть применима и для защиты интересов среднего и младшего медицинского персонала, которых можно условно отнести к группе среднего риска.

В качестве страховых сумм будут использованы наиболее популярные страховые суммы, установленные российским законодательством для возмещения по отдельным обязательным видам страхования и указанные в Таблице В.2 (Приложение В) – это 2 млн и 3 млн руб. Для удобства заключения полиса по предлагаемому страховому продукту предлагается установить фиксированные варианты страховой суммы на выбор страхователя.

В качестве альтернативы будет произведен расчет страхового тарифа исходя из страховой суммы, полученной на основании стоимости жизни среднестатистического российского жителя. Эта сумма была рассчитана на основании методики, предлагаемой в параграфе 3.2 данной работы и представленной ранее в Таблице 13. Рассчитанная по итогам 2021 года средняя стоимость человеческой жизни составила 22,9 млн руб.

По оценкам ВОЗ примерно 8-12% пациентов испытывают последствия врачебных ошибок [46, с. 7]. Усредненно этот показатель составит 10%. Однако не все пострадавшие, в конечном счете, обращаются с претензиями к МО и вероятность ошибки у разных специальностей отличается, а значит полученные экспертные оценки вероятности страхового случая в диапазоне 0,025-0,075 (или 2,5%-7,5%) вполне соответствуют действительности (Таблица 15). Тем более, что тенденция на увеличение количества претензий, скорее всего, сохранится, а в кризисные времена, как например при пандемии коронавируса, вероятность может возрасти гораздо быстрее. В этом случае оценка вероятности должна подлежать корректировке на основании обновленных статистических данных.

Таблица 15 – Оценка вероятности страхового случая страхового случая по индивидуальному страхованию ответственности медработников

| Категория медицинских работников | Общая вероятность страхового случая, (q) | Вероятность тотального убытка, (q _t) | Доля тотальных убытков от общего числа |
|----------------------------------|--|--|--|
| 1 группа (максимальный риск) | 0,075 | 0,00030 | 0,40% |
| 2 группа (высокий риск) | 0,050 | 0,00015 | 0,30% |
| 3 группа (умеренный риск) | 0,025 | 0,00005 | 0,20% |

Источник: составлено автором

Страхование ответственности перед пациентами во многом схоже с личным страхованием, тем более, что в практике некоторых зарубежных стран действует именно страхование пациентов, а не ответственности клиник. Следовательно, в соответствии с методикой, показатель убыточности страховой суммы (отношение среднего размера возмещения к средней страховой сумме – S_v/S) рекомендуется использовать в размере не менее 0,4. Однако следует помнить, что чаще всего размер страхового возмещения будет ограничен одним средним заработком врача, а это по итогам 2021 года – 92 460 руб. В то же время в случае полной материальной ответственности страховая выплата будет в полной страховой суммы, учитывая и ответственность перед клиникой, и примирение с пострадавшим для освобождения от уголовной ответственности.

При расчете убыточности страховой суммы для третьего варианта также следует учитывать, что существенным образом общий размер страховой суммы повлияет в основном только на случаи полной материальной ответственности. Но если эта полная материальная ответственность наступает, то в предлагаемой системе возмещение вреда за гибель человека должна составлять всю сумму целиком, т.е. 22,9 млн руб. Как было сказано ранее, по итогам 2018 года в отношении врачей было возбуждено 2 229 уголовных дел (а за 1 полугодие 2019 года – 1 227 дел), однако далеко не все из этих дел, в конечном счете, приведут к

утверждению обвинительного приговора. По данным СК РФ в суд передается около 10-20% уголовных дел. Так за 2018 год в суд с обвинительным заключением направлено 265 дел в отношении 305 обвиняемых, при том, что в 2017 году число обвиняемых было в 1,5 раза ниже – 199 человек [93].

Принимая во внимание вероятный рост обращений и числа уголовных дел, можно предположить, что, в конечном счете, виновными будет ежегодно признаваться не менее 120 врачей. На фоне общего числа врачей в России, оцениваемого примерно в 737 тыс. человек [26, с. 114], эта цифра выглядит несущественной – менее 0,02%. Однако следует помнить, что еще в 2017 году эта цифра составляла менее 0,008%, а в 2012 году менее 0,003%. То есть за последние 8 лет вероятность привлечения конкретного врача к уголовной ответственности, а, значит, и вероятность выплаты полной страховой суммы в рамках предлагаемой системы страхования, выросла практически в 10 раз. Можно обоснованно предположить, что она будет увеличиваться в дальнейшем. В связи с этим можно говорить о величине вероятности тотального убытка (q_t), которая включена в величину общей вероятности страхового случая (q) и которая позволит определить средний размер возмещений по страховому продукту.

Понимание вероятности наступления страхового случая, включая вероятность тотального убытка, а также суммы возмещения для каждой из данных категорий дает возможность рассчитать убыточность страховой суммы. Вероятность тотального убытка составляет в среднем 0,02%, но для более рискованных групп врачей этот показатель явно будет выше, поскольку их ошибка может привести к более серьезным последствиям. На фоне общей вероятности в 5% это означает, что максимальная страховая сумма будет выплачена в 0,4% страховых случаев. Средняя сумма возмещения по нетотальным убыткам составит около 90 тыс. руб., а тотальный убыток – в размере страховой суммы по каждому из вариантов. В результате можем рассчитать сумму среднего возмещения по каждой категории врачей и по каждой страховой сумме (Таблица 16) путем перемножения размеров тотального и нетотального убытков на соответствующие доли от общего числа страховых случаев.

Таблица 16 – Расчет убыточности страховой суммы по индивидуальному страхованию ответственности медработников

| Категория медицинских работников | Страховая сумма 2 000 000 руб., (S) | | Страховая сумма 3 000 000 руб., (S) | | Страховая сумма 22 900 000 руб., (S) | |
|----------------------------------|---|--|---|--|---|--|
| | Средний размер возмещения, руб. (S_B) | Убыточность страховой суммы, (S_B/S) | Средний размер возмещения, руб. (S_B) | Убыточность страховой суммы, (S_B/S) | Средний размер возмещения, руб. (S_B) | Убыточность страховой суммы, (S_B/S) |
| 1 группа (максимальный риск) | 100 090 | 0,0500 | 104 090 | 0,0347 | 183 690 | 0,0080 |
| 2 группа (высокий риск) | 98 183 | 0,0491 | 101 183 | 0,0337 | 160 883 | 0,0070 |
| 3 группа (умеренный риск) | 96 275 | 0,0481 | 98 275 | 0,0328 | 138 075 | 0,0060 |

Источник: составлено автором

Как видим, полученная таким способом средняя сумма возмещения по одному случаю при страховых суммах в 2 и 3 млн руб. будут незначительно отличаться от среднего месячного заработка врача. И даже при установлении страховой суммы в размере, рассчитанном с помощью предлагаемой в рамках данной диссертации методики и составляющем по итогам 2021 года 22,9 млн руб., средняя убыточность страховой суммы во всех рассматриваемых вариантах не превысит 0,05. Полученных данных достаточно для расчета основной части нетто-ставки, которая, согласно методике Росстрахнадзора, рассчитывается по формуле (1):

$$T_0 = 100 \times \frac{S_B}{S} \times q. \quad (1)$$

где T_0 - основная часть нетто-ставки, руб. со 100 руб. страховой суммы;

S_B - средний размер возмещения по одному договору страхования при наступлении страхового случая, руб.;

S - средняя страховая сумма по одному договору страхования, руб.;

q - вероятность наступления страхового случая по одному договору страхования.

Основная часть нетто-ставки соответствует математическому ожиданию убытка и является составной частью нетто-ставки страхового тарифа, которая рассчитывается по формуле (2):

$$T_n = T_o + T_p . \quad (2)$$

где T_n - нетто-ставка, руб. со 100 руб. страховой суммы;

T_p - рисковая надбавка, руб. со 100 руб. страховой суммы.

Рисковая надбавка учитывает возможные отклонения количества страховых случаев относительно их среднего значения. Она зависит от предполагаемого количества заключенных договоров страхования и специального коэффициента гарантии безопасности. Коэффициент гарантии безопасности означает вероятность, с которой сумма будущих убытков будет меньше собранной страховой премии. Значение данного коэффициента можно взять из таблицы, указанной в Методике Росстрахнадзора. В нашей ситуации есть вероятность дальнейшего усугубления судебной практики с точки зрения медицинского сообщества, а, значит, частота убытков может оказаться выше прогнозируемой. В связи с этим оценим вероятность гарантии безопасности в размере 0,9, что соответствует коэффициенту 1,3 [49]. Общая формула (3) расчета рисковой надбавки выглядит следующим образом:

$$T_p = 1,2 \times T_o \times \alpha(\gamma) \times \sqrt{(1-q) / n \times q} . \quad (3)$$

где $\alpha(\gamma)$ - коэффициент, зависящий от гарантии безопасности γ ;

n - предполагаемое число заключенных договоров.

