*Проект*

**Концепция**

**проекта закона Республики Казахстан**

**«О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения»**

**1. Название проекта закона**

Проект закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения».

**2. Обоснование необходимости разработки проекта закона**

Разработка Законопроекта обусловлена необходимостью совершенствования законодательства Республики Казахстан с целью реализации поручения Главы государства Республики Казахстан, данного на третьем заседании Национального совета общественного доверия Республики Казахстан 27 мая 2020 года, в части разработки и внедрения системы юридической и финансовой защиты и ответственности медицинских работников, включая гарантирование профессиональной деятельности, а также в целях реализации мероприятий, закрепленных в Государственной программе развития здравоохранения на 2020-2025 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 и направлена на решение следующих задач в области здравоохранения:

повышение уровня доверия граждан Республики Казахстан системе здравоохранения;

защиту прав пациентов

повышение качества медицинских услуг, оказываемых населению;

улучшение статуса и имиджа медицинского работника;

обеспечение юридической и финансовой защиты медицинских работников.

Согласно пункту 1 статьи 29 Конституции Республики Казахстан, граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья.

В соответствии с подпунктом 12) пункта 1 статьи 77 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» граждане имеют право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании им медицинской помощи, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Согласно подпункту 6) пункта 1 статьи 270 указанного Кодекса, медицинские работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством Республики Казахстан и иными нормативными правовыми актами, в том числе на страхование профессиональной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

Также в Законе Республики Казахстан от 18 декабря 2000 года «О страховой деятельности» имеются нормы, регламентирующие «страхование профессиональной ответственности», которое согласно пункту 3 статьи 6 относится к отрасли «общее страхование», класс добровольное страхование. Исходя из чего, в настоящее время страхование от профессиональных ошибок в Казахстане является добровольным и в отрасли здравоохранения практикуется в основном медицинскими организациями из «группы риска».

После ужесточения уголовного законодательства в 2014 году наблюдается всплеск дел в отношении врачей. Во многих случаях врача привлекают к уголовной ответственности не за причинение смерти, а за то, что он не смог ее предотвратить. Нередки были факты незаконного, несправедливого уголовного преследования за врачебные ошибки.

В Казахстане ежегодно заводятся порядка 600-800 дел по статьям 317-323 Уголовного кодекса Республики Казахстан. Однако, не по всем правонарушениям возбуждаются уголовные дела. Как правило, уголовные дела возбуждаются, но во время следствия закрываются за их недоказанностью.

Согласно статистическим данным, с 2016 по 2019 годы в суды Республики по статье 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан поступило 39 уголовных дел. Из указанных дел, 35 рассмотрено с вынесением приговоров в отношении 55 лиц, возвращено прокурору – 4 (11 лиц). Рассмотренные судами уголовные дела по составам преступлений, (согласно частям статьи 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан): статья 317 часть 1 - 3 дела/3 человека; статья 317 часть 2 - 5 дел/7 человек.; статья 317 часть 3 - 21 дело/34 человека.

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан в 2020 году 6 медицинских работников совершили уголовные правонарушения по статье 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан.

Ограничение свободы получили 2 медицинских работника; условное наказание – 9 человек; было осуждено, но освобождено от наказания по амнистии – 11 человек; осуждено, но освобождено от наказания в связи с истечением срока давности – 19; лишение свободы – 3 (из них, в 2018 году 2 медицинских работника получили отсрочку на 5 лет); оправданы в зале суда – 11 человек. Наиболее часто уголовные дела возбуждаются на специальности, связанные с хирургическим вмешательством, где постоянно существует риск летального исхода. Это акушер-гинекологи – 10 человек, хирурги – 10, травматологи – 8, остальные анестезиологи, реаниматологи и т.д. Размер компенсации морального и материального ущерба в пользу пострадавших составил свыше 30 миллионов тенге.

