

DOI: 10.26794/2587-5671-2026-30-5-64-76
 УДК 368.86(045)
 JEL G22

Об основных этапах развития страхования профессиональной ответственности врачей в США

А.А. Салыкин

независимый исследователь, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Страхование гражданской ответственности медицинских организаций и медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности в России в настоящее время развивается как добровольный вид страхования. При этом, несмотря на актуальность вопроса поиска оптимальных путей решения конфликтов «врач-пациент» и необходимости защиты имущественных интересов профессионального медицинского сообщества в случае получения требований от пациентов, таким страхованием сегодня в нашей стране охвачена относительно небольшая часть медицинских организаций и врачей. В то же время в большинстве развитых стран мира данный вид страхования, независимо от того, в каком виде он существует на национальном уровне (как обязательное, вмененное или добровольное страхование), широко используется для урегулирования требований и исков, связанных с врачебными ошибками. **Целью** данного исследования является изучение истории развития рынка страхования профессиональной ответственности врачей в Соединенных Штатах Америки, выявление институциональных и законодательных инициатив, которые применялись для стабилизации рынка данного вида страхования в период кризисов. **Методологической основой** работы являются экономическо-статистические методы обработки информации, в том числе с использованием статистической информации Национального банка данных о практикующих врачах (National Practitioner Data Bank). В **результате** исследования рассмотрены три кризиса страхования профессиональной ответственности врачей, которые произошли на американском рынке за последние 50 лет, причины, их побудившие, и методы, которые использовались для их преодоления. На основании статистических данных Национального банка о практикующих врачах проанализировано современное состояние американского рынка данного вида страхования. Проанализировано текущее положение дел на российском рынке страхования гражданской ответственности медицинских организаций и медицинских работников, проведено сравнение основных институциональных и законодательных различий между американским и отечественным рынками на современном этапе.

Ключевые слова: история развития американского рынка страхования; профессиональная ответственность; страхование профессиональной ответственности врачей; ответственность за причинение вреда

Для цитирования: Салыкин А.А. Об основных этапах развития страхования профессиональной ответственности врачей в США. *Финансы: теория и практика*. 2026;30(5):64-76. DOI: 10.26794/2587-5671-2026-30-5-64-76

ORIGINAL PAPER

Major Milestones in the Development of Medical Malpractice Insurance in the United States

A.A. Salykin

Independent researcher, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Civil liability insurance for medical organizations and healthcare professionals in Russia is currently developing as a voluntary type of insurance. However, despite the importance of finding effective ways to resolve "doctor-patient" conflicts and the need to protect the interests of medical professionals in case of claims from patients, insurance currently only covers a small number of medical organizations and doctors in our country. At the same time, in most developed countries, this type of insurance is widely used to settle claims and lawsuits related to medical malpractice, regardless of the form it takes at the national level, such as compulsory, imputed, or voluntary insurance. The purpose of this research is to investigate the history of the medical malpractice liability insurance market in the United States, with a focus on identifying institutional and legislative measures that were implemented to stabilize the market during times of crises. The methodological basis for the work is the use of economic and statistical methods for information processing, including the use of statistical information from the National Practitioner Data

© Салыкин А.А., 2026

Bank. The study examines the three crises of professional liability insurance for physicians that have occurred in the American market over the past 50 years, the reasons that prompted them, and the methods used to overcome them. Based on statistical data provided by the National Database of Practicing Physicians, the current state of the American market for this type of insurance has been analyzed. The current state of affairs in the Russian civil liability insurance market for medical organizations and healthcare professionals has been analyzed. Also, comparisons of main institutional and legislative distinctions between the American and domestic markets at the present stage have been made.

Keywords: the history of the development of the American insurance market; professional liability; professional liability insurance for doctors; liability for causing harm

For citation: Salykin A.A. Major milestones in the development of medical malpractice insurance in the United States.

Finance: Theory and Practice. 2026;30(5):64-76. DOI: 10.26794/2587-5671-2026-30-5-64-76

ВВЕДЕНИЕ

Медицина — одна из самых сложных и ответственных областей профессиональной деятельности, требующая высокой квалификации, постоянного профессионального развития, строгого соблюдения профессиональных стандартов и этических норм. Системы здравоохранения в разных странах мира организованы по-своему, отличаясь по таким показателям, как доступность, эффективность, своевременность и качество оказания медицинской помощи, но при этом, независимо от перечисленных выше параметров, для любой системы здравоохранения актуальной является проблема так называемых врачебных ошибок¹ и их последствий.

В каждой стране вопрос компенсации вреда, причиненного пациентам при оказании медицинской помощи, решается по-разному. Пути его решения могут отличаться как с точки зрения национального законодательства на федеральном или региональном уровнях, так и с точки зрения практических подходов к урегулированию претензий пациентов, сложившихся в той или иной стране. При этом в большинстве развитых стран в качестве инструмента защиты имущественных интересов медицинских работников применяется механизм страхования профессиональной ответственности, который позволяет осуществлять компенсацию вреда, причиненного пациентам в виде выплат страхового возмещения по договору страхования, а также чаще всего покрывает расходы на защиту врача по делам, связанным с претензиями пациентов.

¹ В рамках настоящей статьи данный термин используется для краткости, в его обычном лексическом значении, понимая, что в действующем российском законодательстве такое понятие отсутствует. В США для обозначения этого понятия чаще всего используется термин «Medical Malpractice», который можно перевести как «медицинская (или врачебная) халатность». Однако такой перевод не должен вводить в заблуждение, важно понимать, что он не подразумевает «халатность» как преступление, предусмотренное ст. 293 УК РФ.

ЦЕЛЬ СТАТЬИ

В условиях роста требований к качеству медицинской помощи и повышения правовой осведомленности пациентов в нашей стране актуальность приобретает изучение зарубежного опыта страхования профессиональной ответственности врачей. Особый интерес при этом представляет изучение истории развития и текущего состояния системы такого страхования в Соединенных Штатах Америки — одной из наиболее развитых и институционализированных моделей страхования в мире. Следует отметить, что в рамках настоящей статьи такое название — «страхование профессиональной ответственности врачей» — для рассматриваемого вида страхования используется как для российского, так и для американского рынка страхования для краткости, понимая, что его полное юридически верное название для российского рынка должно звучать как «страхование гражданской ответственности при осуществлении медицинской деятельности», при этом лицом, ответственность которого подлежит страхованию по такому договору, является медицинская организация (ст. 1068 ГК РФ). А применительно к американскому рынку используемый термин «Medical Malpractice Insurance» может быть переведен как «страхование от врачебной халатности» и в рамках такого страхования лицом, ответственность которого застрахована, является врач (медицинский работник).

