



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

№ _____
На № _____ от _____



№16-5/И/7-1230 от 16.09.2019

Председателю Комитета
по охране здоровья
Государственной Думе
Федерального Собрания
Российской Федерации седьмого
созыва

Д.А. Морозову

ул. Охотный ряд, дом 1,
Москва, 103265

Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет материалы к заседанию «круглого стола» на тему: «Хирургия – зона профессионального и юридического риска».

1. По вопросу законодательного регулирования хирургического образования, освоения компетенций, внедрения новых технологий диагностики и лечения.

В настоящее время в соответствии с Квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» Минздрава России от 8 октября 2015 г. № 707н выпускники лечебных и педиатрических факультетов медицинских вузов могут получить специальность «Хирургия» по программе ординатуры (до 2016 г. – интернатуры).

Для подготовки кадров по вышеуказанной специальности Минздравом России совместно с профессиональным сообществом разработан проект федерального государственного образовательного стандарта подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности «Хирургия» со сроком освоения 2 года, которым предусматривается поэтапное освоение образовательной программы. Указанный федеральный государственный образовательный стандарт позволит выпускникам осуществлять медицинскую деятельность в амбулаторных условиях после обучения в течение 1 года и сдачи специализированной аккредитации специалиста.

В период 2016-2018 гг. по программам ординатуры специальности «Хирургия» подготовлено более 1,3 тыс. специалистов. Прием в указанный период составил 2,64 тыс. человек, в том числе за счет средств федерального бюджета

более 1,4 тыс. человек. Ежегодно приказом Минобрнауки России утверждаются контрольные цифры приема за счет средств федерального бюджета (далее – КЦП) по программе ординатуры, в 2019 году по указанной программе по специальности «Хирургия» КЦП утверждены в объеме 948 мест, что на 134% выше объемов КЦП 2016 года (405 мест).

В рамках контрольных цифр приема за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на 2019/20 учебный год установлено 948 мест в ординатуру по специальности «Хирургия» для 85 образовательных и научных организаций разной ведомственной принадлежности, в том числе 728 мест для Минздрава России. С возмещением стоимости обучения вышеуказанную специальность по программе ординатуры реализуют 52 образовательные и научные организации, подведомственные Минздраву России.

В рамках приемной кампании в подведомственной сети Минздрава России приняты на обучение 940 ординаторов, в том числе за счет средств федерального бюджета 692 специалиста, из них по договорам о целевом обучении 305 человек (по предварительным результатам приемной кампании).

Также ведется подготовка кадров по программам дополнительного профессионального образования – программам повышения квалификации по специальности «Хирургия». В подведомственных Минздраву России организациях ежегодно в среднем повышают свою квалификацию по специальности «Хирургия» около 10 тыс. специалистов, в том числе за счет средств федерального бюджета 7,8 тыс. специалистов.

2. По вопросу правового статуса профессиональных медицинских некоммерческих организаций.

Правовой статус профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими работниками и фармацевтическими работниками, закреплен в статье 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ).

Согласно части 1 указанной статьи в целях реализации и защиты прав медицинских работников и фармацевтических работников, развития медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, содействия научным исследованиям, решения иных связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников и фармацевтических работников вопросов указанные работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в соответствии с критериями:

1) принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам;

2) принадлежности к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов);

3) принадлежности к одной врачебной специальности.

Частью 2 статьи 76 Федерального закона № 323-ФЗ установлено, что профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, в разработке порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников, принимать участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий и в проведении аккредитации специалистов. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают, в том числе с учетом результатов клинической апробации, и утверждают клинические рекомендации в соответствии со статьей 37 настоящего Федерального закона.

3. По вопросу аккредитации специалистов.

В соответствии с частью 1 и частью 2 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) право на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

В целях повышения роли профессионального сообщества в процедуре допуска медицинских работников к профессиональной деятельности Федеральным законом от 29 декабря 2015 г. № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» внесены изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ, предусматривающие участие профессиональных некоммерческих организаций врачей, соответствующих требованиям части 3 статьи 76 Федерального закона № 323-ФЗ в формировании аккредитационных комиссий и проведении аккредитации специалистов.

Проведение процедуры аккредитации специалистов регламентируется Положением об аккредитации специалистов, утвержденным приказом Минздрава России от 02 июня 2016 г. № 334н (далее – Положение).

В соответствии с пунктом 14 Положения председатель аккредитационной комиссии (далее – Председатель) назначается из числа представителей профессиональных некоммерческих организаций.

Председатель осуществляет:

- общее руководство деятельностью аккредитационной комиссии и организует ее деятельность;
- председательствует на заседаниях аккредитационной комиссии;
- обеспечивает соблюдение членами аккредитационной комиссии порядка проведения аккредитации специалиста, установленного Положением;
- распределяет обязанности между членами аккредитационной комиссии;
- формирует аккредитационные подкомиссии;
- формирует апелляционную комиссию и организует ее деятельность;
- назначает заместителя председателя аккредитационной комиссии и ответственного секретаря аккредитационной комиссии.

Подведение итогов процедуры аккредитации отражается в итоговом протоколе заседания аккредитационной комиссии, подписываемом Председателем и членами аккредитационной комиссии. Выписка из итогового протокола заверяется подписью Председателя, а также ответственного секретаря аккредитационной комиссии.