Также ежегодно возбуждаются порядка 300 дел по статье 80 Кодекса об административных правонарушениях Республики Казахстан. Согласно данным Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по итогам 2017 года поступило более 3 тысяч обращений, из которых около 50% было с жалобой на качество медицинской помощи. В результате рассмотрения обращений было составлено 430 административных протоколов, к административной ответственности были привлечены 299 физических лиц, 87 должностных и 23 юридических лица. А в пользу пациентов выплачено свыше 8,8 миллиона тенге. В 2020 году в отношении 37 медицинских работников возбуждено административное дело по статьям 80, 81 и 82 Кодекса об административных правонарушениях Республики Казахстан.

Данные процессы все чаще завершаются в пользу пациентов, выплатой медицинскими организациями либо медицинским работником значительных материальных компенсаций. Учитывая нынешний уровень заработной платы медработник не в состоянии финансово возместить ущерб пациенту, что ещё больше усугубляет ситуацию.

При наличии у медицинского работника страхового полиса, страховые выплаты осуществляются по решению суда. Однако, наличие в подпункте 6) пункта 1 статьи 270 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» оговорки препятствует реализации договора страхования со стороны страховых организаций, а именно, если оценка вреда здоровью и жизни переходит под уголовную ответственность, то в таком случае страховая выплата не производится. Вследствие чего в стране отсутствуют прецеденты с страховыми выплатами, проведенными за вред, нанесенный пациентам. Тогда как, по другим видам страхования страховые выплаты за вред, причиненный жизни и здоровью третьих лиц подлежит возмещению независимо от вины застрахованного.

Тенденция роста регистраций медицинских правонарушений и судебных разбирательств, связанных с качеством оказания медицинской помощи сохраняется, что обуславливает ожидаемое увеличение выплат компенсаций пациентам медицинскими работниками и медицинскими организациями по удовлетворенным искам возмещения вреда.

В этой связи, для реализации гарантированных государством прав для пациентов, возмещения вреда и финансовой защиты субъектов здравоохранения и медицинских работников, необходимо внедрение системы обязательного (вмененного) страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Такой подход позволит повысить качество медицинской помощи, а также статус медицинских работников и в целом повлияет на рейтинг здравоохранения Республики Казахстан на международной арене. В результате риск причинения вреда жизни или здоровью пациента со стороны медицинского работника будет покрываться за счет страхования профессиональной ответственности (поставщиков медицинских услуг – медицинских организаций), которое будет гарантировать ответственность медицинского работника и соответствовать как интересам пациентов, медицинских работников так и всего гражданского социума.

В рамках системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников предполагается досудебное урегулирование конфликта (рассмотрение жалобы и принятие решения по ней) с привлечением независимых экспертов и выплаты компенсации за причинение вреда жизни и здоровью гражданина при отсутствии прямого умысла со стороны медицинского работника. Возмещение вреда, причиненного здоровью пациента, со стороны медицинского работника (*халатность, небрежность*), будет осуществляться через действующие страховые компании.

В целом, регулирование системы страхования профессиональной ответственности предлагается делегировать Комитету медицинского и фармацевтического контроля при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан. В этой связи, Министерством здравоохранения Республики Казахстан будет определяться типовая форма договора о страховании профессиональной ответственности, регламентирующая порядок страхования, тарифы, размеры выплаты компенсации, а также критерии для страховых компаний.

На начальном этапе внедрения страхователем будет выступать работодатель – медицинская организация (размер взноса 100%), с последующим применением принципа обязательности и солидарности (разделение размера взноса 50% - медицинской организацией, 50% - медицинским работником). Данные изменения требуют установления переходного периода для запуска системы страхования с ориентиром на 2024 год, с учетом оценки расходов субъектов, связанных с необходимостью соблюдения установленных новых обязанностей. Это даст возможность адаптировать систему здравоохранения к новым условиям, наладить механизмы страхования профессиональной ответственности.

Кроме того, в целях повышения статуса медицинских работников в системе здравоохранения необходимо принятие мер по расширению социальных гарантий медицинских и фармацевтических работников аналогично Закону Республики Казахстан от 27 декабря 2019 года «О статусе педагогов». Такие меры позволит повысит привлекательность отрасли, улучшение кадрового обеспечения, материальное стимулирования специалистов здравоохранения.