Для расчета рисковой надбавки и нетто-ставки в целом остается неизвестным лишь предполагаемое число договоров. Общая численность врачей, которые и несут основной риск ошибки, составляет в нашей стране около 737 тыс. человек [26, с. 114]. Низкий уровень проникновения страхования в жизнь рядовых граждан, а также высокая конкуренция на страховом рынке вряд ли позволят одному страховщику федерального масштаба заключить более 50 000 договоров (примерно 15% возможного рынка). Эту величину и будем использовать в качестве возможного числа договоров, однако ее необходимо разделить между

категориями врачей для отдельного расчета в каждой группе. Для этого используем структуру численности врачей в России. Согласно данным Росстата акушеры-гинекологи и пластических хирурги составляют примерно 10% от общей численности, врачи второй группы риска – около 40%, а к третьей группе можно отнести около 50% оставшихся специалистов [26, с. 116]. Логично предположить, что интерес к данному страховому продукту будут проявлять в большей степени врачи первых двух групп риска, а, значит, их доля среди страхователей будет отличаться от их доли в общей структуре численности врачей. В связи с этим для дальнейшего расчета будем использовать следующие данные о потенциальном числе страхователей в разрезе каждой категории:

- 1 группа (максимальный риск) – 7 500 человек (15%);
- 2 группа (высокий риск) – 30 000 человек (60%);
- 3 группа (умеренный риск) – 12 500 человек (25%).

Получив данные о потенциальном количестве заключенных договоров в каждой из рассматриваемых категорий, можно произвести расчет нетто-ставки (Таблица 17).

Таблица 17 – Расчет нетто-ставки по индивидуальному страхованию ответственности медработников

| Страховая сумма, руб. | Показатель | 1 группа (максимальный риск) | 2 группа (высокий риск) | 3 группа (средний риск) |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 2 000 000 | Основная часть нетто-ставки, (То) | 0,375 | 0,246 | 0,120 |
| | Рисковая надбавка, (Тр) | 0,024 | 0,010 | 0,010 |
| | Нетто-ставка, (Тн) | 0,399 | 0,256 | 0,130 |
| 3 000 000 | Основная часть нетто-ставки, (То) | 0,260 | 0,169 | 0,082 |
| | Рисковая надбавка, (Тр) | 0,016 | 0,007 | 0,007 |
| | Нетто-ставка, (Тн) | 0,276 | 0,176 | 0,089 |
| 22 900 000 | Основная часть нетто-ставки, (То) | 0,060 | 0,035 | 0,015 |
| | Рисковая надбавка, (Тр) | 0,004 | 0,001 | 0,001 |
| | Нетто-ставка, (Тн) | 0,064 | 0,036 | 0,016 |

Источник: составлено автором

Далее для определения окончательной тарифной ставки, именуемой брутто-ставка, необходимо уточнить еще одну величину – долю нагрузки в общей

тарифной ставке (f). Она включает в себя расходы на ведение дела, комиссионное вознаграждение посреднику и долю прибыли. Учитывая общую социальную направленность рассматриваемого страхового продукта, размер нагрузки составит 20% от брутто-ставки.

Это позволяет рассчитать итоговую брутто ставку по следующей формуле (4):

$$T_b = T_n \times 100 / (100 - f). \quad (4)$$

где T_b - брутто-ставка, руб. со 100 руб. страховой суммы;

f - доля нагрузки в общей тарифной ставке.

Итоговый размер страховой премии для каждой группы риска и каждого лимита покрытия рассчитывается путем умножения страховой суммы на брутто-ставку (Таблица 18). Страховая премия, рассчитанная согласно методике Росстрахнадзора, оказывается относительно невысокой. Для сравнения – средняя премия в ОСАГО по итогам 2021 года составила 5 590 руб. [32]. Т. е. стоимость заключения индивидуального полиса страхования ответственности для врача оказалась практически на уровне стоимости заключения полиса ОСАГО. Многие медики, вероятно, владеют автомобилями, и страхование ОСАГО для них является обязательным. Кроме того, многие заключают и полисы страхования самих транспортных средств (автокаско).

Таблица 18 – Расчет страховой премии по индивидуальному страхованию ответственности медработников

| Категория медицинских работников | Страховая сумма 2 000 000 руб. | | Страховая сумма 3 000 000 руб. | | Страховая сумма 22 900 000 руб. | |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| | Брутто-ставка, руб. со 100 руб. | Страховая премия, руб. | Брутто-ставка, руб. со 100 руб. | Страховая премия, руб. | Брутто-ставка, руб. со 100 руб. | Страховая премия, руб. |
| 1 группа (максимальный риск) | 0,499 | 9 980 | 0,345 | 10 350 | 0,080 | 18 320 |
| 2 группа (высокий риск) | 0,320 | 6 400 | 0,220 | 6 600 | 0,045 | 10 305 |
| 3 группа (умеренный риск) | 0,163 | 3 260 | 0,111 | 3 330 | 0,020 | 4 580 |

Источник: составлено автором

Страхование собственной профессиональной ответственности с каждым днем становится для них все более необходимым условием продолжения деятельности, а, значит, величина премии не может рассматриваться как преграда на пути широкого внедрения данного вида страхования. Тем более что согласно проведенному опросу, российские медики в среднем готовы рассматривать стоимость страхования ответственности в пределах 10 000 – 18 000 руб. Рассчитанный порядок премий укладывается в это ожидание.

Если соотнести рассчитанный размер страховых премий по индивидуальному страхованию ответственности со среднегодовыми доходами врача, то получим, что в среднем затраты медицинского работника на индивидуальное страхование составят менее 1% от годовой заработной платы в зависимости от специальности. В то же время, например, медицинские работники в США тратят на страхование своей профессиональной ответственности до 7-10% годового дохода [112, с. 183]. Примечательно, что даже кардинальное изменение порядка определения вреда жизни и здоровью в соответствии с предложенной в данной работе методикой, т. е. увеличение сумм компенсаций пострадавшим пациентам в несколько раз, вызовет рост премий в среднем всего в 1,5 раза. Учитывая общий невысокий размер премии, повышение стоимости человеческой жизни в виде закрепления единой прозрачной системы оценки вреда, способно значительно повысить качество жизни российского населения. В отношении страхования профессиональной ответственности врачей данное нововведение не окажет существенного влияния, но будет способствовать снижению давления на медицинское сообщество. Это позволит в целом повысить доверие общества к российскому здравоохранению.

Основной порядок урегулирования предъявленных врачу регрессных требований был рассмотрен в предыдущем параграфе и схематично представлен на Рисунке Б.1 (Приложение Б). Остается определить основной пакет документов, предоставляемый страховщику для выплаты. Основной страховой риск при индивидуальном страховании ответственности врача связан с предъявлением регрессного требования его работодателем, возместившим вред пациенту. Таким

образом, к моменту получения права регресса к врачу, у клиники фактически будет полный пакет документов, подтверждающих факт врачебной ошибки и вину данного врача в ее совершении, а также размер причиненного и возмещенного пациенту вреда. В совокупности общий перечень необходимых страховщику для выплаты страхового возмещения в случае предъявления регрессного требования будет включать:

- копию документа, удостоверяющего личность страхователя;
- полис страхования и копия документа, подтверждающего оплату страховой премии;
- копию трудового или гражданско-правового договора между врачом и клиникой;
- копию сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста, имеющегося у страхователя;
- копию диплома о высшем медицинском образовании;
- копию лицензии на осуществление медицинской, выданной МО-работодателю страхователя;
- заключение экспертизы, подтверждающей факт причинения вреда жизни и здоровью пациента и причинно-следственную связь между ошибкой Страхователя и причиненным вредом (в случае проведения экспертизы);
- копию обратного (регрессного) требования, предъявленного страхователю со стороны МО-работодателя;
- копию документов, подтверждающих размер причиненных страхователю убытков (копия вступившего в силу решения суда о взыскании вреда пациенту; документы, подтверждающие выплату компенсации).

Наличие вины врача и размер причиненного вреда, скорее всего, уже не будет вызывать вопросов, как это может быть на стадии первоначального разбирательства между клиникой и пациентом. По этой причине будет преобладать досудебный порядок урегулирования споров. В случае возбуждения уголовного дела к перечню документов добавляется копия приговора суда о привлечении врача к уголовной ответственности.