Таким образом, процедура аккредитации специалистов является независимой оценкой квалификации медицинских и фармацевтических работников, осуществляемой профессиональным сообществом, по единым требованиям, обязательным к выполнению на всей территории Российской Федерации.

Дополнительно сообщаем, что в настоящее время Минздравом России разработан проект приказа, вносящий изменения в приказ Минздрава России от 06 июня 2016 № 352н «Об утверждении порядка выдачи свидетельств об аккредитации специалиста и технических требований к нему» и наделяющий Председателя и секретаря аккредитационной комиссии правом внесения информации о результате прохождения процедуры аккредитации в ранее выданное свидетельство об аккредитации специалиста.

4. По вопросу, касающемуся независимой экспертизы качества медицинской деятельности.

Министерством здравоохранения Российской Федерации разрабатывается проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части введения «независимой экспертизы медицинской документации пациента».

Проектом федерального закона медицинским профессиональным некоммерческим организациям, основанным на личном членстве врачей и объединяющим не менее 25 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации, а также их ассоциациям (союзам), указанным в части 5 статьи 76 Федерального закона № 323-ФЗ, предоставляется право проводить независимую экспертизу медицинской документации пациента.

Независимая экспертиза медицинской документации пациента будет проводиться по заявлению гражданина (его законного представителя) или медицинской организации в целях оценки качества оказанной гражданину медицинской помощи в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, а также в целях установления возможной причинно-следственной связи между результатами оказанной пациенту медицинской помощи и состоянием его здоровья.

В настоящее время законопроект проходит межведомственное согласование.

5. По вопросу охраны труда врачей хирургов и возможностей государственной поддержки.

Вопросы охраны труда врачей-хирургов регулируются в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации.

В соответствии с частью первой статьи 350 Трудового кодекса Российской Федерации для медицинских работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 14.02.20 № 101 продолжительность рабочего времени медицинских работников установлена в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».

В целях реализации Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» приказом Минтруда России утверждены особенности проведения специальной оценки условий труда на рабочих местах медицинских работников, расположенных в помещениях, к которым нормативными правовыми актами Российской Федерации предъявляются требования, связанные с необходимостью поддержания особого микробиологического состояния среды и устойчивого режима функционирования медицинского оборудования (отделения реанимации, интенсивной терапии, операционные) (далее - особенности).

Согласно особенностям, кроме оценки химического и биологического факторов, неионизирующего и ионизирующего излучений, а также тяжести трудового процесса, в ходе отнесения условий труда на рабочих местах к классу (подклассу) условий труда по напряженности трудового процесса итоговый класс (подкласс) условий труда по параметрам напряженности трудового процесса повышается на одну степень в связи с оказанием медицинскими работниками специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи путем выполнения операций в операционных с применением хирургических (микрохирургических) методов лечения, а также при родовспоможении и в послеродовом периоде, что позволяет установить необходимые компенсации (ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск и размер повышения оплаты

труда, соответствующий установленному классу вредности и зафиксированный в коллективном договоре) за работу с вредными и (или) опасными условиями труда.

В соответствии с Перечнем структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости как год и шесть месяцев (далее – Перечень), являющимся приложением к Правилам исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона 17 декабря 2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29 октября 2002 № 781, врачи-хирурги имеют право на исчисление стажа для назначения досрочной трудовой пенсии как год и шесть месяцев.

6. По вопросу формирования заработной платы хирургов.

Системы оплаты труда работников медицинских организаций включают размеры окладов, размеры и порядок осуществления выплат компенсационного характера и выплат стимулирующего характера.

К компенсационным выплатам относятся выплаты за работу во вредных и опасных условиях труда, выплаты за работу в условиях отклоняющихся от нормальных (за сверхурочную работу, за работу в выходные и праздничные дни, за работу в ночное время, за работу в рамках совмещения должностей).

К стимулирующим выплатам относятся выплаты за высокие результаты работы (эффективный контракт, выплаты за наличие квалификационных категорий, выплаты за стаж работы, выслугу лет, премиальные выплаты и др.).

С 2005 года Правительство Российской Федерации устанавливает условия оплаты труда только в отношении работников федеральных государственных учреждений, в том числе в учреждениях здравоохранения. Полномочия по формированию систем оплаты труда работников государственных учреждений субъектов Российской Федерации переданы регионам, что закреплено в статье 144 Трудового кодекса Российской Федерации.

В настоящее время в 42 регионах размеры окладов (должностных окладов) устанавливаются централизованно, в 33 – фиксируются минимальные значения, в 10 – устанавливаются рекомендуемые размеры должностных окладов.

Также существенно различаются перечни выплат компенсационного и стимулирующего характера, включая условия их начисления.

В результате отмечается различие в уровнях заработных плат медицинских работников, в том числе врачей-хирургов в различных регионах.

Кроме того, уровни заработных плат врачей-хирургов в пределах одного региона в однотипных учреждениях также могут различаться из-за субъективных решений работодателей при начислении стимулирующих выплат с учетом сложившейся практики наращивания объема этих выплат, которые в большинстве регионов устанавливаются на уровне учреждений.

По данным мониторинга, проводимого Минздравом России совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, отмечается существенная дифференциация доли выплат по окладам в структуре заработной платы медицинских работников.

Средние размеры должностных окладов врачей и среднего медицинского персонала различаются в регионах до 5 раз (без учёта г. Москвы и г. Санкт-Петербурга).