В Кодексе Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» необходимо предусмотреть положения по обязательному страхованию профессиональной ответственности медицинских работников субъектами здравоохранения при осуществлении медицинской деятельности, дополнительные льготы и стимулирующие выплаты медицинским работникам.

Также, с учетом кадрового дефицита в период мировой пандемии в Законе Республики Казахстан от 16 февраля 2012 года «О воинской службе и статусе военнослужащих» необходимо расширить положение о предоставлении отсрочки от призыва на воинскую службу медицинским работникам.

Помимо этого, в Уголовном кодексе Республики Казахстан, в части декриминализации уголовных правонарушений в сфере здравоохранения предполагается исключить статью 317, так как, в ней не прописана регламентация надлежащего выполнения профессиональных обязанностей, нет и четкого измерения «небрежного или недобросовестного отношения» к должностным обязанностям. Кроме того, данная статья подразумевает наказание за возможные неблагоприятные исходы лечения в виде осложнений (что врач не в силах предотвратить) и низкой результативности лечения (зависит от реакции организма и других факторов, таких как оснащение медицинской организации, также находящихся вне влияния деятельности врача). Исходя из того, что основанием к привлечению к уголовной ответственности является сознательное совершение общественно-опасного деяния, Уголовный кодекс Республики Казахстан не должен применяться к процессу оказания медицинского помощи.

Исключение 317 статьи также требуется, в виду её частичного дублирования положений следующих статей: 104. Причинение смерти по неосторожности; 106. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью; 107. Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью; 114. Неосторожное причинение вреда здоровью; 117. Заражение венерической болезнью; 118. Заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); 119. Оставление в опасности. Некоторые санкции к ряду перечисленных статей определены мягче нежели применяемые к медицинским работникам в 317 статье. Что в корне противоречит пункту 1 статьи 14 Конституции Республики Казахстан, согласно которому - Все равны перед законом и судом.

Кроме того, пункт 2 указанной статьи Конституции Республики Казахстан гласит - Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам.

Те же положения, запрещающие дискриминацию прописаны в части 4 статьи 15 Уголовного кодекса Республики Казахстан.

Согласно пункту 8 статьи 27 Закона Республики Казахстан от 6 апреля 2016 года «О правовых актах» - Подлежат признанию утратившими силу также нормативные правовые акты, дублирующие нормы права других нормативных правовых актов и не содержащие новых норм права.

Несмотря на то, что дублирование норм хоть и содержится в рамках одного нормативного правового акта, судьи при этом руководствуясь статьей 58 Уголовного кодекса Республики Казахстан при совокупности уголовных правонарушений (вышеперечисленные дублирующие статьи Уголовного кодекса Республики Казахстан) вправе назначать наказание (основное и дополнительное) за каждое правонарушение отдельно, определяя окончательное наказание путем поглощения менее строгого наказания более строгим или путем полного, или частичного сложения назначенных наказаний.

При этом, в случае применения судьями последнего варианта медицинские работники получают чрезмерно высокие сроки наказания.

Наличие указанных норм статьи 317 Уголовного Кодекса Республики Казахстан также способствует снижению мотивации врачебных кадров в совершенствовании профессиональных навыков вследствие высоких рисков при выполнении медицинских манипуляций и ведет к их оттоку из отрасли.

Тем самым, в отрасли возможно снижение количества компетентных специалистов, что в целом не может не отразиться на системных показателях таких как заболеваемость, ухудшение демографической ситуации, смертность населения. А эти факторы в свою очередь, с учетом подпунктов 2) и 4) пункта 1 статьи 6 Закона Республики Казахстан от 6 января 2012 года «О национальной безопасности Республики Казахстан» относятся к основным угрозам национальной безопасности.

**3. Цели принятия проекта закона**

Проект закона разрабатывается в целях исполнения поручения Главы государства о внедрении системы юридической и финансовой защиты медицинских работников, а также:

* защиты прав граждан на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании им медицинской помощи;
* улучшения качества оказания медицинских услуг субъектами здравоохранения;
* обеспечения защиты имущественных интересов медицинских работников в случае возникновения материальной ответственности медицинского работника за причинение вреда жизни или здоровью пациента, при отсутствии прямого умысла;
* обеспечения защиты имущественных интересов субъектов здравоохранения;
* создания условий для формирования и дальнейшего развития системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников;

**4. Предмет регулирования проекта закона**

Предметом регулирования законопроекта являются общественные отношения, возникающие в связи с оказанием медицинской услуги медицинским работником гражданину, в результате которой был причинен вред жизни и здоровью гражданина при отсутствии прямого умысла со стороны медицинского работника.