Дополнительно в индивидуальный договор страхования ответственности медицинского работника можно включать и покрытие претензий, предъявляемых к клинике из-за ошибки врача, как это реализовано в действующих полисах индивидуального страхования компании Ингосстрах. (Таблица Е.4 в Приложении Е). В этом случае вероятность предъявления регресса снижается, поскольку страхового возмещения, выплаченного в рамках ответственности клиники напрямую пациенту, может быть достаточно, чтобы МО не пришлось частично участвовать в компенсации собственными средствами. Но это серьезно повлияет на стоимость страхового продукта, поскольку увеличится средняя величина убытка.

Однако такой комплексный страховой продукт, включающий покрытие ответственности и медицинских работников, и медицинской организации, где они работают и на базе которой страхуются, будет иметь значительные преимущества перед всеми существующими программами страхования медицинской ответственности, представленными на российском рынке (Таблица Е.4 в Приложении Е). Одновременная вовлеченность работников и организаций позволяет обеспечить высокую эффективность получившейся модели комплексного страхования. Основное ее отличие от существующей практики будет заключаться в том, что:

- будут застрахованы риски и медработников, и медучреждения;
- оплата стоимости страхования за счет средств работников и МО (софинансирование);
- более широкое страховое покрытие.

Для того, чтобы предлагаемое комплексное страхование могло быть реализовано для государственных организаций в рамках антимонопольных ограничений путем заключения договора с единственным поставщиком, страхование ответственности работников может быть оформлено отдельным коллективным договором страхования, заключаемого страховщиком с первичной профсоюзной организацией этой же МО или с конкретным работником,

выступающим страхователем в коллективном договоре. Основное условие – одновременное заключение двух указанных договоров с одним страховщиком.

Для примера рассмотрим возможную модель комплексного страхования крупной городской МО – Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Городская Александровская больница». Данная организация насчитывает более 1 тыс. медицинских работников, из которых 550 человек – врачи. Городская Александровская больница является одной из старейших больниц Санкт-Петербурга, и при этом имеет значительную судебную практику разбирательств с пациентами. Так за 2019 год, согласно судебной картотеке, больнице предъявлено шесть гражданских исков в связи с возмещением вреда пациентам. В 2019-2020 годах больница проиграла сразу несколько судебных процессов на сумму не менее 500 тыс. руб. Значительное число работающих в больнице врачей самых разных специальностей (включая хирургов, анестезиологов, гинекологов и т. д.) и большое число пациентов, лишь подчеркивают важность формирования страховой защиты больницы от рисков профессиональной ответственности.

В этих условиях наличие договора страхования следует рассматривать как необходимый атрибут для деятельности МО. Однако со стороны страховщиков может и не быть особого интереса к страхованию риска медицинской организации, работники которой из года в год допускает врачебные ошибки, в результате чего вынуждена выплачивать компенсации пациентам. Для того чтобы обеспечить данную больницу страховой защитой, достаточной для выплаты страхового возмещения в несколько миллионов руб., но при этом сохранить выгоду для страховщика, следует рассмотреть модель комплексного страхования с учетом индивидуального страхования ответственности медработников Городской Александровской больницы (Рисунок Ж.2 в Приложении Ж). В этом случае страхование рисков больницы и ее работников может быть оформлено путем заключения двух договоров страхования – с самой больницей и с первичной профсоюзной организацией работников больницы. Первый договор будет ориентирован на защиту прямой ответственности больницы перед

пациентами, второй – на защиту работников от регрессных требований (а фактически дополнительную компенсацию убытков больницы) и помощь при уголовном процессе.

При включении в программу страхования максимального числа работников с минимальной премией, рассчитанной ранее в данном параграфе по индивидуальному страхованию (3 260 руб.), совокупный размер премии за два договора может составить порядка 1,9 млн руб. Размер ответственности страховщика при этом составит 1 102 000 000 руб. Такая страховая сумма может показаться чрезмерной, поскольку реализация тотального убытка для всех работников одновременно маловероятна. Но следует помнить, что второй договор (страхования ответственности работников) будет защищать их деятельность не только в рамках данной больницы, но также при работе по совместительству в других МО, а также при оказании помощи в нерабочее время (например, в самолете или на улице). При причинении вреда в результате оказания помощи вне работы медработник может быть не только привлечен к уголовной ответственности, но и получить прямой гражданский иск на компенсацию крупной суммы. Наличие полиса страхования с персональным лимитом в несколько миллионов руб. позволит работнику защитить всю свою деятельность и сосредоточиться на выполнении своих непосредственных обязанностей. Точная стоимость страхования будет определяться страховщиком исходя из конкретного числа потенциальных участников среди работников и судебной практики медучреждения.

При описанном комплексном страховании даже при одном летальном случае совокупная страховая выплата может составить до 4 млн руб. (2 млн + 2 млн), если ошибку совершил один работник. Если виновников несколько, то общий лимит ответственности страховщика по одному случаю увеличивается пропорционально числу вовлеченных работников. Однако размер премий при широком внедрении комплексного страхования вполне позволяет страховщику безболезненно платить такие компенсации. Совместное финансирование комплексной модели страхования позволяет распределить страховую премию

между больницей и работниками, а страхование интересов всех участников позволяет обеспечить их заинтересованность в предложенной программе. Данное комбинированное страхование несет в себе признаки взаимной модели страхования, но для полноценного взаимного страхования, как было описано ранее в параграфе 2.3 настоящей работы, требуются определенные законодательные изменения. Коммерческую модель комплексного страхования рисков медицинской деятельности возможно реализовать уже в настоящее время. Можно констатировать, что страхование рисков медработников является своего рода «надстройкой» к существующим страховым продуктам, которая способная значительно видоизменить рынок страхования медицинской ответственности и стать драйвером развития данного вида страхования в России.

Завершая определение основных условий индивидуального страхования профессиональной ответственности медицинских работников, стоит выделить следующие **важнейшие результаты**:

– **сформулированы основные параметры индивидуального полиса страхования медицинской ответственности**, касающиеся определения объекта страхования, страхового случая, страхового риска и перечня выгодоприобретателей. Для обеспечения максимальной защиты полис должен заключаться на базе покрытия события (Occurrence Policy), а перечень исключений должен включать лишь возможные противоправные интересы, мошеннические действия и события, не содержащие врачебной ошибки;

– с помощью методики Росстрахнадзора **проведен расчет страхового тарифа** для трех отдельных групп врачей в зависимости от степени риска и для разных величин страховой суммы. Один из вариантов страхового тарифа рассчитан на основании страховой суммы в виде среднестатистической стоимости человеческой жизни, определенной в соответствии с предлагаемой методикой оценки, описанной в параграфе 3.2 данной работы. Полученный размер страховых премий показывает, что **расходы медиков на заключение индивидуального полиса составят в среднем 4 000 – 10 000 руб. в год** или менее 1% их годового

дохода, что в сравнении с прочими их тратами не является критической суммой и укладывается в диапазон их ожиданий;

– с учетом индивидуального страхования ответственности медработников **предложена модель комплексного страхования рисков медицинской ответственности**, позволяющая за счет софинансирования страховой премии МО и работниками предложить наиболее полный перечень возмещаемых расходов в достаточном для этого объеме. **Рассмотрена модель комплексного страхования отдельной организации** – «Городская Александровская больница». За счет распределения оплаты больница и ее работники за относительно невысокую стоимость в условиях комплексного страхования могут обеспечить страховую защиту своих интересов в достаточном размере.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В рамках настоящего исследования **установлено**, что в российской практике отсутствуют комплексные шаги в сфере риск-менеджмента МО, причиной чего можно считать отсутствие широкой научной базы по управлению рисками в медицине. Наиболее часто предметом исследований является лишь вопрос классификации существующих рисков МО, которые предлагается разделять на медицинские риски и прочие. Такой подход не позволяет комплексно оценивать все аспекты деятельности медучреждений.

В связи с этим нами **предложена** авторская классификация рисков медицинской деятельности, систематизирующая и охватывающая максимальное число угроз, оказывающих влияние на эту деятельность. Подгруппы рисков предложенной классификации в дальнейшем **проранжированы с помощью матрицы рисков** по степени влияния и скорости реализации.

Исследование традиционных методов управления рисками и **соотнесение** их с рисками МО позволило определить наиболее подходящие инструменты риск-менеджмента в медицине – планирование, прогнозирование, страхование и самострахование. **Установлено**, что для регулирования и финансирования рисков профессиональной медицинской ответственности, входящих в число самых острых рисков в деятельности современных медучреждений, наиболее эффективным и доступным инструментом следует считать страхование.

2. **Установлены** теоретические основы применения страхования как наиболее эффективного и доступного метода воздействия на риски профессиональной медицинской ответственности и определены теоретические основы его использования для данных целей.