Рынок страхования профессиональной ответственности врачей США в разные годы был предметом исследования целого ряда отечественных авторов [1–4], но в большинстве случаев они анализировали текущее состояние американского рынка на момент написания соответствующей работы. Вместе с тем интересно проследить динамику развития данного рынка страхования, тем более что его история сопряжена с целым рядом ярко выраженных кризисов, каждый из которых существенным образом менял законодательные нормы, связанные с делик-

тной ответственностью, подходы страховщиков к принятию на страхование соответствующих рисков и структуру участников страхового рынка в целом.

Целью настоящей статьи является исследование и систематизация информации об основных этапах развития американского рынка страхования профессиональной ответственности врачей, выявление тех вопросов законодательного и нормативного регулирования, которые могут быть актуальны для отечественного рынка.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методология настоящей работы заключается во всестороннем изучении информации об истории развития рассматриваемого вида страхования в США с последующим анализом и выявлением тех аспектов, которые могут быть интересны для российского рынка. В работе использовались элементы контент-анализа научных публикаций, отраслевых отчетов и статистические данные о врачебных ошибках Национального банка данных о практикующих врачах (National Practitioner Data Bank)².

Впервые судебные иски, связанные с причинением вреда пациентам, появились в США еще в XIX в., однако до 1960-х гг. они были редки и не оказывали большого влияния на медицинскую практику [5, с. 339]. В связи с этим страхование профессиональной ответственности врачей в тот период хотя и существовало, но имело ограниченное распространение.

В современном виде судебные дела по обстоятельствам, связанным с врачебными ошибками, начали появляться в США в середине 1960-х гг., с этого момента страхование профессиональной ответственности врачей стало более востребованным и начало активно развиваться. При этом в истории американского рынка можно выделить несколько ярко выраженных циклов, каждый из которых длился 10–15 лет [6, с. 134]. Каждый такой цикл начинался с периода «мягкого» рынка, который характеризовался относительно низкой убыточностью и, соответственно, интересом и высокой конкуренцией страховщиков между собой. Заканчивался цикл периодом «жесткого» рынка — кризисом, связанным с резким ростом числа и сумм требований пациентов, что заставляло страховщиков

коренным образом менять подходы к оценке риска и тарификации.

Первый кризис в страховании профессиональной ответственности врачей произошел в США в середине 1970-х гг. и явился следствием либерализации норм деликтного права и процедур подачи исков в предыдущее десятилетие, в результате чего «привлекательность» исков по делам, связанным с врачебными ошибками, для истцов повысилась как с точки зрения вероятности получения положительного решения суда, так и ожидаемых сумм возмещения [7, с. 16]. К середине 1970-х гг. рынок столкнулся с резким ростом числа судебных исков к врачам и взыскиваемых с них сумм возмещения. В связи с этим в период 1974–1977 гг. страховщики резко, в несколько раз, подняли страховые премии, а целый ряд страховых компаний, которые оказались не готовы к существенному росту убыточности, ушли с данного рынка. В частности, в 1974 г. страховая компания Argonaut Insurance Company объявила врачам Северной Калифорнии, что увеличит страховые премии на 380% и впоследствии уйдет с рынка страхования профессиональной ответственности врачей Калифорнии. В 1975 г. страховая компания Travelers объявила врачам Калифорнии об увеличении ставок на 327%. Facts on File World News Digest в июле 1975 г. написал, что за несколько месяцев тарифы по страхованию профессиональной ответственности врачей выросли на 300% [8]. Это привело к кризису доступности страхования профессиональной ответственности, когда врачи вынуждены были платить за договор в несколько раз больше, чем в предыдущие годы, или испытывали сложности с поиском страховщика, готового принять на страхование их риски. Забегая вперед, следует отметить, что, хотя на тот момент это и способствовало развитию и усугублению кризиса, в долгосрочной перспективе имело положительный эффект, связанный с возникновением обществ взаимного страхования (далее — ОВС) врачей и новых специализированных страховых компаний, которые заняли определенную долю рынка и до настоящего времени успешно конкурируют с коммерческими страховыми компаниями. Но сложившаяся в период кризиса ситуация привела к массовому недовольству врачей, затруднениям в ведении врачебной практики, а в ряде случаев — даже к забастовкам. В частности, можно отметить 4-недельную забастовку врачей в Калифорнии в 1975 г. [8, с. 43], которая имела широкий резонанс по всей стране.

В результате для преодоления этого кризиса в разных штатах США предпринимался целый ряд

² National Practitioner Data Bank Data Analysis Tool. URL: <https://www.npdb.hrsa.gov/analysistool/> (дата обращения: 05.05.2025).

различных мер, которые обобщенно можно классифицировать на перечисленные ниже группы. Также следует отметить, что аналогичные меры предпринимались и для преодоления последующих кризисов, о которых будет сказано ниже, и они же, при условии адаптации к национальным особенностям российской правовой системы и системы здравоохранения, могут быть интересны и для отечественного рынка.

МЕРЫ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В США

1. Увеличение емкости страхового рынка и способов организации страховой защиты за счет создания новых специализированных страховых компаний (professionally sponsored companies), ОВС (mutuals), кэптивных страховых компаний (captive) и использования механизмов самострахования (self-insurance) или удержания риска (risk retention). В период 1975–1982 гг. при финансовом участии медицинских объединений отдельных штатов и других профессиональных объединений врачей в стране было создано около 40 новых специализированных страховых компаний. Кроме того, в общей сложности 11 ассоциаций, объединяющих медицинские организации в разных штатах, создали свои страховые компании [9, с. 39]. Создание таких специализированных страховых компаний позволило решить «кризис доступности» страхования на рынках тех штатов, откуда ушли коммерческие страховщики. Кроме того, сам факт создания таких компаний отражал веру многих врачей и больниц в то, что они сами способны организовать свою страховую защиту наилучшим образом, снизить число неблагоприятных событий и обеспечить более быстрое и справедливое урегулирование претензий пациентов. И хотя специализированные страховые компании действительно успешно поддерживали относительно стабильный и доступный рынок страхования профессиональной ответственности врачей в начале 1980-х гг., их слабыми местами были узкая специализация (только на одном виде страхования) и чаще всего — деятельность только в рамках одного штата, что ограничивало возможности по развитию и диверсификации страхового портфеля. В результате специализированные страховщики в дальнейшем столкнулись с теми же убытками и проблемами, что и коммерческие страховые компании и вынуждены были тем или иным образом трансформировать свой бизнес и пересматривать тарифы и подходы к страхованию профессиональной ответственности [9, с. 40]. В результате часть из них со временем трансфор-

мировалась в специализированные страховые компании федерального уровня, часть — сконцентрировалась на страховании врачей какой-то одной специальности, а часть — продолжила работу как специализированный страховщик на уровне одного штата.