**5. Структура и содержание проекта закона**

Законопроект состоит из двух статей:

Статья 1 предусматривает внесение изменений и дополнений в следующие законодательные акты:

* Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК;
* Закон Республики Казахстан «О воинской службе и статусе военнослужащих» от 16 февраля 2012 года № 561-IV ЗРК;
* Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК.

Статья 2 регламентирует порядок введения в действие Закона.

**6. Результаты проведенного правового мониторинга в соответствующей сфере**

По результатам проведенного мониторинга норм, противоречащих законодательным актам, не выявлено.

**7. Предполагаемые правовые и социально-экономические последствия в случае принятия проекта закона**

Принятие данного законопроекта приведет к созданию благоприятных условий для обеспечения конституционных прав граждан на полноценное медицинское обслуживание, в том числе защиту имущественных прав пациентов и правовых оснований для формирования инструментов и механизмов, обеспечивающих реализацию института страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Принятие предлагаемого законопроекта не повлечет за собой возникновения каких-либо отрицательных правовых и социально-экономических последствий.

**8. Необходимость одновременного (последующего) приведения других законодательных актов в соответствие с разрабатываемым проекта закона**

Принятие Законопроекта не потребует последующего внесения изменений в действующие законодательные акты Республики Казахстан.

**9. Урегулированность предмета проекта закона иными нормативными правовыми актами**

В настоящее время предмет проекта Закона регулируется Кодексом Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом Республики Казахстан от 18 декабря 2000 года «О страховой деятельности».

**10. Наличие по рассматриваемому вопросу международного опыта**

При разработке законопроекта в части отдельных вопросов был изучен и принят во внимание опыт зарубежных стран.

Изучив международный опыт страхования ответственности работников здравоохранения, выделяя такой критерий как источник финансирования, следует четко очертить две различные модели: рыночная модель и социальная модель.

В странах, где частная практика предоставления медицинских услуг превалирует над государственным, частные рынки играют большую роль в осуществлении страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Рыночная модель страхования возлагает большую ответственность на рыночные механизмы, нежели на государственные органы.

В странах, где большинство медицинских услуг финансируется за счет государства в основном функционирует социальная модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Социальная модель предполагает большую ответственность со стороны государства в части финансирования и управление системы страхования, которая осуществляется с помощью одного централизованного агента – фонда.

Также критерием разграничения моделей страхования ответственности работников здравоохранения выступает практика обвинения медицинского работника и применения в отношении него каких-либо взысканий. Согласно данному критерию выделяют: систему “вины” и «без вины». В большинстве стран Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) медицинская халатность оценивается на основе разработанной и широко используемой в законодательстве и в судебной практике интерпретации «вины». Система «вины» предполагает, что при обоснованности жалобы пациента виновный медицинский работник претерпевает определенные неблагоприятные последствия своего проступка: штрафные санкции, выговор, обучение - повышение квалификации, лишение лицензии и др. Система вины в силу своей специфики для применения санкции в отношении медицинского работника требует наличия судебного решения. Данная модель осуществляется в США, Японии, Великобритании, в Канаде и в ряде других стран.

Альтернативой системе «вины» выступает – система «без вины». Это система функционирует в ряде стран ОЭСР и основана на системе компенсации без вины. В этих странах, оценка ответственности медицинских работников судом не является предварительным условием для предоставления компенсации пострадавшим пациентам. Отправной точкой для осуществления компенсации, как правило, является наличие самой травмы или факт того, что эта травма могла бы быть предотвратима. Компенсация пострадавшим пациентам финансируется из частных источников через коммерческие и некоммерческие страховые организации (в Дании, Финляндии) или государством (Швеция и Новая Зеландия).