Все это приводит к постоянным перемещениям медицинских работников из региона в регион, либо внутри региона из учреждения в учреждения с более высокими зарплатами, что осложняет проводимую в отрасли работу по укомплектованию кадрами, в том числе первичного звена и скорой медицинской помощи.

В соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации от 2 сентября 2019 года № Пр-1755 Минздравом России прорабатываются предложения по установлению единых принципов формирования систем оплаты труда медицинских работников, в том числе по увеличению доли выплат по окладам в структуре заработной платы медицинских работников, закреплению минимальных уровней оплаты труда, установлению перечня обязательных надбавок и доплат, применяемых в государственных и муниципальных учреждениях.

7. По вопросу осложнений и ошибок в хирургии с точки зрения законодательного регулирования, ятрогении в хирургии; обоснованного риска и несчастных случаев в хирургической практике.

Несомненно, медицинская деятельность, особенно хирургия, сопряжена с высоким риском наступления негативных последствий, не связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи является специфическим видом деятельности, и проведение медицинских вмешательств, даже при условии их точного соответствия установленным нормам и правилам, медицинским показаниям, не может гарантировать полного выздоровления или иного ожидаемого пациентом результата, поскольку действенность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинских работников, но и от индивидуальных особенностей организма человека и условий его жизнедеятельности.

В связи с этим, само по себе наступление вреда здоровью пациента не может служить основанием для привлечения к уголовной ответственности медицинских работников, если их действия были правомерны, то есть соответствовали медицинским показаниям, правильно выбранной тактике лечения и производились в соответствии с установленными нормами и правилами.

Между тем в настоящее время целесообразность закрепления в законодательстве Российской Федерации понятий «врачебная ошибка», «ятрогения» и установления ответственности медицинских работников за их совершение широко обсуждается представителями правоохранительных органов и медицинским сообществом.

При этом единообразие в подходах к формулированию этих понятий и их четкая правовая квалификация отсутствуют.

Российскими специалистами в области права в качестве основного признака «врачебной ошибки» и (или) «ятрогении» подразумевается невиновное причинение вреда здоровью, причинами которого могли стать несовершенство медицинской науки, особенности течения заболевания и иные, не зависящие от действий (бездействия) врача, факторы. Подобный подход к определению «врачебной ошибки» применяется в зарубежном законодательстве.

Однако при этом подходе возникают дополнительные основания для привлечения врача к ответственности за совершенные им невиновные деяния (действия, бездействие).

В то же время в российском законодательстве основанием уголовной ответственности является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного Уголовным кодексом Российской Федерации (статья 8 Уголовного кодекса Российской Федерации, далее – УК РФ).

При этом в соответствии с частью первой статьи 14 УК РФ преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ под угрозой наказания.

Статьей 24 УК РФ предусмотрено, что виновным в преступлении признается лицо, совершившее деяние умышленно или по неосторожности.

Вместе с тем, согласно статье 28 УК РФ определены условия невиновного причинения вреда: деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть.

Также деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти

последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

Кроме того, исходя из положений пункта 2 статьи 196 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, в случае необходимости установления характера и степени вреда, причиненного здоровью, в том числе для установления причинно-следственной связи между причиненным вредом здоровью и действиями (бездействиями) медицинских работников, обязательно назначение и производство судебной экспертизы.

Таким образом, уголовное законодательство предусматривает привлечение к уголовной ответственности, в том числе медицинских работников, только за виновно совершенные преступления, предусмотренные УК РФ, при наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействиями) медицинских работников и причиненным вредом здоровью.

В связи с этим, по нашему мнению, цель предлагаемого введения в законодательство понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения» не ясна, указанный вопрос требует детальной проработки и обсуждения.

8. По вопросу медиации.

Правовое регулирование процедуры медиации закреплено в Федеральном законе от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» (далее – Федеральный закон № 193-ФЗ), согласно которому процедура медиации является альтернативной процедурой урегулирования споров с участием в качестве посредника независимого лица - медиатора (процедуры медиации).

Частями 2 и 3 статьи 1 указанного Федерального закона установлено, что этим Федеральным законом регулируются отношения, связанные с применением процедуры медиации к спорам, возникающим из гражданских правоотношений, в том числе в связи с осуществлением предпринимательской и иной экономической деятельности, а также спорам, возникающим из трудовых правоотношений и семейных правоотношений.

Если споры возникли из иных, не указанных в части 2 настоящей статьи отношений, действие Федерального закона № 193-ФЗ распространяется на отношения, связанные с урегулированием таких споров путем применения процедуры медиации только в случаях, предусмотренных федеральными законами.

Между тем в различных научных источниках и в судебной практике описаны две отличные позиции, касающиеся правовой природы правоотношений, возникающих между застрахованными лицами в системе обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями, а, следовательно, и о возможности применения Федерального закона № 193-ФЗ к возникающим спорам между указанными субъектами.

Также необходимо отметить, что медиация не является досудебным способом урегулирования спора, поскольку может применяться после возникновения споров, рассматриваемых в порядке гражданского судопроизводства и судопроизводства в арбитражных судах.

Согласно части 3 статьи 7 Федерального закона № 193-ФЗ наличие соглашения о применении процедуры медиации, равно как и наличие соглашения о проведении процедуры медиации и связанное с ним непосредственное проведение этой процедуры, не является препятствием для обращения в суд или третейский суд, если иное не предусмотрено федеральными законами.