Еще одним последствием кризиса 1970-х гг. явилось распространение, особенно среди средних и крупных больниц, практики самострахования, когда медицинская организация создавала специализированный фонд, предназначенный для осуществления выплат в случае получения претензий пациентов. Аналогичным образом ряд медицинских организаций создали полностью принадлежащие им специализированные кэптивные страховые компании. Таким образом, медицинские организации стали больше рисков оставлять «на себе», а не передавать коммерческим страховым компаниям. По некоторым данным, к середине 1980-х гг. программы самострахования использовали от 750 до 1000 медицинских организаций в стране [9, с. 42].

2. Создание дополнительных механизмов и емкостей выплат в виде специализированных фондов: фондов компенсации пациентам [Patient Compensation Funds) и ассоциаций совместного андеррайтинга (Joint Underwriting Associations (JUAs)]. Вследствие кризиса 1970-х гг. правительства целого ряда штатов приняли решение о создании специализированных фондов для осуществления дополнительных выплат в случае недостаточности лимита ответственности по основному договору страхования врача. Фонды компенсации пациентам формировались за счет взносов страхователей, а Ассоциации совместного андеррайтинга — за счет взносов страховщиков, осуществляющих страхование ответственности в соответствующем штате. Интересно отметить, что в период кризиса в 43 штатах Ассоциации совместного андеррайтинга использовались для обеспечения страховой защиты тех врачей, которые не смогли заключить договор страхования с коммерческой страховой компанией [9, с. 41]. Условия формирования указанных фондов и осуществления выплат из них в разных штатах сильно отличались друг от друга, а сами такие фонды, выполнив свою роль в период кризиса, зачастую впоследствии прекращали свою деятельность. В частности, по состоянию на середину 1985 г. в активной работе оставалось только 13 Ассоциаций совместного андеррайтинга [9, с. 41].

3. Внесение изменений в условия договоров страхования ответственности. В результате кризиса 1970-х гг. в целях снижения неопре-

деленности по претензиям, которые могут быть заявлены после окончания срока страхования, американские страховщики начали переходить от практики страхования профессиональной ответственности врачей на базе события, инцидента («occurrence» basis) к страхованию на базе предъявления претензий («claims-made» basis) [7, с. 19], что является основным способом заключения договора страхования профессиональной ответственности в настоящее время во всем мире, в том числе в нашей стране [10, с. 24]. Следует отметить, что на момент его создания договор страхования на базе предъявления претензий воспринимался страхователями и брокерами как менее желательный вариант, поэтому в 1970-х гг. на таких условиях страховалось менее одной трети от общего объема американского рынка страхования профессиональной ответственности врачей. Дальнейшее распространение практики такого страхования произошло в середине 1980-х гг. уже под давлением соответствующих требований со стороны рынка перестрахования [9, с. 45].

4. Изменения в подходах к тарификации для врачей разных специальностей. Помимо самого факта роста тарифов и, соответственно, абсолютных значений страховых премий, кризис 1970-х гг. повлек за собой переоценку соотношения степени риска для врачей разных специальностей. Если до кризиса тарифы для врачей наименее и наиболее рискованных специальностей могли отличаться в 5–7 раз, то в результате кризиса это соотношение увеличилось до 10–14 раз [9, с. 46]. Такая разница в тарифах явилась следствием конкурентной борьбы страховщиков за привлечение страхователей, характеризующихся наименьшей степенью риска и нежеланием заключать договоры с врачами наиболее рискованных специальностей.

5. Меры, направленные на изменение законодательства: реформирование деликтного права (Tort reform). В отличие от большинства стран, в США законодательство, связанное с медицинскими ошибками (medical malpractice law), традиционно находится в ведении отдельных штатов, а не федерального правительства [5, с. 340]. Столкнувшись с резким ростом числа и сумм исков от пациентов, профессиональное медицинское сообщество настаивало на том, чтобы законодательные органы штатов приняли экстренные меры, направленные на снижение частоты и величины таких исков. Оставляя за рамками настоящей статьи вопрос эффективности реализованных законодательных инициатив, а также тот факт, что в ряде штатов новые законы впоследствии признали полностью или частично неконституционными и они были

пересмотрены, остановимся на перечислении основных направлений законодательных изменений, которые в том или ином виде обсуждались или были реализованы в разных штатах.

5.1. Изменение законодательства в части установления сроков исковой давности (statutes of limitations). Если до 1970-х гг. в большинстве штатов действовало «правило раскрытия» («discovery rule»), в соответствии с которым срок исковой давности начинал действовать с даты, когда пациенту стало известно о совершенной врачебной ошибке, то в результате рассматриваемого кризиса большинство штатов наложило дополнительные ограничения на применение этого правила, а в ряде случаев оно было полностью отменено [7, с. 21]. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев срок исковой давности стал рассчитываться, начиная с момента оказания медицинской помощи, кроме случаев оказания медицинской помощи несовершеннолетним (для них срок рассчитывается, начиная с даты наступления совершеннолетия). Кроме того, ряд штатов пересмотрел сами сроки исковой давности по делам, связанным с врачебными ошибками.

5.2. Ограничение величины гонораров адвокатов. Известно, что оплата услуг адвоката по гражданскому делу в США и распределение этих расходов между сторонами имеют особенности: это активное применение соглашений о гонораре успеха (pactum de quota litis) и американское правило, согласно которому проигравшая сторона не оплачивает расходы победителя на адвоката [11, с. 694]. Считается, что это могло быть одной из причин кризиса страхования профессиональной ответственности врачей на американском рынке в 1970-х гг., когда адвокаты инициировали необоснованные иски, намеренно завышали суммы исков и отказывались от урегулирования принятых к рассмотрению исков на разумные суммы. В данном вопросе исследователи ссылаются на множество решений судов, где судьи выражают уверенность в том, что ограничение соглашений о гонораре успеха позволило бы уменьшить количество явно необоснованных исков и нереалистичных требований о заключении мировых соглашений. Также приводится аргумент о том, что некоторые иски предъявляются лишь с целью выманить у ответчика деньги [такие иски получили название «досаждающих» (nuisance)]. При предъявлении досаждающего иска изначально не планируется выигрыш, задача истца состоит лишь в том, чтобы заставить ответчика пойти на мировую, откупиться, т.е. заключить соглашение о выплате истцу некой суммы денег [11, с. 699].

В результате целый ряд штатов предприняли законодательные меры по ограничению гонораров адвокатов, в том числе — законодательно ограничили максимально возможный процент, который мог быть выплачен адвокату в качестве гонорара успеха и этот процент уменьшался по мере увеличения суммы компенсации [7, с. 22].

