

## Практикуючому лікарю

УДК 616-057/614.23:61:001.86:001.5

### Професійна відповідальність лікаря (досвід зарубіжних країн)

*Морозов А.М., Степаненко А.В., Кучеренко С.В.*

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м.Київ,  
Інститут медицини праці АМН України, м.Київ,  
Українська страхова компанія “Панацея-1997”, м.Київ

Зростання ролі пацієнта в оцінці якості надання медичної допомоги зумовлює підвищення вимог до професійної відповідальності лікаря. На прикладі досвіду зарубіжних країн представлений аналіз проблеми професійної відповідальності в медичній практиці, розглянуті моделі суспільно-правових відносин між лікарем і пацієнтом, наведені дані щодо кількості скарг пацієнтів на медичних працівників до судових інстанцій та компенсаційних виплат на відшкодування збитків. З досвіду цивілізованих країн світу обґрунтовано важливість питання страхування професійної відповідальності лікаря за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю пацієнтів під час здійснення медичної практики.

**Ключові слова:** *якість в охороні здоров'я, ризик заподіяння шкоди, професійна відповідальність, матеріальне відшкодування, страхування відповідальності.*

**Є хворі, яким не можна допомогти,  
але немає хворих, яким не можна нашкодити**  
(*Є.С.Ламберт*)

Будь-яка професійна діяльність містить в собі потенційний ризик нанесення шкоди внаслідок випадкової помилки. Особливо це важливо в галузі медицини, оскільки помилки під час професійної діяльності медичних працівників можуть коштувати життя людині. Громадськість, не без допомоги засобів масової інформації завжди дуже гостро сприймає подібні ситуації, намагаючись апріорі звинуватити лікаря [1, 11, 14].

Суттєвим чинником цього є високі загальні вимоги суспільства щодо професійної відповідальності працівників інтелектуальної сфери та сектору обслуговування. Медична галузь, як жодна інша, гармонійно поєднує обидві зазначені категорії, істотно впливаючи на якість життя людини. Сьогодні загальносвітові критерії поліпшення якості життя людини базуються не тільки на принципах максимального задоволення потреб і досягнення добробуту і самореалізації, а й зростання ролі автономії пацієнта: поваги його особистості, надання необхідної інформації, можливості вибору лікаря та лікувальної установи, самостійного прийняття рішень, можливості здійснення контролю за ходом обстеження чи лікування, залучення пацієнта до процесу надання йому медичної допомоги. Запропонований у 1984 р. експертами

ВООЗ термін „втрата автономності” є визнаним критерієм зниження якості життя пацієнта внаслідок хвороби [5, 12, 15, 24].

Якщо розглядати місце і роль пацієнта в системі гарантій якості в охороні здоров'я, еволюція якої відбувалася від професійної моделі до бюрократичної, а далі — промислової [3], спостерігається чітка тенденція до зміни ролі пацієнта від „спостерігача” та „утриманця” до головного „замовника” медичних послуг, який, відповідно, здійснює оцінку якості їх надання. Отже, в теперішній час роль пацієнта в оцінці якості надання медичної допомоги є вирішальною, що зумовлює підвищення рівня вимог щодо професійної відповідальності лікаря [15].

В системі охорони здоров'я важливим чинником є зв'язок якісно наданої медичної допомоги з економічними вимогами сучасного суспільства. Трансформація загальнолюдських цінностей в останні роки характеризувалася істотним протиборством гуманістичних напрямків на користь еволюції, з одного боку, та раціональними вимогами економічного розвитку, з іншого. У провідних державах світу виділений новий економічний напрямок — економіка відповідальності. При цьому, чим демократичніше країна, тим більше визначений законодавством ступінь цивільної відповідальності для кож-

ного громадянина. Так, у США за підсумками 2001 року загальні збитки з приводу цивільної відповідальності становили 205 білльйонів доларів [8], значну частину з них займали витрати, пов'язані з цивільною відповідальністю медичних працівників.

Медична діяльність, сама по собі, характеризується непередбачуваністю наслідків втручання (неможливістю надання певного прогнозу щодо реакції організму пацієнта на лікарські засоби, оперативне втручання та ін.), а також високим ризиком інвазивного втручання. Таким чином, необережне або випадкове заподіяння шкоди здоров'ю або життю пацієнта, хоч і вкрай небажана, проте, характерна ознака медичної діяльності, що пов'язане з її особливостями [7].