Примером рыночной модели служит модель страхования Федеративной Республики **Германии**. На рынке Германии функционируют около 10 частных страховых компании, которые предоставляют услуги по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников. Местное законодательство обязывает поставщиков медицинских услуг приобретать соответствующий страховой полис.

Также с 1975 года в государственных медицинских ассоциациях Германии создаются экспертные комитеты и арбитражные советы, которые в качестве независимого органа рассматривают разногласий между врачом и пациентом. Целью этих учреждений является внесудебное соглашение между врачом и пациентом. Порядок работы экспертных комиссий и арбитражных комиссий регулируется правилами процедуры, уставами или соглашениями. В случае предполагаемых ошибок в лечении и злоупотребления служебным положением пациенты могут позвонить эксперту или арбитражному совету, ответственному за соответствующий федеральный штат, до или вместо судебного иска. Рецензенты проверяют, есть ли ошибка в лечении или нет. Такие органы укомплектованы врачами из соответствующей области специалиста и юристом. Арбитражные советы также стремятся вынести решение по иску. Процедуры являются добровольными для всех участвующих сторон, и результат не является обязательным. Процедура в комитетах экспертов является бесплатной для всех участников. Срок давности не прерывается привлечением эксперта или арбитража, однако, запрещается участие врача в процедуре.

В **США** страхование ответственности медицинских работников предусматривает компенсации пациентам медицинского персонала (врачей, медсестер и т.д.) за ущерб, причиненный ими в ходе их лечения, диагностирования, реабилитации и т.п. Развитие страхования тесно связано с социальными ценностями американского общества: неприкосновенностью частной жизни, правом на компенсацию причиненного вреда и др., а также рядом способствующих факторов: распространенностью частной медицины с персональной ответственностью каждого врача, наличие оснований для подачи исков в деликтном и контрактном праве, прецедентами и опытом урегулирования таких дел в судах присяжных.

На каждого десятого врача подают иск, и в среднем 1 из 50 жалоб признается обоснованной и доходит до суда. Судебные иски о медицинской халатности обычно подаются в государственный суд первой инстанции. Суды данного уровня обладают юрисдикцией в отношении случаев врачебной халатности, что является законным правом рассматривать и принимать решение по делу. Правовые нормы определяют место и юрисдикцию в каждом штате. Если иск о злоупотреблении служебным положением касается федерального правительства, действующего через финансируемую из федерального бюджета клинику или администрацию, то иск подается в федеральный окружной суд.

Одна их основных тенденций в этом виде страхования – постоянный рост размеров компенсаций пострадавшим пациентам. Рост выплат и компенсаций в результате профессиональной ответственности врачей привело к уменьшению предоставления наиболее рискованных с позиций ответственности медицинских услуг, такие как акушерство, или значительно повышать их стоимость, увеличивая расходы по страховой защите, например, в стоматологии, косметологии и т.д. Другой формой такой проблемы является рост выплат по моральным (неэкономическим) убыткам в сравнении с материальными (экономическими). Неэкономические выплаты предусматривают компенсацию морального вреда, нравственных страданий и т.п., вторые – возмещение самих убытков. Для сдерживания и ограничения размеров компенсаций по моральным убыткам, превышающие экономические и компенсационные, в разных штатах США применяются соответствующие законы.

Примеры государственных законов о реструктуризации правонарушений:

Техас: в 2003 году был принят законопроект, ограничивающий неэкономические убытки, такие как боль и страдания, из-за исков о халатности на сумму 250 000 долларов США (с применением стандарта «преднамеренной и бессмысленной» халатности, применяемого к неотложной медицинской помощи).

Калифорния: первый штат, принявший реформу деликта, которая ограничивает влияние истцов. Закон о реформе компенсации за злоупотребления служебным положением и травмы, ограничивающий ущерб от «боли и страданий» до 250 000 долл. США.

Флорида: частные учебные больницы защищены от претензий по поводу злоупотребления служебным положением через «суверенный иммунитет»; неэкономический ущерб ограничен 300 000 долл. США за инцидент.