5.3. Законодательное ограничение сумм, которые могут быть выплачены по искам, связанным с врачебными ошибками. В связи с резким ростом сумм, взыскиваемых с врачей в пользу пациентов, были предприняты законодательные инициативы по ограничению максимальных величин таких сумм. Разные штаты реализовывали эти ограничения по-разному: где-то устанавливалось ограничение по общей сумме возмещения, которую мог получить пациент, где-то ограничивалась сумма, которая могла быть взыскана с врача и предполагалось, что возмещение сверх этой суммы будет выплачиваться из специального фонда, созданного на уровне штата (см. п. 2 выше), где-то ограничивалась только сумма возмещения неэкономических убытков [7, с. 25] (понятие, аналогичное причинению морального вреда в российском законодательстве).

5.4. Меры по уменьшению выплаты на суммы, которые истец может (имеет право) получить в качестве компенсации из других источников. Некоторые штаты пытались ограничить сумму возмещения, законодательно уменьшая ее на сумму, которую истец может (если у него есть соответствующий договор страхования и соответствующее право) получить в качестве возмещения по договору страхования жизни, по договору страхования от несчастного случая или в качестве компенсаций больничных от своего работодателя. Либо устанавливалась обязанность истца сообщить суду о том, что он уже получил или имеет право на получение тех или иных выплат, чтобы суд имел возможность учитывать эту информацию при принятии решения по иску [7, с. 26].

Следует отметить, что кроме вышеперечисленных предпринимались и другие меры, направленные на снижение влияния кризиса и его последствий. В частности, имели место законодательные инициативы по изменению некоторых юридических аспектов подачи исков, предложения об обязательной независимой экспертизе обстоятельств произошедшего, которая должна предшествовать подаче иска, а также предложение о том, что суммы возмещения сверх определенной величины должны выплачиваться потерпевшему не единовременно, а частями [7, с. 26]. Современные исследования говорят, что по крайней мере половина

штатов отреагировала на кризис 1970-х гг. теми или иными изменениями своего деликтного законодательства [6, с. 135]. Перечисленные меры применялись в разных штатах в разном объеме и дали разный эффект, но в целом во второй половине 1970-х гг. кризис был преодолен.

После этого в течение почти 10 лет рынок страхования профессиональной ответственности врачей в США характеризовался как «мягкий». Коммерческие страховые компании и недавно созданные новые участники рынка, такие как ОВС и специализированные страховщики, активно конкурировали между собой за привлечение клиентов. По мнению ряда исследователей, это происходило, в том числе, путем необоснованного снижения тарифов для получения максимально возможного объема страховых премий и последующего использования их страховщиками для инвестиций [8, 9]. Действительно, исследования показали, что в течение нескольких лет в первой половине 1980-х гг. полученные по страхованию профессиональной ответственности врачей страховые премии не покрывали убытки и страховщики могли рассчитывать только на инвестиционный доход [9, с. 48]. В результате в 1985 г., на фоне снижения инвестиционного дохода и продолжающегося роста числа убытков, страховщики вынуждены были существенно повысить тарифы. В частности, страховая компания St. Paul Fire and Marine Insurance Company, которая на тот момент страховала больше всего врачей в стране и работала по данному виду страхования в 42 штатах, сообщала об увеличении тарифов на 32% в 1986 г., на 30% в 1987 г. и на 5,5% в 1988 г. [12]. Это привело ко второму кризису на рынке страхования профессиональной ответственности врачей. По времени он совпал с кризисом на рынке других видов страхования общегражданской и профессиональной ответственности в США [13], а также с аналогичными кризисами на рынках страхования профессиональной ответственности врачей в таких странах, как Канада и Великобритания [12, 14]. В результате в целях увеличения доступности страхования и снижения страховых тарифов большая часть штатов предприняла дополнительные меры по реформированию своего деликтного законодательства. Как впоследствии было посчитано, после кризиса 1985–1988 гг., те или иные изменения законодательства были сделаны в 46 штатах [6, с. 135].

Кроме того, одним из важнейших событий, которое произошло в период данного кризиса, стало создание в США организации, которая на федеральном уровне аккумулировала информацию обо

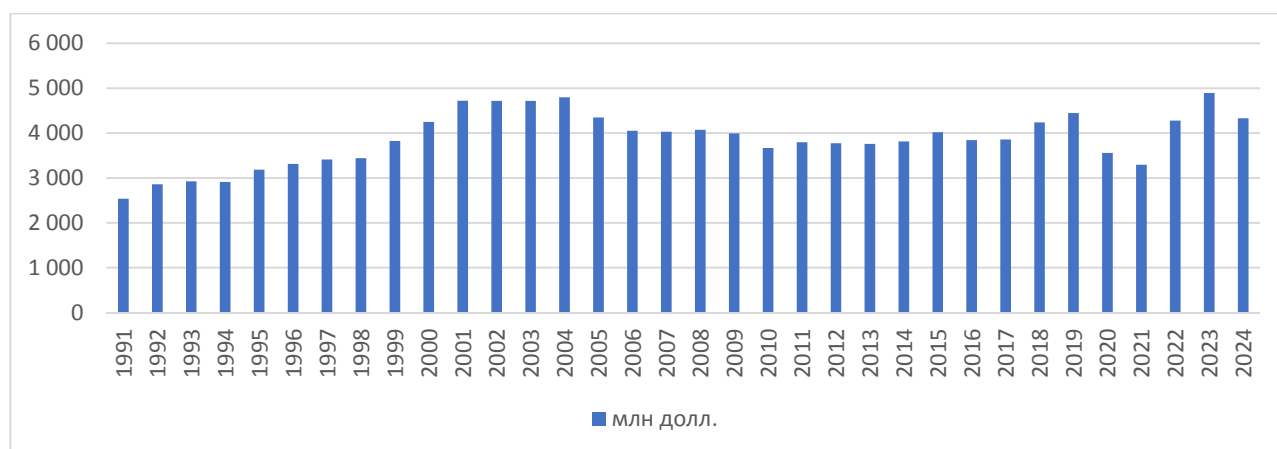


Рис. 1 / Fig. 1. Суммы выплат по требованиям, связанным с врачебными ошибками в США за период 1991–2024 гг. / Amounts of Payments for Medical Malpractice Claims in the United States for the Period 1991–2024

Источник / Source: составлено автором по данным NPDB / Compiled by the author based on NPDB data.

всех выплатах, связанных с врачебными ошибками. Такой организацией стал Национальный банк данных о практикующих врачах [National Practitioner Data Bank (NPDB)]. Он был создан на основании Закона об улучшении качества медицинской помощи 1986 г.³ в целях сбора данных и выявления тех медицинских работников, кто ведет себя непрофессионально, а также в целях ограничения возможности для таких медицинских работников перемещаться из одного штата в другой без раскрытия информации об их предыдущей деятельности. В соответствии с указанным Законом, каждое юридическое лицо (включая страховую компанию), которое производит выплату по договору страхования, самострахования или иным образом в целях урегулирования (частичного урегулирования) или удовлетворения судебного решения по иску, либо претензии по поводу врачебной ошибки, должно сообщать NPDB информацию о соответствующем враче, произошедшем событии и размере выплаты. При этом каждое медицинское учреждение при приеме на работу нового сотрудника обязано запросить у NPDB информацию о нем. Кроме того, в обезличенном виде информация NPDB доступна любому пользователю и позволяет анализировать статистику выплат как в разрезе отдельных штатов, так и на федеральном уровне.