Раскрыты и систематизированы основные виды обязательного и вмененного страхования, распространяющие свое действие на медицинскую сферу. Установлено, что добровольное страхование не пользуется заметным спросом из-за отсутствия источника его финансирования.

3. Определены и систематизированы существующие научные подходы к формированию единой системы оценки вреда человеческой жизни. Данные методики имеют существенные отличия, тем не менее они позволяют определить стандартный размер компенсации вреда жизни современного российского гражданина в размере 25-40 млн руб.

4. Предложена авторская универсальная модель оценки компенсации вреда человеческой жизни исходя из базовой ставки, привязанной к средней заработной плате в регионе, и поправочных коэффициентов в зависимости от возраста, семейного положения, образования, уровня дохода.

Предложенная модель позволяет стандартизировать процесс оценки, и может иметь практическое применение для целей расчета компенсации вреда, причиненного пациентам в процессе медицинской деятельности. **Доказаны** выгоды от внедрения предлагаемой единой системы оценки.

5. Выявлены особенности отечественной и мировой практики страхования рисков медицинских организаций. **Изложены** основные существующие научные подходы в области страхования профессиональной ответственности в медицинской деятельности, включающие страхование деликтной ответственности и страхование вреда пациентам в отсутствии вины. **Раскрыта** структура ведущих зарубежных рынков страхования профессиональной ответственности в медицине. **Установлено**, что в силу сложившейся правовой системы, низкого уровня финансирования, недооценки риска, страхование ответственности медиков пока не получило должного развития в российской практике.

Проведено сравнение используемой в нашей стране взаимной и коммерческой модели страхования профессиональной медицинской ответственности, выявлены их недостатки и преимущества. **Дополнены и систематизированы** основные проблемы на пути развития страхования профессиональной ответственности в медицине. **Выявлено**, что наиболее существенной проблемой для широкого внедрения страхования профессиональной ответственности в медицинской сфере следует считать отсутствие источника финансирования оплаты страховых взносов. В качестве

одного из путей решения данной проблемы **предложено и обосновано** применение индивидуального страхования профессиональной ответственности, предусматривающего защиту на случай предъявления МО регрессных (обратных) требований, с использованием средств самих медицинских работников в качестве источника финансирования.

6. Предложена модель индивидуального страхования ответственности медицинского персонала, позволяющая посредством страхования ответственности медицинского работника перед медучреждением обеспечить защиту интересов как самого работника, так и медучреждения. **Определены** основные финансовые и организационные параметры предлагаемой системы страхования профессиональной медицинской ответственности. В соответствии с методикой Росстрахнадзора **проведен расчет страхового тарифа** для полиса индивидуального страхования ответственности.

Разработанный страховой продукт позволяет использовать досудебный порядок урегулирования из-за ограниченного перечня документов, требуемых для выплаты страхового возмещения. Это положительно скажется на внутрикорпоративных трудовых отношениях в российской медицине, испытывающей значительный кадровый дефицит. В то же время досудебная выплата компенсации пациенту в случае возбуждения уголовного дела позволит избежать уголовной ответственности в соответствии с российским законодательством. Все это в совокупности позволит рассматривать индивидуальную систему страхования профессиональной медицинской ответственности как перспективный шаг на пути повышения защищенности интересов медицинского сообщества в целом, повышения качества жизни российского населения и развития страхового рынка.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

| | |
|-------|--|
| ВВП | Валовой внутренний продукт |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГК РФ | Гражданский кодекс Российской Федерации |
| ДМС | Добровольное медицинское страхование |
| ЛПУ | Лечебно-профилактическое учреждение |
| МО | Медицинская организация |
| НМП | Национальная медицинская палата |
| ОВС | Общество взаимного страхования |
| ОМС | Обязательное медицинское страхование |
| ОПЖ | Ожидаемая продолжительность жизни при рождении |
| ОСАГО | Обязательное страхование ответственности владельцев транспортных средств |
| ОСОПО | Обязательное страхование ответственности владельцев опасных объектов |
| РФ | Российская Федерация |
| СК РФ | Следственный комитет Российской Федерации |
| ТК РФ | Трудовой кодекс Российской Федерации |
| УК РФ | Уголовный кодекс Российской Федерации |

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные итоги работы страхового рынка России 2017-2021 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://calmins.com/dynamics-of-the-insurance-market/> (дата обращения 01.06.2022).
2. Актуальные проблемы российского здравоохранения в 2021 году в оценках пациентов и пациентских НКО / Всероссийский союз пациентов [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://vspru.ru/media/1512376/20211126-vsp-aktualnye-problemy-rossiiskogo-zdravoohraneniya-v-2021-godu-v-ocenках-pacientov-i-pacientskih-nko.pdf> (дата обращения 10.02.2022).
3. Барабаш, Н. А. Некоторые аспекты взаимосвязи образования и здоровья [Текст] / Н. А. Барабаш, О. Л. Барабаш // Медицина в Кузбассе. – 2007. – № 1. – С. 12-17.
4. Белоусова, Т. А. Британская практика страхования ответственности врачей [Текст] / Т. А. Белоусова // Современные страховые технологии. – 2012. – № 3. – С. 73-80.
5. Бесфамильная, Л. В. Концепция повышения социально-экономической эффективности страхования ответственности за качество медицинских услуг в России [Текст] / Л. В. Бесфамильная // Стандарты и качество. – 2009. – С. 82-86.
6. Богоявленский, С. Б. Особенности обработки катастрофических рисков [Текст] / С. Б. Богоявленский // Экономическая безопасность: стратегические риски и угрозы. III Межвузовская научно-практическая конференция с международным участием. Великий Новгород, 13 мая 2016 г. : сборник статей. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2016. – С. 159-163.
7. Богоявленский, С. Б. Проблемы обеспечения защиты от традиционных рисков в условиях кризиса [Текст] / С. Б. Богоявленский // Архитектура финансов: геополитические дисбалансы и потенциал развития национальных финансовых систем: сб. материалов VI Межд. науч.-практ. конф. 14-15 апреля 2015 года. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2015. – С. 630-633.

8. Брызгалов, Д. В. Страховой риск-менеджмент в частных медицинских клиниках в России [Текст] / Д. В. Брызгалов, А. А. Цыганов // Страховое дело. – 2013. – № 4-5. – С. 46-57.

9. Бурыкин, И. М. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи / И. М. Бурыкин, И. М., Г. Н. Алеева, Р. Х. Хафизьянова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. [Электронный ресурс] / URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8463> (дата обращения: 13.02.2018).

10. Владимирова, А. В. Актуальные вопросы и проблемы компенсации морального вреда, причиненного при оказании медицинской помощи, и пути их решения [Текст] / А. В. Владимирова // Молодой ученый. – 2017. – № 44. – С. 107-109.

11. Гнидченко, А. А. Трансфер зарубежных технологий: оценка зависимости российской экономики от импорта высокотехнологичных товаров [Текст] / А. А. Гнидченко, А. Н. Могилат, О. М. Михеева, В. А. Сальников // Форсайт. 2016 – Т. 10. – № 1. – С. 53-67.

12. ГОСТ Р 56275-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Менеджмент рисков. Руководство по надлежащей практике менеджмента рисков проектов. [Электронный ресурс] / URL: <http://ismss.ru/uploads/5-20.pdf>. (дата обращения: 01.02.2018).

13. Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 26 января 1996 г. № 14-ФЗ (в ред. от 03 августа 2018 г.) // Российская газета. – 1996. – № 23, 24, 25; Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 5. – Ст. 410.

14. Гридин, А. В. Понятие и сущность страховой защиты [Текст] / А. В. Гридин // Власть закона. – 2010. – № 3. – С. 122-129.

15. Гримашевич, О. Н. Методы управления рисками промышленных предприятий [Текст] / О. Н. Гримашевич // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2012. – № 1 (40). – С.72-74.

16. Грушина, А. А. Проблемы реализации федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Текст] / А. А. Грушина // Среднерусский вестник общественных наук. – 2012. – № 3. – С. 153-155.

17. Гуриев, С. М., Мифы экономики: заблуждения и стереотипы, которые распространяют СМИ и политики [Текст] / С. М. Гуриев. – 5-е изд. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 320 с.

18. Ежемесячный мониторинг социально-экономического положения и самочувствия населения: три квартала 2021 года / под ред. Л.Н. Овчаровой. – М. : НИУ ВШЭ, 2021. – 36 с.

19. Ерофеев, С. В., Медицинские и юридические аспекты проблемы возмещения морального вреда в связи с повреждением здоровья и причинением смерти [Текст] / С. В. Ерофеев, А. С. Ерофеева // Научные труды II Всероссийского съезда по медицинскому праву. – М. : 2005. – С. 419-423.