В **Грузии** также развита практика частного страхования профессиональной ответственности. Возмещению по полису страхования подлежат случаи допущения медицинским работником непреднамеренной ошибки (врачебную халатность) при: диагностике, амбулаторном лечении, во время стационарного лечения, во время различных медицинских манипуляций, во время домашнего обслуживания пациента, если визит проводится официально.

Возмещаемые риски включают расходы на компенсацию в случае смерти пациента, затраты, связанные с ухудшением состояния пациента, материальный ущерб (затраты) пациенту, правовые расходы и расходы на определенный размер заработной платы в случае приостановления или отзыва лицензии на деятельность.

Ответственность медицинского работника устанавливается судом или признается по согласованию с страховщиком при условияхвины медицинского персонала (непреднамеренная), наличие разрешенного сертификата, регистрации пациента в документации медицинского учреждения.

Также частная страхования применяется в **Турции**, где медицинские работники государственных медицинских учреждений в соответствии с законодательством, обязаны иметь страховку от ущерба, который может быть востребован в результате их врачебной халатности. При этом, половина страховой премии оплачивается ими, другая половина – медицинской организацией.

Работники частных медицинских учреждений, также обязаны оформить страхование профессиональной финансовой ответственности. Половину расходов на страхование оплачивается ими самими, а половина - работодателями. При этом, страховой взнос, уплачиваемый работодателем за соответствующего медицинского работника, не может быть вычтен из его заработной платы и ущемление его прав каким-либо иным образом не допускается.

Договор обязательного страхования ответственности за врачебную халатность покрывает убытки, возникшие в результате событий, произошедших в течение срока действия договора; претензии, которые могут возникнуть к страхователю в течение срока действия договора; судебные расходы, связанные с ущербом или претензией.

Также в Турции функционирует Центр страховой информации и мониторинга. Данный центр занимается предоставлением надежной информации и статистики для сектора, чтобы обеспечить разумное ценообразование, мониторингом заключаемых договоров и т.д. Также имеется Комиссия по страховому арбитражу, которая обеспечивает быстрое и справедливое разрешение споров, возникающих из договоров страхования между держателями страховых полисов, а также страховыми компаниями.

Одним из ярких примеров социальной модели страхования является модель **Швеции**, которая была введена в 1975 году. В Швеции Ассоциация по страхованию пациентов предоставляет услуги по страхованию ответственности медицинских работников. В основном жалобы от пациентов поступают в Ассоциацию по страхованию пациентов, которые занимаются рассмотрением жалобы и выплатой компенсации в случае их правомерности и не предусматривают неблагоприятные последствия для медицинского работника.

Другим примером служит модель, функционирующая в **Канаде**. Канадская медицинская ассоциация по защите медицинских работников (Canadian medical protective association) – это некоммерческая медицинская ассоциация по гарантированию ответственности своих членов, которая была основана в 1901 году и предоставляют услуги 95% практикующим врачам Канады.

Канадские врачи, которые занимаются частной практикой или работают в больницах, обязаны получить медицинскую страховку от уголовных и гражданских преследований, связанных с оказанием медицинской помощи. Страховые взносы или «членские взносы» зависят от вида работы, которую выполняет врач, и региона, в котором медицинский работник. Три платных региона: Квебек, Онтарио и Остальная часть Канады. Тарифы ассоциации не основаны на истории болезни врача и не увеличиваются за историю жалоб или за счет оплаченных претензий.

Членские взносы, уплачиваемые ассоциации, дают врачам страховое покрытие, обучение, консультацию и право на участие в судебных процессах по делам о медицинской халатности. Однако местные правительственные органы возмещают врачам, по крайней мере, часть их членских взносов. Врачи, совершившие злоупотребление, могут быть наказаны органом лицензирования. Дисциплина может варьироваться от приостановки деятельности до потери привилегии продолжать врачебную практику.

В **Японии** почти половина врачей входит в Японскую медицинскую ассоциацию (ЯМА) и иски за халатность покрываются коллективным страховым фондом. Частное страховое покрытие также доступно, хотя это не требуется по закону. Программа профессиональной ответственности предлагает систему рассмотрения претензий вне суда, которая является более быстрой и менее дорогой, нежели судебная проверка, но она имеет тенденцию в пользу врачей по сравнению с пациентами. Решения наблюдательного совета, как правило, являются обязательными, но пациенты также могут подать в суд. В отличие от США, травмы или смерть из-за врачебной ошибки в Японии часто рассматриваются как уголовное дело с возможностью ареста врача и проведения прокурорского расследования.