После кризиса 1985–1988 гг. начался очередной период «мягкого» рынка, когда страховые тарифы стабилизировались, по некоторым направлениям и в некоторых штатах снизились, а доступность

страхования улучшилась [8, с. 57]. Однако в течение 1990-х гг. суммы выплат по требованиям, связанным с врачебными ошибками, непрерывно росли, а в начале 2000-х гг., как видно из статистики NPDB (рис. 1), произошел их резкий рост, что спровоцировало очередной, третий по счету кризис на рынке страхования профессиональной ответственности врачей в США.

В 2001 г. страховые компании резко подняли тарифы⁴ и на рынке в очередной раз возник кризис доступности страхования. В качестве примера можно привести тот факт, что в 2001 г. во Флориде для акушера по договору с лимитом 250 000 долл. страховая премия составляла 209 000 долл. [15, с. 47]. Сложившаяся ситуация в очередной раз заставила федеральные власти, законодательные органы отдельных штатов, а также такие организации, как Американская медицинская ассоциация (American Medical Association (AMA)) и Американская ассоциация по реформе деликтного права [American Tort Reform Association (ATRA)] вернуться к рассмотрению вопросов реформы законодательства. В итоге в результате кризиса 2002–2006 гг. как минимум половина штатов отреагировали на резкий рост страховых тарифов принятием очередных законов о реформе деликтов, в том числе 14 штатов приняли или снизили ранее законодательно установленные лимиты на неэкономические убытки [8, с. 36]. Следует отметить, что на американском рынке существует мнение, что непосредственно установление таких лимитов и сама реформа делик-

³ Title IV-Health Care Quality Improvement Act of 1986. URL: https://www.ssa.gov/OP_Home/comp2/F099-660.html (дата обращения: 05.05.2025).

⁴ В 2001 г. в 8 штатах страховые премии выросли более чем на 30%, в 12 других штатах премии выросли на 25%. При этом в некоторых штатах премии выросли на 80% [15].

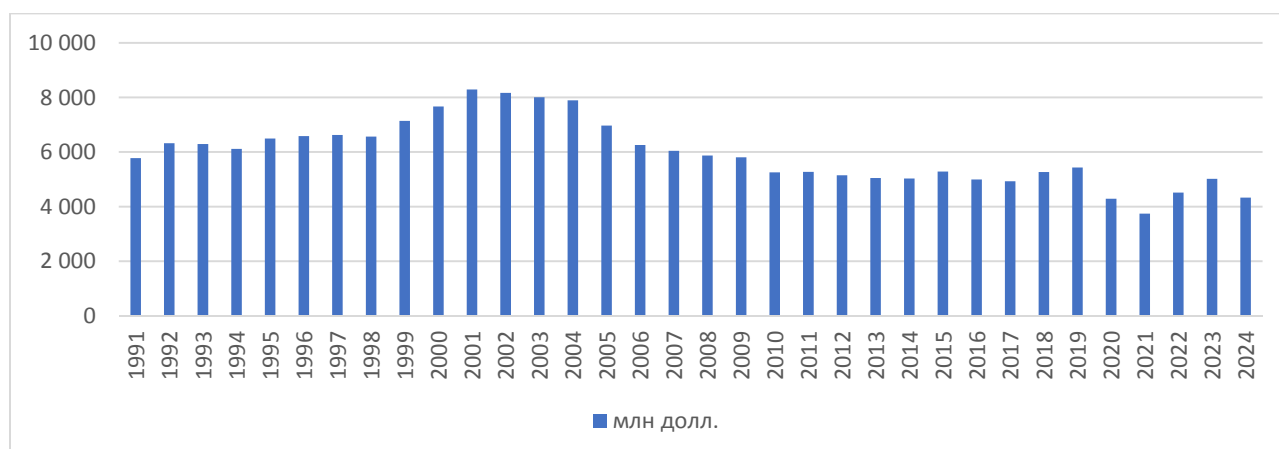


Рис. 2 / Fig. 2. Суммы выплат по требованиям, связанным с врачебными ошибками в США за период 1991–2024 гг. (скорректировано с учетом инфляции по состоянию на 2025 г.) / Amounts of Payments for Medical Malpractice Claims in the United States for the Period 1991–2024 (Adjusted For Inflation as of 2025)

Источник / Source: составлено автором по данным NPDB / Compiled by the author based on NPDB data.



Рис. 3 / Fig. 3. Количество выплат по требованиям, связанным с врачебными ошибками в США за период 1991–2024 гг. / Number of Medical Malpractice Claims Paid in the United States, 1991–2024

Источник / Source: составлено автором по данным NPDB / Compiled by the author based on NPDB data.

тного законодательства не привели к снижению страховых тарифов в тех штатах, где это было сделано [16].

Тем не менее к середине 2000-х гг. ситуация на рынке стабилизировалась и с 2006 г. по настоящее время рынок страхования профессиональной ответственности в США характеризуется как «мягкий», абсолютные значения общих сумм выплат в целом по стране находятся примерно на одном уровне (рис. 1). А если учесть инфляцию (что необходимо для объективного анализа сумм выплат на таком продолжительном временном интервале) и привести все данные к ценам 2025 г., то будет видно, что предпринятые меры оказались настолько эффективными, что в современных ценах общие суммы выплат не только не растут, но даже снижаются в течение всего периода с начала 2000-х гг. по настоящее время (рис. 2).

Также необходимо отметить, что после кризиса 2002–2006 гг. начало снижаться и общее количество выплат (рис. 3), а величина средней выплаты, хоть и показывает рост в течение всего рассматриваемого периода (рис. 4), на самом деле растет исключительно на уровень инфляции и при приведении этих величин к современным ценам (рис. 5), видно, что средний уровень выплат с начала 2000-х гг. практически не меняется и находится на уровне 400 000 долл. в ценах 2025 г.