Загостренню цієї проблеми сприяють певні характерологічні особливості, притаманні більшості сучасних пацієнтів. Виділяють суто медичні та психологічні чинники. До медичних чинників належать [2]:

- наявність кількох захворювань (особливо у пацієнтів похилого віку);
- розлади центральної нервової системи внаслідок хронічного стресу;
- поширення депресивних станів;
- схильність до алергічних реакцій як наслідок застосування товарів побутової хімії та вживання генетично-модифікованих продуктів харчування;
- наявність хронічної інфекції (більш ніж у 80% терапевтичних хворих та 40% осіб, що вважають себе здоровими);
- поєднання зазначених чинників.

Психологічні особливості сучасних пацієнтів зумовлені широким доступом до медичної літератури та переоцінкою свого розуміння медичних питань. При цьому більше уваги вони звертають не на профілактику та здоровий спосіб життя, а на лікування захворювань. Крім того, сучасні хворі часто займаються самолікуванням, випробовують різні парамедичні методики, і тільки за відсутності ефекту звертаються по медичну допомогу.

Усвідомлення пацієнтом власної причетності до результатів лікування сьогодні поступається фінансовому аспектові на ринку медичних послуг. Вважають, „якщо сплачено, результати повинні бути тільки позитивні”. За відсут-

ності таких результатів пацієнти вимагають матеріального відшкодування, звертаючись до судових інстанцій (в тому числі і за безоплатно наданої медичної допомоги) [6, 19, 20].

Активно сприяють цьому різного роду громадські організації з захисту прав пацієнта як користувача медичними послугами. Активність подібних закладів значно перевищує дієвість професійних асоціацій медичних працівників, які не завжди можуть гарантувати навіть належний юридичний захист, тим більше будь-яку матеріальну компенсацію, в той час, коли професійна відповідальність лікаря перебуває в площині не тільки етичних питань, а й має серйозні правові та фінансові наслідки [4, 6, 14, 16, 21].

Аналіз світової практики свідчить, що кількість скарг пацієнтів на медичних працівників збільшилася в усіх країнах [5, 16, 19, 21]. В США реєструють близько 14 скарг на 100 лікарів. В Канаді один з кожних 27 лікарів протягом року мав ризик бути притягнутим до судової відповідальності [9, 21]. В Російській Федерації кожен дев'ятий пацієнт звертається до суду з метою захисту своїх прав [18, 24]. Особливого розвитку в Росії набула діяльність з захисту прав громадян після введення обов'язкового медичного страхування (див. таблицю).

Суми, що сплачувались як компенсація, були досить великими. Так, за період 1996–2002 рр. відшкодування збитків досудовим порядком склали 81,2 млн. руб., а по позовах, розглянутих судом — 15,2 млн. руб. Значно більші компенсаційні виплати за моральну і матеріальну шкоду здійснюються в західних країнах. Так, в США вони складають близько 1 млн. доларів лише протягом одного року [9, 17].

Чималий розмір відшкодування зумовлений збитками, які визначають судові інстанції. Насамперед, це реальні витрати, пов'язані з лікуванням внаслідок заподіяної шкоди здоров'ю, придбанням лікарських засобів, стороннім доглядом тощо. В останні роки актуальним стає відшкодування збитків внаслідок упущеної вигоди — втраченого заробітку або доходу, який пацієнт міг би отримувати за звичайних обставин, працюючи за фахом [21–23]. Крім того, більш, ніж у 50% спостережень компенсацію пацієнтам або їх родичам призна-

#### Діяльність з захисту прав громадян в системі обов'язкового медичного страхування [19]

Показник	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Кількість територій Російської Федерації, які здійснюють захист прав громадян	34	80	81	85	88	88	89
Звернення громадян, тис.	36,9	135,3	335,6	1203,2	1383,7	1439,2	1511,1

чають судові інстанції за нанесення моральної шкоди [21].

Розподіл лікарських спеціальностей за ступенем відшкодування збитків страховими компаніями в багатьох країнах майже типовий і практично постійний протягом багатьох років. Перші позиції в ньому займають хірурги, зокрема, нейрохірурги та пластичні хірурги; далі в порядку зменшення компенсаційних витрат — акушери-гінекологи, ортопеди-травматологи, отоларингологи, анестезіологи, психіатри та інші [9, 13, 21, 25].