20. Жигас, М. Г. Развитие страховой защиты и финансово-экономические особенности страховой деятельности [Текст] / М. Г. Жигас // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2014. – № 4. – С. 28-39.

21. Завражский, А. В. Анализ отечественного и зарубежного опыта страхования профессиональной ответственности медицинских работников [Текст] / А. В. Завражский // Финансы и управление. – 2019. – № 1. – С. 79-90.

22. Завражский, А. В. Особенности классификации рисков медицинских организаций [Текст] / А. В. Завражский // Теоретическая и прикладная экономика. – 2017. – № 3. – С. 90-105.

23. Завражский, А. В. Стоимость человеческой жизни в контексте регулирования системы возмещения вреда [Текст] / А. В. Завражский // Финансы. – 2017. – № 12. – С. 47-53.

24. Защита пациентов: эксперты о страховании при оказании медицинской помощи / Лекарственное обозрение. – № 9. – 2013. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.aif.ru/health/life/942282> (дата обращения 01.02.2019).

25. Защита прав потребителей в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад [Текст] // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – М. : 2021. – 380 с.

26. Здравоохранение в России. 2021: Статистический сборник [Текст] // Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации. – М. : 2021. – 171 с.

27. Знаменский, А. Б. Р2Р-Страхование: преграды и перспективы [Текст] / А. Б. Знаменский, С. Б. Богоявленский // Финансы. – 2018. – № 8. – С. 40-46.

28. Имильбаева, Р. Р. Повышение заработной платы в здравоохранении: реальный рост или игра статистики (на примере республики Башкортостан) [Текст] / Р. Р. Имильбаева // Вестник ВЭГУ. – 2016. – № 2 (82). – С. 170-177.

29. Исследование, посвященное оценке «стоимости» человеческой жизни / Финансовый Университет при Правительстве Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.fa.ru/dep/press/about-us/Documents/49_Life_value_2017.pdf (дата обращения 30.09.2017).

30. Исследование рынка коммерческой медицины в России за 2016 год – первую половину 2017 года. Ernst & Young [Электронный ресурс] / URL: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/\\$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-health-care-report-2017-rus/$FILE/ey-health-care-report-2017-rus.pdf) (дата обращения 28.12.2017).

31. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки в 2021 году. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации [Электронный ресурс] URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor04-21.htm> (дата обращения: 15.04.2022).

32. Итоги 2021 года. Российский союз автостраховщиков [Электронный ресурс] URL: https://autoins.ru/novosti/tekushchie/?ELEMENT_ID=930811 (дата обращения: 02.05.2022).

33. Калмыков, Н. Н. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в Российской Федерации [Электронный ресурс] / Н. Н.

Калмыков, Н. В. Рехтина. – URL: <http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditsina.pdf> (дата обращения: 15.08.2017).

34. Капелюшников, Р., И., Сколько стоит человеческий капитал России? [Текст] / Р. И. Капелюшников. – М. : Изд. Дом Высшей школы экономики, 2012. – 76 с.

35. Карабчук, Т. С., Как оценить стоимость человеческой жизни? [Текст] / Т. С. Карабчук, М. В. Никитина, В. П. Ремезкова, Н. Э. Соболева. // Экономическая социология. – 2014. – № 1. – С. 89-106.

36. Каримова, М. Н. Подходы к определению критериев классификации рисков [Текст] / М. Н. Каримова // Science Time. – 2015. – № 1 (13). – С. 178-182.

37. Козодаева, О. Н. Медицинское право: особенности правового регулирования [Текст] / О. Н. Козодаева // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2011. – № 6. – С. 247-251.

38. Козлова, Н. Право на ошибку [Текст] / Н. Козлова // Российская газета. – 23.07.2018. – № 158 (7621). – С. 4.

39. Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов. Федеральное Казначейство Российской Федерации [Электронный ресурс] URL: <http://www.roskazna.ru/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannyj-byudzhets/191/> (дата обращения 03.10.2021).

40. Коробейникова, Т. С. Договор страхования профессиональной ответственности медицинских работников: актуальные вопросы практики [Текст] / Т. С. Коробейникова, Т. С. Кириченко // Власть и управление на Востоке России. – 2017. – № 2 (79). – С. 147-151.

41. Королева, Т. С. Возможные последствия недостатков Федерального Закона «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» [Текст] / Т. С. Королева // Политика, государство и право. – 2015. – № 7 (43). – С. 51-53.

42. Кудрин, А. Л. Бюджетный маневр и структурная перестройка российской экономики [Текст] / А. Л. Кудрин, И. А. Соколов // Вопросы экономики. – 2017. – № 9. – С. 5-27.

43. Кучеренко, В. З. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики [Текст] / В. З. Кучеренко, Н. В. Эккерт // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 3. – С. 18-20.

44. Лейзина, О. П. Методы управления рисками [Текст] / О. П. Лейзина // Царскосельские чтения. – 2012. – Т. 4. – № 16. – С. 176-179.

45. Логвинова, И. Л. Страхование защита и методы ее создания [Текст] / И. Л. Логвинова // Финансы и кредит. – 2010. – № 23 (407). – С. 19-26.

46. Лудупова, Е. Ю., Врачебные ошибки. Литературный обзор [Текст] / Е. Ю. Лудупова // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 2. – С. 6-15.

47. Международные системы страхования ответственности медицинских работников: на примере системы деликтной ответственности в США и шведской системы страхования ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя. Всемирный банк [Электронный ресурс] URL: <http://documents.worldbank.org/curated/ru/447221468780343679/pdf/290110Russian0malpractice1systems.pdf> (дата обращения 05.02.2019).

48. Международный стандарт ISO 31000:2018 Риск Менеджмент – Руководство. [Электронный ресурс] / URL: <http://www.risk-academy.ru/download/iso31000/>. (дата обращения 01.06.2018).

49. Методики расчета тарифных ставок по рисковому видам страхования (утв. распоряжением Федеральной службы Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью от 08 июля 1993 г. № 02-03-36) // Финансовая газета. – 1993. – № 40.

50. Найт, Ф. Х. Риск, неопределенность и прибыль [Текст] / Ф. Х. Найт // Пер. с англ. – М. : Дело, 2003. – 360 с.

51. Новиков, А. П. Страхование культура населения: содержание с позиции институционального подхода и специфика проявления в России [Текст] / А. П. Новиков // Российское предпринимательство. – 2011. – № 7 (1). – С. 170-176.

52. Об организации страхового дела в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 (ред. от 28.11.2018) //

Собрание законодательства Российской Федерации. – Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 2. – Ст. 56.

53. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 06 марта 2019 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48 – Ст. 6724.

54. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 1. – Ст. 373.

55. О взаимном страховании: Федеральный закон от 29 ноября 2007 г. № 286-ФЗ (ред. от 29 июля 2017 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2007. – № 491. – Ст. 6047.

56. Огнерубов, Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей [Текст] / Н. А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2013. – Т. 18 – № 4-1. – С. 1337-1341.

57. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина : Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26 января 2010 г. № 1 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. – 2010. – № 3.

58. О производстве и использовании валового внутреннего продукта (ВВП) за 2021 год // Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации [Электронный ресурс] URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/24_18-02-2022.htm (дата обращения 30.04.2022).

59. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения : Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. № 598 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 19. – Ст. 2335.

60. Отозвана лицензия единственного страхового кооператива врачей в России. Медвестник [Электронный ресурс] URL: <http://www.insur-info.ru/press/141574/> (дата обращения 04.02.2019).

61. О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов: Федеральный закон от 06 декабря 2021 г. № 390-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2021. – № 50. – Ст. 8397.

62. Панов, А. В. Регрессные требования работодателя к врачу: основания и пределы материальной ответственности работника [Текст] / А. В. Панов // Заместитель главного врача. – 2016. – № 3 (118). – С. 50-55.

63. Панягина, А. Е. Подходы к пониманию и классификации рисков [Текст] / А. Е. Панягина // Современная экономика: проблемы, тенденции, перспективы. – 2012. – № 6. – С. 1-11.

64. Петербургскую клинику арестовали из-за попытки уйти от ответственности. Доктор Питер [Электронный ресурс] / URL: <https://http://doctorpiter.ru/articles/19188/> (дата обращения 01.02.2019).

65. Пилат, В. Б. Сравнительный анализ российской и зарубежной практики страхования ответственности в медицине [Текст] / В. Б. Пилат // Путеводитель предпринимателя. – 2013. – № 20. – С. 209-219.

66. Писаренко Ж.В. Страхование и риски в пандемических реалиях / Ж. В. Писаренко // Россия и мир во время и после пандемии COVID-19: вызовы и возможности: коллективная монография / под ред. д. э. н., проф. Е. С. Вылковой. – СПб. : Издательско-полиграфическая ассоциация высших учебных заведений, 2020. – С. 155-172.