Приведенные данные показывают, что в течение последних двадцати лет ситуация на американском рынке страхования профессиональной ответственности врачей, хотя и сопряжена с определенным уровнем риска, но является стабильной и прогнозируемой для страховщиков [17, 18]. И хотя эксперты в течение уже нескольких лет прогнозируют наступление очередного кризиса

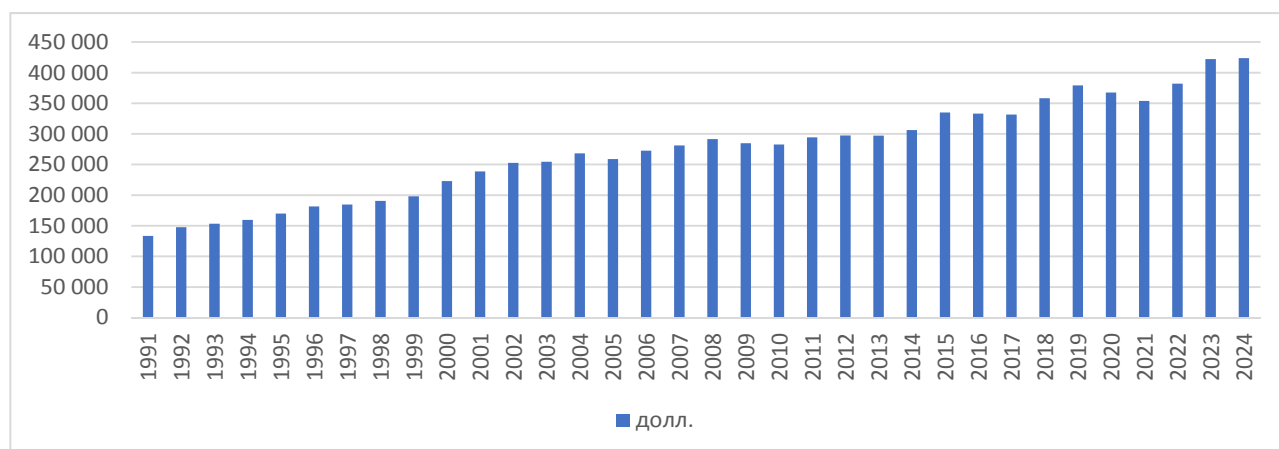


Рис. 4 / Fig. 4. Средняя выплата по требованиям, связанным с врачебными ошибками в США за период 1991–2024 гг. / Average Payouts for Medical Malpractice Claims in the United States, 1991–2024

Источник / Source: составлено автором по данным NPDB / Compiled by the author based on NPDB data.

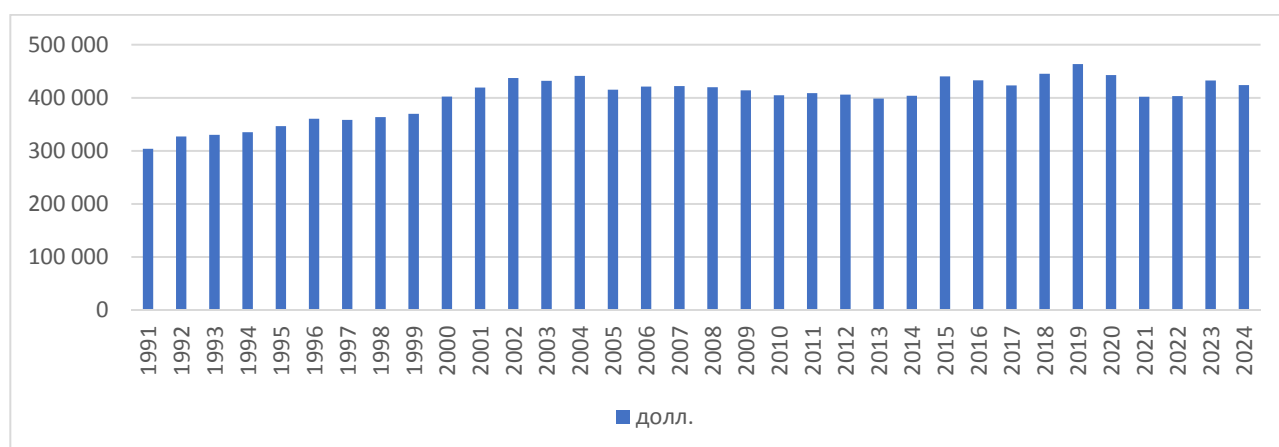


Рис. 5 / Fig. 5. Средняя выплата по требованиям, связанным с врачебными ошибками в США за период 1991–2024 гг. (скорректировано с учетом инфляции по состоянию на 2025 г.) / Average Medical Malpractice Claim Payouts in the United States, 1991–2024 (Adjusted for Inflation as of 2025)

Источник / Source: составлено автором по данным NPDB / Compiled by the author based on NPDB data.

[6], если даже он и произойдет, очевидно, что продолжительность периода «мягкого» рынка между кризисами с каждым разом увеличивается. Таким образом, можно сделать вывод, что меры, которые предпринимались после каждого из предыдущих кризисов, были успешными и позволяли с каждым разом все лучше и лучше стабилизировать рынок и увеличивать продолжительность комфортного для всех заинтересованных сторон периода «мягкого» рынка.

Рынок страхования профессиональной ответственности врачей в нашей стране относительно молод и не имеет такой продолжительной и богатой на события истории, как американский. С 1990-х гг. и по настоящее время он развивается как рынок добровольного страхования, при этом основным драйвером его развития является судебная практика по делам, связанным с врачебными ошибками. Если до 2010-х гг. решения

судов по выплатам в пользу пациентов ограничивались относительно небольшими суммами, и страхование как механизм защиты был не очень востребован профессиональным медицинским сообществом, то к середине 2010-х гг. ситуация изменилась. Суды начали взыскивать с медицинских организаций в качестве компенсаций причиненного пациентам вреда, и особенно — морального вреда, существенно большие суммы, которые начали измеряться миллионами рублей, а максимальные суммы возмещения достигли 15 млн руб. и более [19, с. 43]. После этого интерес к страхованию профессиональной ответственности вырос, однако даже сейчас таким страхованием охвачена незначительная часть врачей и медицинских организаций в нашей стране. При этом договоры страхования заключают преимущественно те медицинские организации и врачи, специализация которых

относится к наиболее «рисковым» либо которые на практике уже столкнулись с исками со стороны пациентов, т.е. с точки зрения страховщиков — потенциально убыточная часть страхователей. С учетом этого можно предположить, что и отечественный рынок в какой-то момент может столкнуться с кризисом страхования профессиональной ответственности врачей, аналогичным тем, которые были рассмотрены в настоящей статье. В таком случае для поиска путей выхода из него может быть полезен проверенный и адаптированный для отечественного рынка американский опыт.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ истории развития рынка страхования профессиональной ответственности врачей в США позволяет выделить несколько ключевых этапов, каждый из которых формировался под влиянием соответствующих правовых, социальных и экономических факторов. В настоящее время этот рынок характеризуется относительной стабильностью и находится в том состоянии, когда юридические аспекты подачи исков, связанных с врачебными ошибками, регулируются специальным законодательством, информация о деятельности каждого врача и медицинского работника в стране аккумулируется на федеральном уровне, а сам страховой рынок представлен разными видами участников, что позволяет страхователю выбрать наиболее подходящий ему механизм страховой защиты и страховщика. Хотя страхование профессиональной ответственности врачей является обязательным далеко не во всех штатах, на практике подавляющее большинство врачей и медицинских работников в стране осуществляют такое страхование. Сам механизм страхования профессиональной ответственности стал неотъемлемым элементом осуществления профессиональной медицинской деятельности, а участие страховщика стало важной частью процедуры урегулирования требований пациентов. Большинство исков, связанных с врачебными ошибками, в США не доходят до суда. Более того, считается, что если такое дело до суда дошло, то его, скорее всего, выиграет ответчик (врач). Ведь если бы страховщик врача считал, что он сможет проиграть, то урегулировал бы иск в досудебном порядке. То есть истец, который довел дело о врачебной ошибке до суда, скорее всего, уже проиграл: если он не смог получить предложение об урегулировании своего требования

от страховщика, велики шансы, что и в суде он потерпит неудачу [20, с. 708].