Японская медицинская ассоциация предлагает профессиональную страхование, классифицируя на три класса, A, B и C. Из этих классов участники класса A автоматически покрываются страховкой ответственности врачей. Члены класса А также состоят из трех типов; A1members, являющиеся учредителем или администратором, члены A2 (B), являющиеся практикующими врачами, и члены A2 (C), являющиеся резидентами. Класс B предназначен для работающих врачей, а класс C - для жителей. Члены B и C не застрахованы. (2) ЯМА является страхователем, и около 120 000 членов, или около 75% членства, покрываются страховкой. Страховые выплаты и страховые выплаты предназначены для компенсации уплаченных и юридических расходов.

В **Финляндии** все учреждения, занимающиеся оказанием медицинской помощи, должны быть застрахованы и имеют статус страхователя. Поэтому работникам медицинской сферы не нужно заключать собственные договоры страхования и платить страховые взносы компаниям.

Компенсацию теоретически можно получить тремя основными путями: во-первых, непосредственно от хирурга-ортопеда или его страховой компании, во-вторых, от учреждения, в котором он работает (или его страховая компания), и в-третьих, из системы законодательства, если таковая имеется. Первые два механизма прямой компенсации основаны на прямой связи между пациентом и вовлеченным врачом. Законодательная система может быть универсальной и действовать как система компенсации без сбоев.

Также функционирует Финский центр страхования пациентов, которая рассматривает все претензии в Финляндии, это около 7 000 случаев в год, из которых около 2 000 будут давать компенсацию пациентам. Центр контролирует независимая комиссия по травмам пациентов, заявленная Министерством здравоохранения страны.

Необходимым условием для компенсации является объективно признанный вред для пациента в результате диагностической или лечебной процедуры. Страхование пациентов покрывает следующие расходы: расходы на лечение, потеря дохода от обслуживания, боль и страдания, постоянный функциональный дефект, устойчивые косметические травмы и другие необходимые расходы, вызванные травмой.

Данные о ежегодных претензиях и компенсациях используются для сравнительного анализа между больничными районами, а также передаются медицинском обществу с целью расширения медицинских знаний и навыков и предотвращения подобных инцидентов в будущем. Пациенты имеют право подать в суд на больницу или врачей. Однако эти случаи, как правило, обрабатываются Центром страхования пациентов, а не медицинским персоналом в отдельности.

В **России** не существует ни соответствующей правовой базы, ни законодательного органа, обеспечивающего регулирование в сфере страхования ответственности медицинских работников.

Страхованием профессиональной ответственности в настоящее время медицинские учреждения, находящиеся на бюджетном финансировании, практически не пользуются, так как большинство из них не имеют источника средств для страхования. В основном, договоры страхования заключают хозрасчетные медицинские учреждения, частнопрактикующие врачи или учреждения, находящиеся на бюджетном финансировании, но имеющие хозрасчетные подразделения.

Опыт западных стран, осуществляющих внедрение и развитие системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников на протяжении длительного периода, бесценен для внедрения и развития системы страхования в Республике Казахстан. Вместе с этим, каждая страна сама определяет модель страхования ответственности медицинских работников, с учетом особенностей системы здравоохранения страны и экономики в целом, что являются следствием уникального развития каждого государства.

Таким образом, исходя из международного опыта страхования профессиональной ответственности медицинских работников оптимальным механизмом профессиональной ответственности медицинских работников с учетом развития казахстанского общества предлагается применить рыночную модель страхования (через действующие страховые компании) с системой «без вины» (досудебное урегулирование конфликта).

**11. Предполагаемые финансовые затраты, связанные с реализацией проекта закона**

Реализация законопроекта на начальном этапе предполагает расходов финансовых средств из республиканского бюджета в размере 2, 861 млрд. тенге в год.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_