Слід зазначити, що медичні працівники несуть відповідальність не за лікарську помилку, а саме за шкоду, заподіяну пацієнту внаслідок цієї помилки [18, 21]. Наявність чи відсутність такої шкоди, а також її розміри обґрунтовують потерпілий та визначає суд.

З метою запобігання судовому переслідуванню за несприятливого кінця хвороби лікарі стали уникати ризику в своїй діяльності. Це явище отримало назву „захисної медицини” (defensive medicine), основними ознаками якої є: призначення надмірного обсягу методів обстеження і засобів лікування; відмова від оперативного втручання у пацієнтів за хронічного перебігу захворювання та застосування складних інвазивних діагностичних методів; переважне використання більш складних методів, але безпечніших для лікаря в юридичному аспекті (надмірне застосування в акушерській практиці кесаревого розтину); вибір найменш складних ортодоксальних прийомів втручання; організація необґрунтованих консультацій та консилиумів; необґрунтоване направлення в інші лікувальні заклади тощо [9].

Досвід зарубіжних країн дозволяє констатувати, що „захисна медицина” не тільки не виправдовує себе, а й суперечить основним етичним постулатам медичної діяльності, оскільки передбачає уникання лікарем ризику навіть за тих ситуацій, коли це необхідно для збереження життя хворого.

Пошук шляхів розв’язання зазначених проблем в цивілізованому світі має майже вікову історію. В Англії 100 років тому створений „Союз захисту медиків”, а з 1948 р., коли було націоналізовано охорону здоров’я, і пацієнти, і держава, і суспільство постійно намагаються розробити оптимальну модель взаємовідносин. Щодо захисту лікарів існує система страхування відповідальності, яка охоплює лікарів, що працюють в лікарнях та інших медичних закладах громадського сектору охорони здоров’я. З 1990 р. страхування професійної відповідальності у Великій Британії стало обов’язковим для всіх лікарів.

Для захисту пацієнтів у країні створені два правові інститути: державний — Парламентський Уповноважений по справах охорони здоров’я (Health Service Ombudsman) та недержавний — Рух на захист потерпілих від медичних помилок — AVMA (Action for Victims of Medical Accidents) [5].

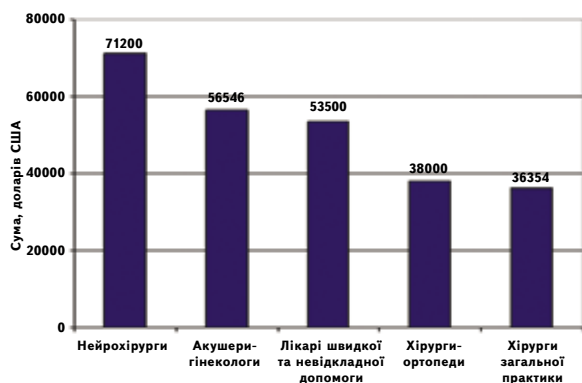
Звертає увагу досвід вирішення цих проблем у Новій Зеландії. Там запроваджено систему компенсації збитків без пошуку конкретних винуватців та доказів їх вини. Так звана концепція „відповідальності без вини” (no fault liability) діє в країні з 1970 р. як різновид соціального страхування від нещасного випадку під час медичного втручання. Скарги пацієнтів розглядає Новозеландська Корпорація по компенсаціях, яка сплачує збитки пацієнту. Проте, коли Корпорація кваліфікує випадок як злочинну халатність медичного персоналу, пацієнт має звертатись до суду [9].

В Європі концепцію „відповідальності без вини” при наданні компенсації пацієнту за отримані збитки першою стала використовувати Швеція, потім Фінляндія і Норвегія. Законодавча основа для використання цієї концепції існує тільки у Фінляндії (Закон „Про нещасні випадки з пацієнтом”, 1986). Нещасним випадком вважають подію з пацієнтом, що сталася внаслідок медичного огляду, лікування або ставлення до нього. Цим законом створено своєрідну систему страхування відповідальності, яка не потребує доказів вини тих, хто заподіяв шкоду пацієнту. Відповідно до закону всі особи, що займаються медичною практикою, мають застрахувати свою відповідальність [4, 9, 10].