В отличие от США, в России страхование профессиональной ответственности врачей до сих пор не является широко распространенной практикой [21]. Данный вид страхования в нашей стране продолжает развиваться как добровольный, хотя в последние годы и было несколько законодательных инициатив о переводе его в формат обязательного. Вопрос преимуществ и недостатков введения обязательного страхования в настоящее время является предметом изучения целого ряда ученых [22, 23]. При этом зарубежный опыт, в том числе рассмотренный в настоящей статье опыт США, показывает, что введение обязательного (или вмененного) страхования профессиональной ответственности врачей может стать эффективным способом защиты имущественных интересов медицинских организаций и медицинских работников.

В числе факторов, которые сдерживают развитие в нашей стране данного вида страхования как добровольного, можно перечислить следующие:

- отсутствие у бюджетных медицинских организаций средств на страхование, а в тех случаях, когда такие средства имеются — сложность обоснования использования их для заключения добровольного договора страхования. Действительно, с учетом того, что российская система здравоохранения в значительной степени финансируется государством [24], это снижает возможности медицинских организаций к использованию страхования как механизма защиты своих имущественных интересов;
- недостаточная информированность медицинских организаций и врачей о страховании профессиональной ответственности, имеющее место в профессиональном сообществе предвзятое мнение об использовании института страхования как механизма защиты своих имущественных интересов;
- отсутствие открытости в предоставлении сведений о случаях причинения вреда пациентам вследствие врачебных ошибок, в том числе отсутствие открытых статистических данных по количеству и суммам выплат пациентам. Отсутствие такой информации делает риски менее прогнозируемыми как для медицинского сообщества, так и для страховщиков;
- особенность российского законодательства, согласно которому врачи не являются субъектами правоотношений при осуществлении профессиональной деятельности, а ответственность за их действия несет медицинские

организации, работниками которых они являются [19, с. 46]. Это приводит к необходимости разработки отдельных страховых продуктов для медицинских организаций и медицинских работников, которые бы учитывали риски, актуальные для соответствующего страхователя, а также усложняет процедуру урегулирования требований пациентов.

Рассмотренный в настоящей статье американский опыт показывает значимость гибкого регулирования законодательства, контроля за деятельностью врачей и создания развитой инфраструктуры страхового рынка для устойчивого функционирования системы страхования профессиональной ответственности врачей.

При этом можно отметить следующие принципиальные законодательные и институциональные отличия между нашей страной и США, касающиеся регулирования взаимоотношений в рассматриваемой области:

1. Законодательное ограничение сумм, которые могут быть взысканы в пользу пациентов: в США в большинстве штатов эти суммы ограничены [в общей сумме либо в части возмещения неэкономических убытков (морального вреда)], в России таких ограничений нет.

2. Ограничение сроков исковой давности по требованиям, связанным с причинением вреда жизни и здоровью: в США в каждом штате сроки исковой давности установлены законодательно, тогда как в нашей стране таких законодательных ограничений нет [исковая давность не распространяется на требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина (ст. 208 ГК РФ)].

3. Наличие открытой информации о количестве и суммах выплат пациентам по делам, связанным с врачебными ошибками: в США эту информацию на федеральном уровне аккумулирует и предоставляет в открытом доступе Национальный банк данных о практикующих врачах, в то время как

в нашей стране такая статистическая информация отсутствует.

4. Рынок страхования с точки зрения организаций, осуществляющих страхование профессиональной ответственности врачей: в нашей стране в настоящее время такое страхование осуществляют только универсальные страховые компании, тогда как в США на этом рынке работает целый ряд организаций различного типа: федеральные и региональные, универсальные и специализированные страховые компании, общества взаимного страхования, действуют программы самострахования отдельных медицинских ассоциаций или медицинских организаций.

Приведенный сравнительный анализ может быть полезен для поиска дальнейших путей развития страхования профессиональной ответственности врачей в нашей стране, где формирование страхового рынка в данной сфере остается актуальной задачей.

ВЫВОДЫ

Анализ основных этапов развития страхования профессиональной ответственности врачей в США показал, что ключевую роль в стабилизации рынка сыграли законодательные меры, направленные на сдерживание роста числа исков и выплат, развитие специализированных страховых организаций, а также внедрение механизмов альтернативного разрешения споров. Опыт США демонстрирует важность постоянного обновления правового регулирования в ответ на меняющиеся обстоятельства и социальные ожидания.

Использование проверенных и адаптированных с учетом особенностей отечественного законодательства и организации системы здравоохранения, элементов американской модели может способствовать формированию более развитого и устойчивого рынка страхования профессиональной ответственности врачей в Российской Федерации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Грищенко Н.Б. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в США: тенденции и проблемы. *Финансы и кредит*. 2004;(4):68-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strahovanie-professionalnoy-otvetstvennosti-meditsinskih-rabotnikov-v-ssha-tendentsii-i-problemy/pdf>
Grishchenko N.B. Medical malpractice insurance in the United States: Trends and problems. *Finansy i kredit = Finance and Credit*. 2004;(4):68-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strahovanie-professionalnoy-otvetstvennosti-meditsinskih-rabotnikov-v-ssha-tendentsii-i-problemy/pdf> (In Russ.).
2. Шинкаренко И.Э. Страхование ответственности: справочник. 2-е изд. М.: Анкил; 2006. 416 с.
Shinkarenko I.E. Liability insurance: Reference book. 2nd ed. Moscow: Ankil; 2006. 416 p. (In Russ.).
3. Пилат В.Б. Сравнительный анализ российской и зарубежной практики страхования ответственности в медицине. *Путеводитель предпринимателя*. 2013;(20):209-219. URL: <https://www.pp-mag.ru/jour/article/view/928/924>