67. Пожары и пожарная безопасность в 2020 году: Статистический сборник. [Текст] / Под общей редакцией Д. М. Гордиенко. – М. : Всероссийский научно-исследовательский институт противопожарной обороны МЧС России, 2021. – 112 с.

68. Проект Федерального закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/25159.html/> (дата обращения 05.02.2019).

69. Пучкова, В. В. Проблемы страхования профессиональной ответственности медицинских работников [Текст] / В. В. Пучкова // Проблемы права. – 2015. – № 1 (49). – С. 112-114.

70. Разуваев, В. В. Теоретическое определение понятия риск / В. В. Разуваев // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 9. [Электронный ресурс] / URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/09/72007> (дата обращения 01.06.2018).

71. Разумовская, Е. А. Экономическое обоснование необходимости перераспределения финансовых обязательств в здравоохранении [Текст] / Е. А. Разумовская, Р. Ю. Луговцов, А. В. Козлов, В. В. Фоменко // Вестник Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления. – 2016. – № 2 (59). – С. 70-76.

72. Разумовская, Е. А. Реформирование механизма финансирования медицинского страхования в России [Текст] / Е. А. Разумовская, Ю. В. Истомина, Д. Ю. Разумовский, В. В. Фоменко // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2018. – № 2 (160). – С. 61-67.

73. Райзберг, Б. А. Современный экономический словарь [Текст] / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2017. – 512 с.

74. Романова, И. Н. Сущность страховой защиты субъектов предпринимательской деятельности [Текст] / И. Н. Романова // Юридическая наука. – 2017. – № 1. – С. 59-63.

75. Романовский, Г. Б. Проблемы становления медицинского права [Текст] / Г. Б. Романовский // Социально-политические науки. – 2012. – № 3. – С. 75-77.

76. Российский статистический ежегодник. 2021: Статистический сборник [Текст] // Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации. – М. : 2021. – 692 с.

77. Рувинский, В. Карта честности [Электронный ресурс] / URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3196321> (дата обращения: 22.05.2018).

78. Рыкова, А. Белая халатность: в России растёт количество уголовных дел по факту врачебных ошибок. Russia Today. [Электронный ресурс] / URL: <https://russian.rt.com/russia/article/617505-sk-statistika-vrachebniye-oshibki> (дата обращения: 01.03.2019).

79. Сводный аналитический отчет по результатам осуществления мониторинга закупок, товаров, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд по итогам 2020 года. Министерство Финансов Российской Федерации. [Электронный ресурс] / URL: <https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/05/main/44-FZ.pdf> (дата обращения 13.02.2022).

80. Сергеев, В. Р. Понятие профессиональной ответственности в системе страхового законодательства Российской Федерации [Текст] / В. Р. Сергеев // Молодой ученый. – 2018. – № 19. – С. 321-323.

81. Сергеева, И. В. Заболеваемость медицинских работников инфекционными болезнями, связано ли это с профессиональной деятельностью [Электронный ресурс] / И. В. Сергеева, Е. П. Тихонова, Н. В. Андропова, Т. Ю. Кузьмина, Г. П. Зотина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=22914> (дата обращения: 22.08.2018).

82. Стоимость человеческой жизни в России с учетом морального ущерба в начале 2018 года поднялась до 46,9 млн рублей – исследование Финансового университета при Правительстве Российской Федерации [Электронный ресурс] / URL: http://www.fa.ru/org/div/cos/press/Documents/58_Life_Value_2018.pdf (дата обращения 11.04.2019).

83. Тарасова, Ю. А. Влияние сделок по слиянию и поглощению на деятельность страхового рынка России [Текст] / Ю. А. Тарасова // Финансы и кредит. – 2015. – № 30. – С. 60-71.

84. Тарасова, Ю. А. Системообразующие компании на отечественном страховом рынке (на примере ООО «Росгосстрах») [Текст] / Ю. А. Тарасова, Д. Э. Еркина // ЭКО. – 2017. – № 4. – С. 178-189.

85. Тарасова, Ю. А. Оценка региональных рынков страхования и их влияние на российский страховой рынок [Текст] / Ю. А. Тарасова, Е. С. Восковская, К. В. Ярусова // Страховое дело. – 2018. – № 10 (307). – С. 36-53.

86. Тарасова, Ю. А. Степень влияния банковского сектора на страховой рынок [Текст] / Ю. А. Тарасова, Е. С. Хохлова // ЭКО. – 2019. – № 12. – С. 154-169.

87. Тарасова, Ю. А. Основные тренды на рынке страхования: роль цифровых услуг [Текст] / Ю. А. Тарасова, С. В. Ямская // Корпоративная экономика. – 2020. – № 2 (22). – С. 33-45.

88. Тепкаева, З. З. Экономическая сущность и функции страхования [Текст] / З. З. Тепкаева // Успехи современной науки. – 2017. – Т. 3. – № 1. – С. 86-89.

89. Тихомиров, А. В. Альтернатива страхованию от врачебных ошибок [Текст] / А. В. Тихомиров // Главный врач: Хозяйство и право. – 2013. – № 6. – С. 31-38.

90. Товмач, Л. Н. Проблемы и перспективы развития и финансирования здравоохранения в Российской Федерации [Текст] / Л. Н. Товмач, И. В. Михина // Вестник Гомского Государственного Университета. – 2015. – № 4. – С. 795-797.

91. Тогунов, И. А. Реальна ли конкуренция в здравоохранении? [Текст] / И. А. Тогунов // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика. – 2011. – № 5. – С. 47-53.

92. Токуев, М. М. Проблемы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в России [Текст] / М. М. Токуев // Теория и практика общественного развития. – 2011. – № 7. – С. 250-251.

93. Только 300 уголовных дел по 6,5 тыс. жалоб о врачебных ошибках дошли до суда в 2018 году. ТАСС [Электронный ресурс] / URL: <https://tass.ru/obschestvo/6334619> (дата обращения 20.04.2019).

94. Тоточенко, Д. А. Компенсация морального вреда при ненадлежащем оказании медицинской помощи в России и за рубежом [Текст] / Д. А. Тоточенко // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – № 2 (26) – С. 206-211.

95. Трудовой Кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (в ред. от 27 декабря 2018 г.) // Российская газета. – 2001. – № 256; Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 1. – Ст. 3.

96. Тузлукова, М. В. Актуальные вопросы расследования ятрогенных преступлений [Текст] / М. В. Тузлукова // Вестник Московского университета МВД России. – 2012. – № 11. – С. 34-36.

97. Турбина, К. Е. Взаимное страхование ответственности медицинских организаций и медицинских работников на случай причинения вреда при оказании медицинской помощи [Текст] / К. Е. Турбина, В. Н. Дадьков // Страховое право. – 2016. – № 3 (72). – С. 39-46.

98. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (в ред. от 27 декабря 2018 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.

99. Улумбекова, Г. Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2. – СС. 33-39.

100. Федерация европейских ассоциаций риск-менеджеров (FERMA) Стандарты управления рисками. 2003. [Электронный ресурс] / URL: http://www.aosk.ru/about/vnutrenniy-kontrol-upravlenie-riskami/standart%20ferma_russia.pdf. (дата обращения 13.02.2018).

101. Федорова, Т. А. Роль страхования в контроле качества продукции в условиях рыночной экономики [Текст] / Т. А. Федорова // Россия и Санкт-Петербург: экономика и образование в XXI веке. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2015. – с. 228-236.

102. Фомичева, Н. М. Управление рисками в медицинских организациях [Текст] / Н. М. Фомичева // Экономическая безопасность: стратегические риски и угрозы. III Межвузовская научно-практическая конференция с международным участием: сборник статей. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2016. – С. 180-183.