Согласно статье 10 Федерального закона № 193-ФЗ деятельность по проведению процедуры медиации осуществляется медиатором, медиаторами как на платной, так и на бесплатной основе, деятельность организаций, осуществляющих деятельность по обеспечению проведения процедуры медиации, - на платной основе.

Оплата деятельности по проведению процедуры медиации медиатора, медиаторов и организации, осуществляющей деятельность по обеспечению проведения процедуры медиации, осуществляется сторонами в равных долях, если они не договорились об ином.

Следовательно, при применении процедуры медиации, будут возникать как расходы застрахованных лиц, так и медицинских организаций.

Исходя из положений статей 1-3,9,11,15-16 медиатор – независимое физическое лицо, при этом согласно части 6 статьи 15 Федерального закона № 193-ФЗ медиатор не вправе: быть представителем какой-либо стороны; оказывать какой-либо стороне юридическую, консультационную или иную помощь; осуществлять деятельность медиатора, если при проведении процедуры медиации он лично (прямо или косвенно) заинтересован в ее результате, в том числе состоит с лицом, являющимся одной из сторон, в родственных отношениях.

Согласно анализу правоприменительной практики можно сделать вывод, что основная проблема непопулярности медиации в настоящее время заключается в существенных недостатках ее правового регулирования, в том числе отсутствие среди целей на указание разрешения спора с точки зрения права, отсутствие законности как принципа проведения процедуры медиации, запрет для медиатора оказывать юридическую помощь и высказывать предложения по разрешению спора; общие требования об образовании и пр.

Частью 5 статьи 11 Федерального закона № 193-ФЗ установлено, что медиатор не вправе вносить, если стороны не договорились об ином, предложения об урегулировании спора.

Указанные проблемы правового регулирования медиации, по нашему мнению, не позволят применять данную процедуру при спорах, вытекающих из

правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи, поскольку урегулирование этой категории споров требует проведения экспертизы качества медицинской помощи, а также установления причинно-следственной связи между действиями (бездействиями) медицинских работников и наступившими негативными последствиями.

9. По вопросу страхования ответственности и рисков хирургической деятельности.

Пунктом 10 части 1 статьи 79 Федерального закона № 323-ФЗ закреплена обязанность медицинских организаций осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом.

Кроме того, согласно пункту 7 части 1 статьи 72 указанного Федерального закона медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на страхование риска своей профессиональной ответственности.

В то же время, исходя из положений Федерального закона № 323-ФЗ, Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291, медицинская деятельность является лицензируемым видом деятельности, осуществляемым юридическими лицами – медицинскими организациями и иными организациями и индивидуальными предпринимателями.

Статьей 1068 Гражданского кодекса Российской Федерации предусмотрено, что юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Следовательно, в соответствии с указанными положениями законодательства Российской Федерации вред, причиненный медицинским работником при исполнении трудовых обязанностей, подлежит возмещению не медицинским работником, а работодателем – медицинской организацией.

В связи с этим страхованию подлежит гражданская ответственность непосредственно медицинской организации, а не лиц, участвующих в оказании медицинской помощи и предоставлении медицинских услуг (медицинских работников).

При этом страхование является только механизмом для финансового обеспечения ответственности медицинской организации в случае причинения вреда жизни, здоровью граждан или за нарушение договора оказания медицинских услуг и не затрагивает сферу уголовной ответственности. Кроме того, согласно

статье 928 Гражданского кодекса Российской Федерации страхование противоправных интересов не допускается.

Нормы права, регулирующие общие вопросы страхования, закреплены положениями Гражданского кодекса Российской Федерации и Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (далее – Закон № 4015-1), пунктом 2 статьи 3 которого определено, что страхование осуществляется в форме добровольного страхования и обязательного страхования.

Согласно пункту 4 статьи 3 Федерального закона № 4015-1 условия и порядок осуществления обязательного страхования определяются федеральными законами о конкретных видах обязательного страхования. Федеральный закон о конкретном виде обязательного страхования должен содержать положения, определяющие: субъекты страхования; объекты, подлежащие страхованию; перечень страховых случаев; минимальный размер страховой суммы или порядок ее определения; размер, структуру или порядок определения страхового тарифа; срок и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов); срок действия договора страхования; порядок определения размера страховой выплаты; контроль за осуществлением страхования; последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств субъектами страхования; иные положения.

На федеральном уровне прорабатываются вопросы, касающиеся механизма возмещения вреда жизни, здоровью граждан, связанного с оказанием медицинской помощи. Ранее Минздравсоцразвития России был разработан проект федерального закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» (далее – проект федерального закона), который предусматривал обязательное страхование пациентов при оказании им медицинской помощи в связи с причинением вреда жизни или здоровью пациентов в результате дефекта оказания медицинской помощи, в случае смерти пациента или ухудшения его здоровья, повлекшего за собой установление инвалидности I, II или III групп.

Основным недостатком проекта федерального закона являлось отсутствие источника финансирования страхования пациентов, при этом согласно финансово-экономическому обоснованию страховые взносы страхователей – медицинских организаций – должны были составить 26,7 млрд руб. в год.

Указанный проект федерального закона не был согласован Министерством финансов Российской Федерации и Министерством экономического развития Российской Федерации, а также не был поддержан медицинским сообществом и некоммерческими организациями, объединяющими пациентов.