У США вирішенням зазначених проблем займаються провідні страхові компанії, які спеціалізуються виключно на страхуванні професійної відповідальності: „Нью-Йоркська компанія взаємної медичної відповідальності”, „Компанія з страхування на випадок порушень в медичній практиці” та інші. В Канаді та Австралії асоціації з захисту медиків активно здійснюють свою діяльність також шляхом страхування відповідальності [9, 21].

Стійка тенденція до збільшення виплат страховими компаніями за шкоду, заподіяну пацієнтам лікарями, супроводжується зростанням вартості страхового полісу для лікарів. Так, в США вартість страхового внеску становить 4,4% сукупного доходу лікаря, в Канаді — 2,8%, у Великій Британії — 2–4% [8, 13, 14, 16, 20]. Розмір страхового внеску, який сплачує лікар для отримання полісу, залежить від ступеня ризику, настання страхової події, яка залежить і від спеціальності (див. рисунок).

Найвищий страховий внесок сплачують нейрохірурги, в окремих випадках він становить



### Середньорічні страхові платежі лікарів хірургічних спеціальностей (США, 2002), (J.TIME, 2003)

майже 283 000 доларів (Чикаго), 267 000 доларів (Філадельфія). Суттєвою є різниця страхових внесків серед лікарів навіть однієї спеціальності (71 200–283 000 доларів), це зумовлене різним рівнем якості надання медичної допомоги в тій чи іншій клініці, а також тим, що відповідальність медичних працівників за нанесення шкоди здоров'ю пацієнта визначається загальним правом конкретного штату. Хоча страхування професійної відповідальності лікарів в США не є обов'язковим, більшість лікарів намагаються придбати страховий поліс. Справа в тому, що його вимагатиме лікувальний заклад як гарантію того, що лікар здатний нести фінансову відповідальність за власні помилки [21].

Визначення будь-яких специфічних ознак страхування професійної відповідальності залежно від фаху, а також вибір лікарем страховика на ринку страхових компаній певною мірою залежать від рекомендацій, які надають професійні асоціації лікарів; адже вони мають найбільший авторитет серед лікарів-практиків в усьому світі.

**Висновки.** 1. Необережне або випадкове заподіяння шкоди здоров'ю або життю пацієнта, хоча і вкрай небажана, проте, характерна ознака медичної діяльності, пов'язана з її особливостями.

2. Практика європейських країн і США свідчить, що з метою зменшення частки власної відповідальності деякі лікарі вдаються до принципів „захисної медицини”, коли пацієнта лікують з застосуванням надмірної кількості консультацій і контрольних досліджень, що не сприяє підвищенню професійної майстерності і зумовлює збільшення витрат на охорону здоров'я.

3. За досвідом провідних країн світу, цивілізоване вирішення проблеми щодо заподіяння шкоди пацієнту від ненавмисних дій лікаря (внаслідок лікарської помилки) вирішується шляхом страхування професійної відповідальності медичних працівників, що однаково відповідає як їх інтересам, так і інтересам пацієнтів.