103. Хулукшинов, Д. Е. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития [Текст] / Д. Е. Хулукшинов, Е. Ц. Норбоева // Экономические науки. – 2016. – № 138. – С. 79-84.
104. Чернова, Г. В. Роль страхового сектора в устойчивом развитии российской экономики [Текст] / Г. В. Чернова, С. А. Калайда // Экономическая теория и хозяйственная практика: глобальные вызовы. Материалы международной конференции «Эволюция международной торговой системы: проблемы и перспективы – 2016». – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2016. – С. 423-429.
105. Чернова, Г. В. Цифровая трансформация российского рынка финансовых услуг: тенденции и особенности [Текст] / Г. В. Чернова, М. С. Марамыгин, Л. Г. Решетникова // Управленец. – 2019. – Т. 10. – № 3. – С. 70-82.
106. Чернова, Г. В. Диспропорции развития региональных страховых рынков и управление ими [Текст] / Г. В. Чернова, В. Г. Халин, Л. В. Прокопьева // Управленческое консультирование. – 2020. – № 5 (137). – С. 42-59.
107. Чернова, Г. В. Цифровизация и ее влияние на современную экономическую конвергенцию – методологический аспект [Текст] / Г. В. Чернова, В. Г. Халин // Управленческое консультирование. – 2020. – № 8 (140). – С. 78-87.
108. Шинкаренко, И. Э. Страхование ответственности: справочник [Текст] / И. Э. Шинкаренко // 2-е изд., испр. и доп. – М. : Анкил, 2006. – С. 416.
109. Countrywide summary of medical professional liability insurance calendar year 2005-2020. National Association of Insurance Commissioners [Электронный ресурс] / URL: https://content.naic.org/sites/default/files/inline-files/MED%20MAL%20RPT%202019_0.pdf (дата обращения 01.04.2022).
110. Frakes, M. D. The Surprising Relevance of Medical Malpractice Law / M. D. Frakes // University of Chicago Law Review. Forthcoming – 2014. [Электронный ресурс] / URL: https://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2410426### (дата обращения 16.03.2018).
111. OECD Health Spending 2020 [Электронный ресурс] / URL: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (дата обращения 02.06.2021).

112. Rodwin, M. A. Why the medical malpractice crisis persists even when malpractice insurance premiums fall [Текст] / М. А. Rodwin, J. Silverman, D. Merfeld // Health Matrix. – 2015. – № 15. – P. 163-226.

113. Sigma 3/2018: World insurance in 2017 / Swiss Re Institute [Электронный ресурс] / URL: <https://www.swissre.com/institute/research/sigma-research/sigma-2018-03.html> (дата обращения 05.02.2019).

114. Schaffer, A. C. Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014 / A. C. Schaffer, A. B. Jena // Health care policy and law [Электронный ресурс] / URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2612118> (дата обращения 01.02.2019).

115. Spedding, L., Business risk management handbook: a sustainable approach / Linda Spedding, Adam Rose. – Oxford: Elsevier, 2008. – 768 p.

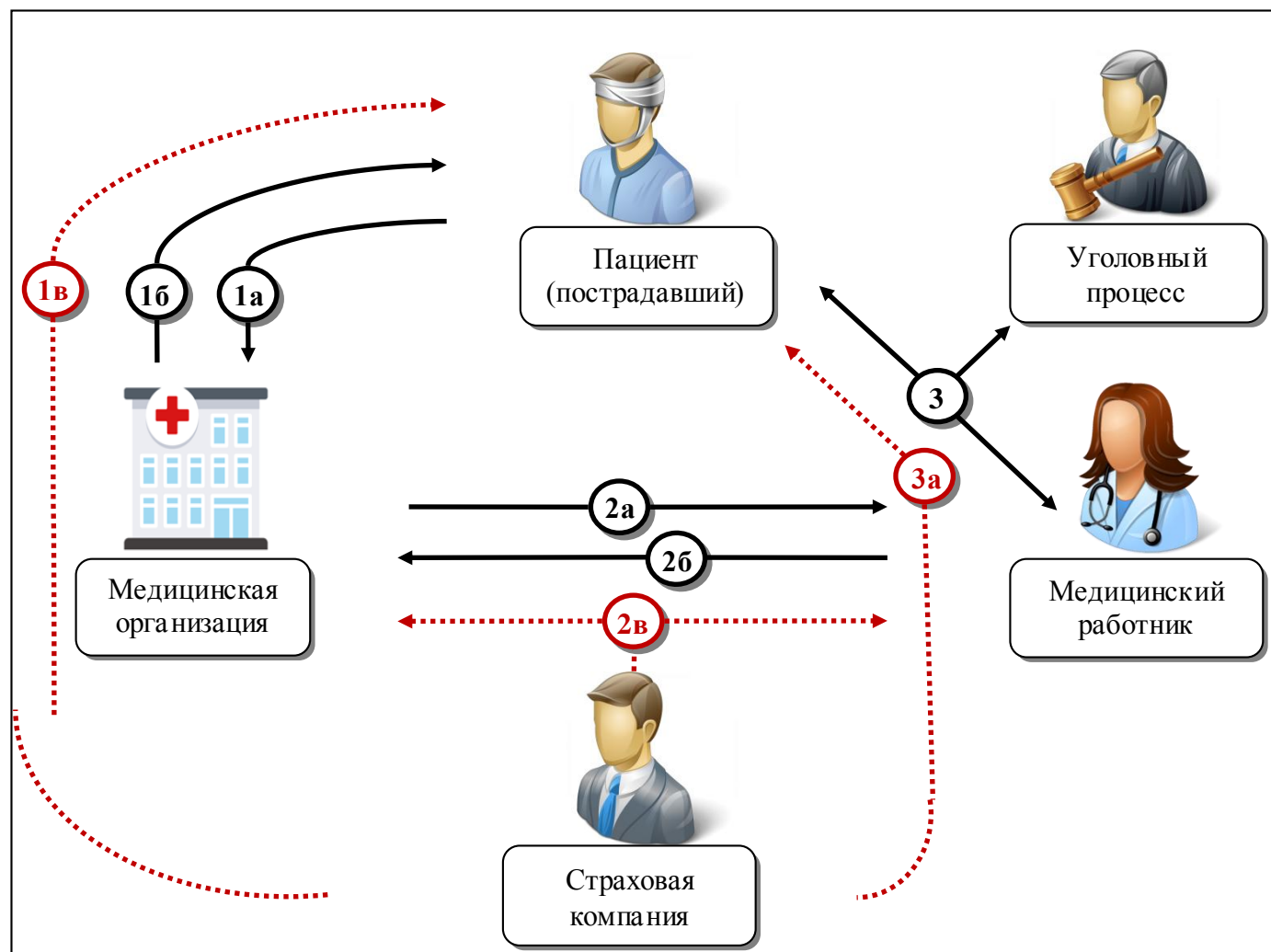
116. U.S. Bureau of Labor Statistics – Occupational Employment Statistics [Электронный ресурс] / URL: <https://www.bls.gov/oes/tables.htm> (дата обращения 17.03.2018).

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(обязательное)

Таблица А.1 – Расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение в 2015-2024 гг., млрд руб. [38; 60]

| Год | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 (план) | 2023 (план) | 2024 (план) |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| Консолидированный бюджет РФ и государственные внебюджетные фонды | 2 861 | 3 124 | 2 821 | 3 316 | 3 805 | 4 939 | 5 167 | 5 214 | 5 420 | 5 690 |
| % от ВВП | 3,4 | 3,6 | 3,8 | 3,2 | 3,4 | 4,7 | 4,0 | 3,9 | 3,8 | 3,8 |
| <i>В том числе:</i> | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Федеральный бюджет | 516 | 506 | 440 | 537 | 713 | 1 334 | 1 474 | 1 272 | 1 254 | 1 269 |
| Бюджеты государственных внебюджетных фондов | 1 638 | 1 590 | 1 654 | 1 988 | 2 186 | 2 359 | 2 568 | 1 744 | 1 797 | 1 880 |

ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное)



Стандартный порядок:

- 1а – Предъявление пациентом претензии к медучреждению.
- 1б – Судебная или досудебная выплата организацией вреда пациенту.
- 2а – Предъявление клиникой регрессного требования работнику.
- 2б – Судебное или досудебное возмещение работником вреда работодателю.
- 3 – Возмещение работником вреда пациенту для освобождения от уголовной ответственности.

Участие страховщика:

- 1в – Возмещение страховой компанией вреда пациенту при заключении МО договора страхования своей ответственности.
- 2в – Возмещение страховой компанией медучреждению вреда, причиненного работником, а также юридических расходов работника.
- 3а – Выплата в ходе судебного процесса страховщиком компенсации пациенту для освобождения врача от уголовной ответственности.