В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с медицинскими некоммерческими профессиональными организациями проводится работа по анализу зарубежного опыта и выработке

наиболее эффективного механизма возмещения вреда жизни, здоровью граждан, связанного с оказанием медицинской помощи.

Наиболее важными являются вопросы, касающиеся определения страхового случая (виновное или невиновное причинение вреда, «врачебная ошибка», иное), установления размера страховой суммы и страховой выплаты, поскольку существует риск, что увеличение случаев выплат (особенно за вред, причиненный без наличия вины медицинского работника (несчастный случай)) повлечет рост жалоб, исков пациентов, что приведет к удорожанию медицинской помощи.

Также необходимо определить источник и объемы финансового обеспечения при страховании ответственности медицинских организаций на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента, что затруднительно ввиду отсутствия официальной статистики по случаям и размерам возмещения вреда жизни, здоровью граждан, связанного с оказанием медицинской помощи (как в судебном, так и в досудебном порядке).

При этом предусмотреть средства для уплаты страховых взносов при страховании ответственности медицинских организаций на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента в тарифе на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию не представляется возможным ввиду того, что обязательное медицинское страхование является видом обязательного социального страхования, представляющим собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Также полагаем недопустимым предусматривать возможность страхования гражданской ответственности медицинских организаций с привлечением средств физических лиц – медицинских работников.

В связи с этим возможным источником финансового обеспечения страхования гражданской ответственности медицинских организаций могут являться средства учредителей медицинских организаций. Однако, принимая во внимание тот факт, что большинство медицинских организаций в Российской Федерации являются государственными учреждениями, такое решение повлечет увеличение расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

В то же время статьей 4¹ Закона № 4015-1 наравне со страховыми организациями к субъектам страхового дела отнесены общества взаимного страхования. Отношения по осуществлению взаимного страхования имущественных интересов членов общества взаимного страхования, а также установление особенностей правового положения общества, условий его

деятельности, прав и обязанностей членов общества регулируются Федеральным законом от 29 ноября 2007 г. № 286-ФЗ «О взаимном страховании», согласно статье 1 которого взаимным страхованием является страхование имущественных интересов членов общества на взаимной основе путем объединения в обществе взаимного страхования необходимых для этого средств.

В то же время анализ зарубежного опыта показывает, что наиболее эффективной моделью возмещения вреда жизни, здоровью граждан при осуществлении медицинской деятельности является страхование гражданской ответственности непосредственно врачей (медицинских работников) с участием профессиональных объединений и без привлечения бюджетных средств.

В большинстве развитых стран мира профессиональной, то есть лечебной, деятельностью управляют профессиональные объединения (саморегулируемые организации) врачей (медицинских работников). Они осуществляют допуск к профессии, занимаются обучением и повышением квалификации врача (медицинского работника), разрабатывают стандарты медицинской деятельности и протоколы лечения, участвуют в урегулировании конфликтов, возникающих по поводу качества медицинской помощи, и, следовательно, страхуют случаи причинения вреда пациентам.

В законодательстве этих стран предусмотрен статус врача (медицинского работника) как самостоятельного субъекта правоотношений по оказанию медицинской помощи, в этом случае появляются юридические основания для наступления его гражданской ответственности за причинение вреда жизни, здоровью граждан при осуществлении медицинской деятельности.

Страхование осуществляется за счет средств профессиональных объединений (саморегулируемых организаций) врачей (медицинских работников), формируемых из членских взносов врачей (медицинских работников) в эту организацию. При этом уровень средней заработной платы врачей (медицинских работников) в европейских странах выше, чем в Российской Федерации.

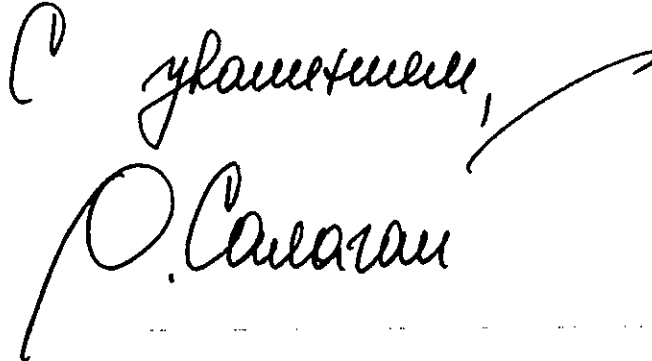
Поскольку такие условия осуществления медицинской деятельности в Российской Федерации отсутствуют и учитывая высокую стоимость коммерческого страхования, принятие федерального закона, предусматривающего обязательное страхование гражданской ответственности врачей, преждевременно. Требуется проработка оптимального и наиболее эффективного механизма страхования гражданской ответственности за причинение вреда жизни, здоровью граждан при осуществлении медицинской деятельности.