### Список літератури

1. Аронов Г.Ю. Между долгом и ответственностью // Пробл. медицины. — 1999. — №5. — С.92–95.
2. Берлов А. Психологические особенности современного пациента // Врач. — 2003. — №9. — С.64.
3. Бомер Р. Подход к улучшению качества клинического обслуживания в США // Качество мед. помощи. — 1996. — №2. — С.38–40.
4. Вартамян Ф.Е., Рожецкая С.В. Права пациента за рубежом // Главный врач. — 2002. — №3. — С.49–51.
5. Глуховский В.В. Обзор международного опыта по реализации прав граждан и пациентов на качественную медицинскую помощь: Великобритания // Главный врач. — 2002. — №8. — С.64–66.
6. Григорьев И.Ю. Защита прав субъектов охраны здоровья населения // Экономика здравоохранения. — 2003. — №3. — С.48–54.
7. Григорьев И.Ю., Александрова О.Ю., Шамшурина Н.Г. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников: правовые и экономические аспекты // Экономика здравоохранения. — 2002. — №11. — С.31–34.
8. Грищенко Н.Б. Страхование профессиональной ответственности в современной экономике: предпосылки, проблемы и перспективы развития // Экономика здравоохранения. — 2004. — №3. — С.11–14.
9. Жилинская Е.В., Жилияева Е.П. Проблемы страхования ответственности в здравоохранении зарубежных стран // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — 1997. — №3. — С.39–41.
10. Карі М. Опис програм в сфері охорони здоров'я Фінляндії та деяких інших країн Європи // BISTRO Project. — 2001. — 22 с.
11. Кривошеев Г.Г. Защита профессиональной медицинской деятельности в условиях современной России // Экономика здравоохранения. — 2002. — №1. — С.47–49.
12. Кучеренко В.З., Пешков М.Н., Хетагурова А.К., Эккерт Н.В. Теоретические основы качества жизни, связанного со здоровьем населения // Пробл. управления здравоохранением. — 2004. — №2. — С.10–12.
13. Литвак А.И. Справочник по медицинскому страхованию. — К.: ЗАО “Укринмедстрах”, 2003. — 220 с.
14. Маврин С.П., Фишман Е.Б. Правовой механизм взаимодействия “врач-пациент” в Европе (на примере Германии и Нидерландов) // Менеджер здравоохранения. — 2004. — №4. — С.50–54.
15. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я. — Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. — 384 с.
16. Островская О. Опыт страхования профессиональной ответственности // Мед. вестник. — 2003. — №16. — С.69–70.
17. Смирнов Ф. Страховать надо не только пациентов, но и врачей // “Медицина”: Журнал Білорус. асоц. врачей. — 2000. — №2. — С.11.
18. Степанов Е.М. Профессиональные и юридические вопросы врачебных ошибок // Экономика здравоохранения. — 2002. — №2. — С.38–39.

19. Таранов А.М. Основные результаты деятельности системы ОМС за 10 лет и неотложные задачи её совершенствования // Экономика здравоохранения. — 2003. — №4. — С.4–5.
20. Тупицына Т.В. Проблемы обеспечения и защиты прав пациента при оказании платных медицинских услуг // Экономика здравоохранения. — 2003. — №5–6. — С.73–75.
21. Фили Ф.Г., Маринер У.К. Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2003. — №5. — С.68–86.
22. Цивільний кодекс України, ст.16, гл.3, роз.1. — К.: Атіка, 2003. — 420 с.
23. Цивільний кодекс України, п.1., ст.1195, гл.2, роз.3. — К.: Атіка, 2003. — 420 с.
24. Юркин Г. Буланова С. Система обязательного медицинского страхования: проблемы функционирования и модернизации // Врач. — 2003. — №5. — С.61–62.
25. Medical Liability Monitor: Who's Paying the Most // Time. — 2003. — V.9.

### Профессиональная ответственность врача (опыт зарубежных стран)

*Морозов А.Н., Степаненко А.В., Кучеренко С.В.*

Повышение роли пациента в оценке качества оказания медицинской помощи обуславливает возрастание уровня требований к профессиональной ответственности врача. На примере опыта зарубежных стран представлен анализ проблемы профессиональной ответственности в медицинской практике, рассмотрены модели общественно-правовых отношений между врачом и пациентом, представлены данные о числе жалоб пациентов на медицинских работников в судебные инстанции и компенсационных выплат за возмещение ущерба. Из опыта цивилизованных стран мира доказана важность вопроса страхования профессиональной ответственности врача за вред, нанесенный жизни и здоровью пациента при осуществлении медицинской практики.

### Physicians' professional responsibility (foreign countries experience)

*Morozov A.N., Stepanenko A.V., Kucherenko S.V.*

The increase of the role of a patient in the assessment of the quality of medical care causes the increase of the level of requirements to professional responsibility of physician. Basing on the experience of foreign countries the analysis of problems on professional responsibility in medical practice has been presented and models of social and legal relations between physician and patient are presented covering also the data on the amount of complaints from patients against medical workers for legal proceedings concerning paying damages. According to the experience of civilized countries the importance of the problem on the insurance of professional responsibility of physician for damages caused to a patient's life in the medical care has been grounded.

Відповідно до рішення Пленуму правління Української Асоціації Нейрохірургів, що відбувся в Одесі 15–17 вересня 2004 р., лікарям-нейрохірургам рекомендується застрахувати свою професійну відповідальність на випадок шкоди, заподіяної життю та здоров'ю пацієнтів під час здійснення медичної практики, у провідній страховій організації медичного профілю —

### Українській страховій компанії „Панацея–1997”

(01042, Київ, вул.Чигоріна,18, тел./факс: 254–38–37, 294–73–43

E-mail: panacea1@nbi.com.ua)