- Pilat V.B. Comparative analysis of Russian and international practice of liability insurance in medicine. *Putevoditel' predprinimatelya = Entrepreneur's Guide*. 2013;(20):209-219. URL: <https://www.pp-mag.ru/jour/article/view/928/924> (In Russ.).
4. Завражский А.В. Анализ отечественного и зарубежного опыта страхования профессиональной ответственности медицинских работников. *Финансы и управление*. 2019;(1):79-90. DOI: 10.25136/2409-7802.2019.1.28923
Zavrazhskii A.V. The analysis of Russian and foreign experience of professional liability insurance for health-care providers. *Finansy i upravlenie = Finance and Management*. 2019;(1):79-90. (In Russ.). DOI: 10.25136/2409-7802.2019.1.28923
 5. Bal B.S. An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical Orthopedics and Related Research*. 2009;467(2):339-347. DOI: 10.1007/s11999-008-0636-2
 6. Peters P. G., Jr. On the cusp of the next malpractice insurance crisis. *Jornal of Health Care Law and Policy*. 2022;25(1):133-169. URL: <https://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1417&context=jhclp>
 7. Robinson G. O. The medical malpractice crisis of the 1970s: A retrospective. *Law & Contemporary Problems*. 1986;49(2):5-35. URL: <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3836&context=lcp>
 8. Hunter J. R., Doroshov J., Heller D. How the cash-rich insurance industry fakes crises and invents social inflation. Washington, DC: Consumer Federation of America; 2020. 70 p. URL: <https://consumerfed.org/wp-content/uploads/2020/03/Auto-Insurance-Report.pdf>
 9. Posner J. R. Trends in medical malpractice insurance, 1970-1985. *Law & Contemporary Problems*. 1986;49(2):37-57. URL: <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3837&context=lcp>
 10. Салыкин А.А. Страхование профессиональной ответственности врачей в Российской Федерации: существенные условия договора страхования. *Медицинское право*. 2023;(4):20-26.
Salykin A. A. Medical professional liability insurance in the Russian Federation: Essential terms of the insurance contract. *Meditsinskoe pravo = Medical Law*. 2023;(4):20-26. (In Russ.).
 11. Князев Д.В. Оплата юридических услуг в гражданском процессе США: гонорар успеха, американское правило и их влияние на судебную нагрузку. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Право*. 2021;12(3):693-711. DOI: 10.21638/spbu14.2021.313
Kniazev D. V. Payment for legal services in the USA civil procedure: Contingent fee, American rule and their impact on the judicial caseload. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Pravo = Vestnik of Saint-Petersburg University. Law*. 2021;12(3):693-711. (In Russ.). DOI: 10.21638/spbu14.2021.313
 12. Danzon P.M. The "crisis" in medical malpractice: A comparison of trends in the United States, Canada, the United Kingdom and Australia. *Law, Medicine & Health Care*. 1990;18(1-2):48-58. DOI: 10.1111/j.1748-720X.1990.tb01131.x
 13. Lai G. C., Witt R. C., Fung H.-Gay, MacMinn R. D. On liability insurance crisis. *Proceedings of the Risk Theory Society*. 1997. 44 p.
 14. Dewees D. N., Trebilcock M. J., Coyte P. C. The medical malpractice crisis: A comparative empirical perspective. *Law and Contemporary Problems*. 1991;54(1):217-251. URL: <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4086&context=lcp>
 15. Roberts R. G. Understanding the physician liability insurance crisis. *Family Practice Management*. 2002;9(9):47-51. URL: <https://www.aafp.org/fpm/2002/1000/p47.pdf>
 16. Hunter J. R., Doroshov J. Premium deceit: The failure of "tort reform" to cut insurance prices. New York, NY: Center for Justice & Democracy; 2016. 43 p. URL: <https://www.centerjd.org/system/files/PremiumDeceit.pdf>
 17. Rosenfeld J. Malpractice insurance costs: Tips for shopping for a new policy. *Medical Economics*. 2023;100(11):10-13. URL: <https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/medec/501de5d625bf8e1ad4ea3a66c0da793600d75f00.pdf/ME1123-ezine.pdf>
 18. Mazzolini C. The medical malpractice landscape: What physicians need to know. *Medical Economics*. 2024;101(9):28-30. URL: https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/medec/940ca7ef4b2ec2c0fb878c9f7d2f9186e194d610.pdf/ME1024_ezine.pdf
 19. Салыкин А.А. Страхование профессиональной ответственности врачей в Российской Федерации: законодательные основы и практические аспекты. *Медицинское право: теория и практика*. 2023;9(1-2):42-51. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54331527_78414285.pdf
Salykin A. A. Medical professional liability insurance in the Russian Federation: Legislative framework and practical aspects. *Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika = Medical Law: Theory and Practice*. 2023;9(1-2):42-51. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54331527_78414285.pdf (In Russ.).

20. Peeples R., Harris C. T. Learning to crawl: The use of voluntary caps on damages in medical malpractice litigation. *Catholic University Law Review*. 2005;54(3):703-746. URL: <https://scholarship.law.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1209&context=lawreview>
21. Грызенькова Ю. В. Институциональная среда страхования ответственности медицинских работников и организаций в России. *Социальная политика и социальное партнерство*. 2014;(4):21-28.
Gryzenkova Yu. V. Institutional environment for liability insurance of medical professionals and organizations in Russia. *Sotsial'naya politika i sotsial'noe partnerstvo = Social Policy and Social Partnership*. 2014;(4):21-28. (In Russ.).
22. Кириллова Н. В., Цыганов А. А. Эффективность обязательного страхования. М.: Прометей; 2022. 452 с.
Kirillova N. V., Tsyganov A. A. Efficiency of compulsory insurance. Moscow: Prometei; 2022. 452 p. (In Russ.).
23. Орланюк-Малицкая Л. А. Обязательное страхование в обеспечении страховой защиты. *Путеводитель предпринимателя*. 2021;14(3):48-61. DOI: 10.24182/2073-9885-2021-14-3-48-61
Orlanyuk-Malitskaya L. A. Compulsory insurance in the provision of insurance protection. *Putevoditel' predprinimatel'ya = Entrepreneur's Guide*. 2021;14(3):48-61. (In Russ.). DOI: 10.24182/2073-9885-2021-14-3-48-61
24. Соболева Е. А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России. *Финансы: теория и практика*. 2021;25(3):127-149. DOI: 10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149
Soboleva E. A. The budgetary and insurance model of healthcare funding in Russia. *Finance: Theory and Practice*. 2021;25(3):127-149. DOI: 10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / ABOUT THE AUTHOR



Алексей Александрович Салыкин — независимый исследователь, Москва, Российская Федерация

Alexey A. Salykin — Independent researcher, Moscow, Russian Federation

<https://orcid.org/0009-0002-7792-989X>

salykin@mail.ru

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflicts of interest statement: the author has no conflicts of interest to declare.

Статья поступила в редакцию 19.05.2025; после рецензирования 23.06.2025; принята к публикации 07.08.2026.

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

The article was submitted on 19.05.2025; revised on 23.06.2025; and accepted for publication on 07.08.2026.

The author read and approved the final version of the manuscript.