10. По вопросам об объемах и стоимости хирургической медицинской помощи в стационарных условиях в 2018 г. в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии с годовой формой федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», утвержденной приказом Росстата от 2 ноября 2018 г. № 658 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», Федеральным фондом обязательного медицинского страхования представлены следующие данные:

Профиль медицинской деятельности	№ строки	случаев госпитализации, ед.	доля случаев госпитализации, %	объем финансирования, руб	доля объема финансирования, %
1	2	3	4	5	6
ВСЕГО (сумма строк с 02 по 11): всего в том числе	01	4 668 724	100,0	201 695 531 820	100,0
Хирургическая медицинская помощь при оказании по профилю «Детская онкология»	02	4 102	0,1	730 200 345	0,4
Детская хирургия	03	351 629	7,5	9 459 032 525	4,7
Нейрохирургия	04	470 807	10,1	23 123 740 667	11,5
Хирургическая медицинская помощь при оказании по профилю «Онкология»	05	337 688	7,2	20 650 936 203	10,2
Сердечно-сосудистая хирургия	06	489 995	10,5	45 958 947 947	22,8
Торакальная хирургия	07	68 915	1,5	3 911 347 026	1,9
Хирургия	08	2 436 738	52,2	76 590 535 178	38,0
Хирургия (абдоминальная)	09	271 404	5,8	10 190 767 822	5,0
Хирургия (комбустиология)	10	50 080	1,1	4 982 182 391	2,5
Челюстно-лицевая хирургия	11	187 366	4,0	6 097 841 716	3,0

Одновременно сообщаем, что информация об участниках совещания будет сообщена дополнительно.

уважаемые,


О.О. Салагай

МИНЭКОНОМРАЗВИТИЯ РОССИИ
**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ
(РОССТАТ)**

Мясницкая ул., д. 39, стр. 1, г. Москва, 107450
Тел.: (495) 607-49-02, факс: (495) 607-40-87
<http://www.gks.ru>; e-mail: stat@gks.ru

Государственная Дума
Федерального Собрания
Российской Федерации

Председателю Комитета
по охране здоровья

Морозову Д.А.

18.09.2019 № СЕ-08-3/60-ГД

На № 3.4-12/436 от 12.09.2019

Об участии в заседании «круглого
стола»

Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Федеральная служба государственной статистики благодарит Вас за приглашение принять участие в заседании «круглого стола» на тему: «Хирургия – зона профессионального и юридического риска».

Сообщаем о невозможности участия руководителя Федеральной службы государственной статистики П.В. Малкова в заседании в связи с болезнью.

Для использования при подготовке к заседанию «круглого стола» направляем информацию по хирургической помощи, разработанную Росстатом по данным медицинских организаций всех форм собственности и ведомственной принадлежности.

Приложение: файл «Хирургическая помощь», 77 КБ.

С уважением,

Временно исполняющий обязанности
руководителя Федеральной службы
государственной статистики

С.Н. Егоренко



**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат: 3784B685D3D87590E8112BCD46B0DFF1
Владелец: Егоренко Сергей Николаевич
Действителен с 11.10.2018 по 11.10.2019

Хирургическая помощь в лечебно-профилактических организациях Российской Федерации
(абсолютные данные)

Годы	Численность врачей хирургического профиля					Кочный фонд хирургического профиля				Хирургическая работа медицинской организации	
	хирурги- ческого профиля - всего	хирурги	сердечно-сосудис- тые хирурги	травматоло-логи и ортопеды	эндоско- писты	онкологи	хирурги- ческого профиля	из них: кардио- хирурги-ческие	сосудистой хирургии	Число проведенных операций в дневном стационаре всех типов	Число проведенных операций в амбулаторно- поликлинической организации
2005	65048	-	2021	12580	4707	5879	279671	-	-	-	-
2010	70534	29495	2854	13623	5098	6395	257185	5895	7696	322285	6279390
2015	67406	25898	2630	13775	5638	7392	231656	6426	7860	571570	6186907
2018	74648	29150	2993	14637	6160	8784	223627	6970	7852	10991470	906011

Хирургическая помощь в лечебно-профилактических организациях Российской Федерации
(относительные данные в расчете на 10000 населения)

Годы	Численность врачей хирургического профиля					Кочный фонд хирургического профиля			
	хирурги- ческого профиля - всего	хирурги	сердечно-сосудис- тые хирурги	травматоло-логи и ортопеды	эндоско- писты	онкологи	хирурги- ческого профиля	из них: кардио- хирурги-ческие	сосудистой хирургии
2005	4,6	-	0,1	0,9	0,3	0,4	19,7	-	-
2010	4,9	2,1	0,2	1,0	0,4	0,4	18,0	0,4	0,5
2015	4,6	1,8	0,2	0,9	0,4	0,5	15,8	0,4	0,5
2018	5,1	2,0	0,2	1,0	0,4	0,6	15,2	0,5	0,5

Коечный фонд хирургического профиля за 2016-2018 годы
(относительные данные по субъектам в расчете на 10000 населения)