Рисунок Б.1. Порядок предъявления требований медицинской организацией работнику в связи с врачебной ошибкой

Источник: составлено автором

ПРИЛОЖЕНИЕ В

(обязательное)

Таблица В.2 – Размер компенсации за гибель человека, предусмотренный законодательством Российской Федерации [22]

| Тип происшествия | Основание | Размер компенсации за одного погибшего |
|--|---|---|
| Гибель сотрудника Следственного Комитета | Обязательное личное страхование в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2010 № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации» | 180-кратный размер среднемесячного содержания (~9 000 000 руб.) |
| Гибель прокурора | Обязательное личное страхование в соответствии с Федеральным законом от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре Российской Федерации» | 180-кратный размер среднемесячного содержания (~9 000 000 руб.) |
| Гибель Президента РФ, прекратившего исполнение своих полномочий | Обязательное личное страхование в соответствии с Федеральным законом от 12.02.2001 № 12-ФЗ «О гарантиях Президенту Российской Федерации, прекратившему исполнение своих полномочий, и членам его семьи» | Годовое денежное вознаграждение Президента РФ (~9 200 000 руб. в 2019 году) |
| Гибель при разрушении здания, сооружения, объекта незавершенного строительства | Статья 60 Градостроительного Кодекса РФ | 3 000 000 руб. сверх возмещения вреда |
| Гибель в результате аварии на опасном объекте | Обязательное страхование гражданской ответственности владельца опасного объекта в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 № 225-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте» | 2 000 000 руб. + 25 000 руб. на погребение |
| Гибель при пассажирской перевозке | Обязательное страхование гражданской ответственности перевозчика в соответствии с Федеральным законом от 14.06.2012 № 67-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности перевозчика за причинение вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров и о порядке возмещения такого вреда, причиненного при перевозках пассажиров метрополитеном» | 2 000 000 руб. + 25 000 руб. на погребение |
| Гибель военнослужащего в период прохождения военной службы / Гибель сотрудника полиции | Обязательное личное страхование в соответствии с Федеральным законом от 28.03.1998 № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации» | 2 000 000 руб. |
| Смерть пациента при клиническом исследовании | Обязательное личное страхование в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» | 2 000 000 руб. |
| Смерть в результате террористического акта | Постановление Правительства РФ от 15.02.2014 № 110 «О выделении бюджетных ассигнований из резервного фонда Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий» | 1 000 000 руб. + стоимость услуг погребения |
| Несчастный случай на производстве | Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» | 1 000 000 руб. |
| Смерть в результате дорожно-транспортного происшествия | Обязательное страхование гражданской ответственности владельца транспортного средства в соответствии с Федеральным законом от 25.04.2002 № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» | 475 000 руб. + 25 000 руб. на погребение |

ПРИЛОЖЕНИЕ Г (обязательное)

Анкета для опроса

1. Назовите Вашу медицинскую специальность и общий стаж медицинской деятельности.

2. Состоите ли Вы в каком-либо профессиональном объединении?

3. Скажите, в каком количестве медицинских организациях Вы работаете (сколько из них – негосударственные)?

4. Откуда Вы берете профессиональную информацию необходимую в работе? Укажите наименования источников.

5. Были ли в организациях, где Вы работаете, случаи взыскания пациентами вреда с клиник?

6. Какие инструменты защиты врача и клиники от возможных претензий, на Ваш взгляд, могут быть наиболее эффективны (повышение квалификации / сильная юридическая служба клиники / страхование / что-то иное)?

7. Страхует ли кто-то из Ваших работодателей свою профессиональную ответственность?

8. Знаете ли Вы, что в соответствии с гражданским и трудовым законодательством работодатель имеет право в порядке регресса частично взыскать со своего работника причиненный пациенту вред?

9. Были ли в организациях, где Вы работаете, случаи взыскания клиниками своих убытков с работников?

10. Отмечаете ли вы за последние годы рост числа судебных претензий, уголовных дел?

11. Рассматривали ли Вы вопрос страхования своей профессиональной ответственности в индивидуальном порядке (покрытие регрессных требований работодателей)?

12. Какой, на Ваш взгляд, была бы справедливой годовая цена такого страхового полиса (до 5 000 р., до 10 000 р., до 15 000 р.)?

13. Интересно ли Вам было видеть в таком полисе не только страховую защиту, но и юридическую помощь в случае гражданского или уголовного разбирательства?

14. Как Вам было бы удобно приобретать такой полис – на сайте, через мобильное приложение, лично в офисе, через вашего работодателя или профессиональное объединение?

15. Какой порядок оплаты Вы бы предпочли – ежемесячный платеж небольшими суммами или единовременная годовая оплата с небольшой скидкой?

16. Интересно ли Вам было получать дополнительный доход, предлагая такой договор страхования своим коллегам?

ПРИЛОЖЕНИЕ Д
(обязательное)

Таблица Д.3 – Основные параметры индивидуального полиса страхования профессиональной ответственности медицинских работников

| | |
|--|--|
| Страхователь (Лицо, риск ответственности и которого застрахован) | Физическое лицо, имеющее медицинское образование и действующий сертификат специалиста / свидетельство об аккредитации специалиста и работающее по трудовому, гражданско-правовому договору или являющееся индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность. |
| Страховщик | Страховая организация, которая вправе осуществлять добровольное имущественное страхование в соответствии с лицензией, выданной в установленном законодательством Российской Федерации порядке. |
| Объект страхования | А) риск наступления ответственности Страхователя за причинение вреда жизни, здоровью граждан, а также убытков, причиненного юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю, с которым у него заключен трудовой или гражданско-правовой договор, в результате непреднамеренной врачебной ошибки в ходе осуществления застрахованной профессиональной деятельности; Б) риск возникновения непредвиденных судебных и иных расходов Страхователя связанных с заявленными ему требованиями (исками, претензиями) о возмещении убытков и/или вреда. |
| Застрахованная деятельность | Оказание медицинских услуг по определенной медицинской специальности в соответствии с медицинским образованием и квалификацией Страхователя на основании трудового или гражданско-правового договора с МО или на основании лицензии, если страхователь является индивидуальным предпринимателем. |
| Страховой риск | А) наступление ответственности Страхователю за причинение вреда жизни, здоровью граждан, а также убытков юридического лица или индивидуального предпринимателя, с которым у него заключен трудовой или гражданско-правовой договор, в результате непреднамеренной врачебной ошибки в ходе осуществления застрахованной профессиональной деятельности, при условии, что: - претензия (иск, требование) о возмещении вреда признана Страхователем добровольно с согласия Страховщика или вступившим в силу решением суда; - профессиональная ошибка, повлекшая причинение вреда, допущена Страхователем в течение периода страхования; - имеется наличие прямой причинно-следственной связи между профессиональной ошибкой, допущенной Страхователем при осуществлении Застрахованной деятельности, и вредом, о возмещении которого предъявлена претензия; - требование о возмещении убытков и/или вреда (иски, претензии), причиненного данным событием, впервые заявлены пострадавшей стороной Страхователю не позднее 3 (трех) лет с даты окончания периода страхования. Б) возникновение непредвиденных судебных и иных расходов Застрахованного лица, связанных с заявленными ему требованиями (исками, претензиями) о возмещении вреда, риск наступления ответственности за причинение которого в соответствии с настоящим Договором застрахован при условии, что такие расходы предварительно письменно согласованы со Страховщиком, а также такие расходы произведены с целью отклонить требования (иски, претензии) о возмещении убытков и/или вреда или снизить размер возмещения |
| Страховой случай | Совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Выгодоприобретателю или Страхователю. |
| Выгодоприобретатели | Граждане, жизни или здоровью которых Страхователем причинен вред, а также медицинские организации и/или индивидуальные предприниматели, понесшие убытки в связи с возмещением вреда, причиненного жизни и/или здоровью граждан при оказании им медицинской помощи. |

Источник: составлено автором

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

(обязательное)

Таблица Е.4 – Сравнительная характеристика страховых продуктов по страхованию профессиональной медицинской ответственности

| | Страхование ответственности медучреждений | Страхование ответственности врачей (Ингосстрах) | Полис индивидуального страхования профессиональной ответственности медработников |
|------------------------------------|---|---|--|
| Страховое покрытие | Только ответственность клиники перед пациентами | Только ответственность клиник-работодателей перед пациентами | Ответственность врача перед клиникой и пациентом + дополнительно можно включить ответственность клиники перед пациентами |
| Застрахованная деятельность | Медицинская деятельность в конкретной мед. организации | Медицинская деятельность по найму во всех организациях | Медицинская деятельность (по найму, частная практика, неотложная помощь) |
| Возмещаемые расходы | Вред жизни и здоровью пациента; Моральный вред пациента; Судебные расходы | Вред жизни и здоровью пациента; Моральный вред пациента; Судебные расходы | Вред жизни и здоровью пациента; Моральный вред пациента; Юридические расходы (в т.ч. при уголовном деле); + Убытки клиники: <ul style="list-style-type: none"> • Вред жизни и здоровью пациента • Стоимость оказанных услуг • Штрафы, налагаемые на клинику. |
| Лимиты возмещения | Лимит на 1 страховой случай Лимит на судебные расходы Лимит на моральный вред | Лимит на 1 страховой случай Лимит на судебные расходы Лимит на моральный вред | Без лимитов (в пределах страховой суммы) |
| Исключения из покрытия | Есть | Есть | Без исключений |

Источник: составлено автором

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж
(обязательное)



Рисунок Ж.2. Модель комплексного страхования профессиональной ответственности СПб ГБУЗ «Александровская Больница» и ее работников

Источник: составлено автором