Наименование территории	2016			2017			2018		
	хирургического профиля	из них:		хирургического профиля	из них:		хирургического профиля	из них:	
		кардиохирургические	сосудистой хирургии		кардиохирургические	сосудистой хирургии		кардиохирургические	сосудистой хирургии
Российская Федерация	15,5	0,4	0,5	15,3	0,5	0,5	15,2	0,5	0,5
Центральный федеральный округ	15	0,4	0,6	14,5	0,4	0,6	14,6	0,4	0,6
Белгородская область	13,5	0,1	0,3	13,8	0,1	0,3	13,9	0,2	0,3
Брянская область	14,7	-	0,4	14,8	-	0,5	14,7	-	0,4
Владимирская область	15,5	0,1	0,4	14,8	0,1	0,4	15,1	0,1	0,4
Воронежская область	17,6	0,3	0,7	17,7	0,3	0,7	17,4	0,3	0,7
Ивановская область	14,2	0,2	0,4	13,7	0,2	0,4	14,1	0,2	0,4
Калужская область	13	0,2	0,6	11,7	-	-	12,1	0,4	0,6
Костромская область	15,2	0,2	0,4	15,4	0,2	0,4	15,6	0,2	0,4
Курская область	16,3	-	0,7	16,2	0,1	0,6	16,3	0,1	0,6
Липецкая область	14,5	-	0,3	14,5	-	0,3	14,5	-	0,3
Московская область	14,6	0,1	0,4	13,8	0,2	0,4	13	0,1	0,4
Орловская область	14,5	-	0,7	13,8	-	0,7	13,3	-	0,7
Рязанская область	14,4	0,2	0,5	14,5	0,2	0,5	13,9	0,2	0,5
Смоленская область	17,1	0,1	0,3	17,1	0,1	0,3	16,9	0,1	0,3
Тамбовская область	15,4	-	0,3	14,8	-	0,3	15,1	-	0,4
Тверская область	17,9	0,5	0,1	17,7	0,5	0,1	17,9	0,5	0,1
Тульская область	13,9	-	0,4	14	-	0,4	14,2	-	0,4
Ярославская область	18	0,4	0,8	17,8	0,4	0,8	17,8	0,4	0,7
Город Москва	14,5	0,9	1	13,8	0,9	0,9	14,4	1,1	1
Северо-Западный федеральный округ	17,6	0,6	0,7	17,3	0,6	0,7	16,9	0,6	0,6
Республика Карелия	15,2	0,5	0,4	15,3	1	0,3	15,1	0,9	0,3
Республика Коми	20,3	0,3	0,4	20	0,3	0,4	19,9	0,3	0,4
Архангельская область	19,3	0,5	0,9	19,1	0,4	0,8	18,7	0,4	0,8
Ненецкий автономный округ	13,7	-	-	13,6	-	-	13,7	-	-
Архангельская область (кроме Ненецкого автономного округа)	19,5	0,5	0,9	19,3	0,5	0,8	18,9	0,5	0,8
Вологодская область	15,9	0,2	0,8	16	0,2	0,8	15,8	0,2	0,8
Калининградская область	19	1,3	0,6	19	1,3	0,6	18,6	1,2	0,6
Ленинградская область	13	0,2	0,2	12,4	0,4	0,3	12,9	0,4	0,3
Мурманская область	21,3	0,6	0,7	20,3	0,6	0,7	20	0,6	0,7
Новгородская область	13,7	-	0,6	13,8	-	0,6	13,8	-	0,6
Псковская область	14,2	-	0,3	14,2	-	0,4	14,8	-	0,4
Город Санкт-Петербург	19	0,8	0,9	18,8	0,9	0,9	17,6	0,9	0,8
Южный федеральный округ	14,5	0,3	0,5	14,6	0,3	0,5	14,8	0,4	0,5
Республика Адыгея (Адыгея)	14,8	-	1	15,2	-	1	15,2	-	1
Республика Калмыкия	13	0,1	0,4	13,3	0,1	0,3	13,8	0,2	0,3
Республика Крым	13,4	0,1	0,5	13,1	0,2	0,6	13,3	0,2	0,6
Краснодарский край	12,6	0,2	0,5	13,1	0,2	0,4	12,9	0,2	0,4
Астраханская область	16,2	1,6	0,6	15,8	1,6	0,4	15,7	1,6	0,5
Волгоградская область	16,8	0,4	0,5	16,6	0,4	0,5	16,9	0,4	0,5
Ростовская область	15,9	0,3	0,5	15,7	0,3	0,5	15,5	0,4	0,5
г. Севастополь	12,1	0,2	0,3	19,1	0,2	0,6	18,8	0,2	0,5
Северо-Кавказский федеральный округ	12,7	0,2	0,4	12,7	0,2	0,3	12,8	0,2	0,4
Республика Дагестан	11,5	0,2	0,2	11,8	0,3	0,2	12	0,2	0,2
Республика Ингушетия	8,8	-	0,4	8	-	-	7,9	-	0,4
Кабардино-Балкарская Республика	13,6	-	0,6	12,4	-	0,6	11,9	-	0,7
Карачаево-Черкесская Республика	12,8	0,2	0,9	12,1	0,2	0,8	12,1	0,2	0,8
Республика Северная Осетия-Алания	16,5	0,2	0,6	17,2	0,4	0,6	15,6	0,4	0,6
Чеченская Республика	11	0,1	0,2	10,7	0,1	0,3	11,1	0,1	0,5
Ставропольский край	14,1	0,2	0,3	14,6	0,4	0,3	15,1	0,3	0,3
Приволжский федеральный округ	15	0,5	0,5	14,8	0,5	0,5	14,8	0,5	0,5
Республика Башкортостан	13,7	0,3	0,4	13,5	0,3	0,4	13,7	0,4	0,5
Республика Марий Эл	15,7	-	0,6	15,4	-	0,6	15,2	-	0,6
Республика Мордовия	14,8	0,6	-	14,2	0,6	-	14,4	0,7	-
Республика Татарстан	12,5	0,4	0,7	12,1	0,4	0,6	12	0,4	0,6
Удмуртская Республика	11,8	0,2	0,4	12,1	0,2	0,3	12	0,2	0,3
Чувашская Республика	16	0,3	0,2	16	0,3	0,2	15,6	0,3	0,2
Пермский край	14	0,9	0,5	13,9	0,9	0,5	13,8	0,9	0,5
Кировская область	15,2	0,4	0,5	15,4	0,4	0,5	15,5	0,4	0,5
Нижегородская область	18,3	0,7	0,6	18,5	0,7	0,6	18,6	0,7	0,6
Оренбургская область	14,9	0,2	0,5	14,5	0,2	0,5	13,6	0,2	0,4
Пензенская область	13,4	1,4	0,2	13,2	1,4	0,3	13,5	1,4	0,3
Самарская область	16,5	0,4	0,7	16,4	0,4	0,7	16,3	0,4	0,6
Саратовская область	17,6	0,4	0,7	17,3	0,5	0,7	17,4	0,5	0,7
Ульяновская область	15,3	0,2	0,4	15,5	0,2	0,4	15,3	0,2	0,4
Уральский федеральный округ	15,7	0,5	0,5	15,8	0,5	0,5	15,3	0,5	0,5
Курганская область	22,3	0,3	0,4	22,8	0,3	0,4	22,5	0,2	0,5
Свердловская область	17,5	0,6	0,4	17,1	0,5	0,4	16,8	0,5	0,4
Тюменская область	13,6	0,4	0,4	13,6	0,4	0,3	13,4	0,4	0,4
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	15,5	0,5	0,4	15,5	0,5	0,4	15,3	0,5	0,4
Ямало-Ненецкий автономный округ	12,1	-	0,3	11,9	-	0,3	11,6	-	0,3
Тюменская область (кроме Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и Ямало-Ненецкого автономного округа)	11,9	0,4	0,3	12	0,4	0,3	11,9	0,4	0,3
Челябинская область	14,1	0,6	0,7	14	0,6	0,7	14	0,6	0,8
Сибирский федеральный округ	17,1	0,6	0,5	17,1	0,7	0,5	17	0,6	0,5
Республика Алтай	14	-	0,6	13,6	-	0,6	13,7	-	0,6
Республика Тыва	14,5	-	-	14,7	0,8	-	14,2	0,8	-
Республика Хакасия	13,8	0,1	0,4	13,6	0,1	0,5	13,4	0,1	0,5
Алтайский край	19	0,4	0,6	19	0,4	0,6	18,9	0,4	0,6
Красноярский край	15,7	0,7	0,3	15,2	0,6	0,3	15,2	0,6	0,3
Иркутская область	17,6	0,2	0,4	17,8	0,3	0,4	16,6	0,2	0,4
Кемеровская область	16,3	0,3	0,7	16,8	0,5	0,8	17,3	0,6	0,8
Новосибирская область	18,7	1,5	0,6	18,7	1,5	0,6	18,8	1,5	0,6
Омская область	16,2	0,3	0,3	16,2	0,3	0,4	16,4	0,3	0,4
Томская область	18,6	1,2	0,4	18	1,2	0,4	17,8	1,1	0,4
Дальневосточный федеральный округ	17,4	0,4	0,4	17,4	0,5	0,4	17,4	0,5	0,5
Республика Бурятия	14,9	0,1	0,3	15,3	0,1	0,4	14,5	0,1	0,4
Республика Саха (Якутия)	14,4	0,3	0,3	14,5	0,3	0,3	14,4	0,3	0,4
Забайкальский край	18,8	0,4	0,2	18,9	0,5	0,2	18,8	0,4	0,5
Камчатский край	21,3	-	0,2	21,3	-	0,3	20,7	-	0,3
Приморский край	19,5	0,4	0,5	19,3	0,4	0,5	18,2	0,4	0,5
Хабаровский край	16,1	1,2	0,6	16,4	1,1	0,6	17	1,1	0,5
Амурская область	15,5	0,4	0,6	15,8	0,9	0,6	16,6	0,9	0,6
Магаданская область	16,7	-	0,8	17	-	0,8	17,6	-	0,8
Сахалинская область	21	0,1	0,4	20,6	0,1	0,5	20,5	0,1	0,5
Еврейская автономная область	17,4	-	0,6	14,8	-	0,6	14,3	-	0,6
Чукотский автономный округ	20,9	-	-	21,3	-	-	20,1	-	-



**Генеральная прокуратура
Российской Федерации**

ул. Б. Дмитровка, 15а
Москва, Россия, ГСП-3, 125993

**Депутату Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации**

Морозову Д.А.

17.09.2019 № 74/1-1/8 -2019

№ № 3.4-12/417 от 02.09.2019

Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

В Генеральной прокуратуре Российской Федерации рассмотрено Ваше обращение с приглашением к участию в заседании «круглого стола» на тему «Хирургия – зона профессионального и юридического риска», которое будет проводиться Комитетом Государственной Думы по охране здоровья 20.09.2019, а также о предоставлении соответствующих информационно-аналитических материалов.

В связи с ранее запланированными мероприятиями участие представителя Генеральной прокуратуры Российской Федерации в заседании названного «круглого стола» не представляется возможным.

Будем признательны за направление в Генеральную прокуратуру Российской Федерации принятых на заседании рекомендаций.

**Первый заместитель
Генерального прокурора
Российской Федерации**

А.Э. Буксман

ЛУ № 286386

Генеральная прокуратура Российской Федерации
№ 74/1-1/8-2019/Оч/33538-19