

4 INTERNATIONAL AND COMPARATIVE LAW
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ САЛЫСТЫРМАЛЫ ҚҰҚЫҚ
МЕЖДУНАРОДНОЕ И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ПРАВО

МРНТИ 10.87.27

УДК 341

JEL K32

<https://doi.org/10.46914/2959-4197-2025-1-4-226-236>

СУЛТАНОВА Н.Т.,^{*1}

докторант.

*e-mail: nargiz_89-11@mail.ru

ORCID ID: 0009-0004-7384-9475

САЙРАМБАЕВА Ж.Т.,¹

к.ю.н., доцент.

e-mail: zhuldyz.sairambaeva@kaznu.kz

ORCID ID: 0000-0002-8213-8622

МУЙОВИЧ Х.,²

PhD, профессор.

e-mail: hmijovic@idn.org.rs

ORCID ID: 0000-0002-2207-0507

¹Казахский национальный университет
им. аль-Фараби,
г. Алматы, Казахстан

²Институт общественных наук,
г. Белград, Сербия

**МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА:
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЛОБАЛЬНЫХ
И РЕГИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ**

Аннотация

Статья посвящена международно-правовому регулированию медицинского страхования и защиты прав пациента в условиях формирования глобальных и региональных стандартов в сфере охраны здоровья. Рассматриваются универсальные международные акты, закрепляющие право на медицинскую помощь и социальную защиту, включая Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Устав Всемирной организации здравоохранения. На региональном уровне анализируются документы Европейского союза, Совета Европы и Всемирной организации здравоохранения для Европы, в которых подчеркивается необходимость равного доступа к медицинским услугам и эффективной защиты прав пациентов. В работе проведено сопоставление национальных моделей медицинского страхования и правового обеспечения защиты интересов пациентов на примере Казахстана, Германии и США. Автор анализирует различия между системами обязательного и добровольного страхования, степень участия государства в финансировании здравоохранения, гарантии соблюдения прав пациентов, а также механизмы юридической ответственности за их нарушение. Отмечается, что международные и региональные стандарты создают основу для унификации подходов в области охраны здоровья и защиты прав пациентов, однако их практическая реализация во многом зависит от социально-экономических условий, уровня развития наци-

онального законодательства и готовности государств к международному сотрудничеству. Делается вывод о важности совершенствования национальной правовой базы с учетом международных норм и рекомендаций, что позволит обеспечить комплексный характер защиты прав пациента и укрепить систему медицинского страхования.

Ключевые слова: международное право, медицинское страхование, права пациента, охрана здоровья, международные стандарты.

Введение

Международное право признает здоровье базовой ценностью и неотъемлемым правом каждого человека. Уже во Всеобщей декларации прав человека 1948 г. провозглашено право каждого на жизненный уровень, необходимый для поддержания здоровья, а Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. закрепил право каждого на наивысший достижимый уровень здоровья [1, 2]. Конституция Всемирной организации здравоохранения также утверждает право на здоровье как одно из основных прав человека [3]. В современном понимании данное право включает равный и справедливый доступ к медицинской помощи и защите пациента от любого рода дискриминации или недобросовестного обращения. Страны, присоединившиеся к международным договорам по правам человека, обязаны внедрять национальные законы и политики, гарантирующие всеобщий доступ населения к качественным медицинским услугам. Концепция всеобщего охвата услугами здравоохранения, продвигаемая ООН и ВОЗ, фактически призывает государства обеспечивать своим гражданам доступную и своевременную медицинскую помощь, в том числе через механизмы медицинского страхования. Медицинское страхование в глобальной практике рассматривается как важный инструмент реализации права на здоровье, позволяющий аккумулировать средства и представлять финансовые гарантии пациентам.

Одновременно с правом на медицинскую помощь встает задача защиты прав самого пациента при получении этой помощи. Под правами пациента понимается комплекс гарантий, обеспечивающих уважение достоинства, жизни, здоровья человека при оказании медуслуг: право на информированное согласие, тайну состояния здоровья, выбор врача, получение безопасной и качественной помощи и др. Эти права отражены во множестве международных документов – как универсальных, так и региональных. Однако унифицированного глобального договора, всецело регулирующего права пациентов, до сих пор не существует. Вместо этого сформировался корпус «мягкого» права: деклараций, хартий и рекомендаций международных организаций, которые устанавливают стандарты, принимаемые за основу в национальных законодательствах. Кроме того, на региональном уровне (например, в рамках Совета Европы, Европейского союза, СНГ и др.) приняты отдельные соглашения и акты, напрямую касающиеся вопросов здравоохранения, страхования и прав пациентов.

Актуальность темы международно-правового регулирования медицинского страхования и защиты прав пациента обусловлена глобальными целями обеспечения всеобщего охвата медуслугами и необходимостью выработки единых подходов к защите пациентов в условиях трансграничной медицины и медицинского туризма. В разных странах сложились различные модели здравоохранения и страхования – от всеобщего государственного медицинского обеспечения до преимущественно частного страхования, – что порождает разницу в реализации прав пациентов на практике.

Цель исследования – сопоставить международные и региональные правовые стандарты с национальными моделями регулирования в указанных странах, выявить общие черты и отличия, а также определить лучшие практики, способные усилить защиту прав пациентов.

Проблематика международно-правового регулирования здравоохранения, страхования и прав пациентов привлекает внимание многих казахстанских исследователей. А.С. Жаппарова рассматривает эволюцию национального законодательства об охране здоровья и обосновывает необходимость его систематизации и приведения в соответствие с международными стандартами [4]. Ф.К. Ердявлетова, Г.И. Супугалиева и др. в своей работе проанализировали функционирование здравоохранения на основе ОСМС [5].

В мировой науке вопросы правового обеспечения здравоохранения и прав пациентов исследуются уже несколько десятилетий, в том числе с позиций сравнительного права и гло-

бального здоровья. Среди западных исследований можно отметить труд А. Покласки (2016), посвященный правовым вопросам медицинского туризма [6].

В 2020 г. группа исследователей проанализировала, как международные стандарты аккредитации больниц способствуют соблюдению прав пациентов на безопасность и качество лечения [7].

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на комплексной методологии, направленной на обеспечение прозрачности сравнительного анализа международных, региональных и национальных систем медицинского страхования и защиты прав пациента. В качестве материалов использовались универсальные международные договоры по правам человека, специализированные акты Всемирной организации здравоохранения, документы Совета Европы и Европейского союза, а также национальные нормативные акты Казахстана, Германии и США. Отбор документов осуществлялся по трем критериям: нормативная значимость (юридически обязательные акты или ключевые программные документы), компетентность источника (международные организации, национальные органы власти, суды), релевантность положениям о медицинском страховании и правах пациента.

Сравнительный анализ проводился по заранее определенным параметрам, включающим структуру систем медицинского страхования, механизм финансирования, долю охвата населения, перечень законодательно закрепленных прав пациентов, характер юридических гарантий, институты защиты и возможности судебного обжалования нарушений. В рамках анализа национального законодательства использовался нормативно-правовой метод, позволивший выявить юридические различия между моделями страхования, а также степень имплементации международных стандартов.

Для изучения научных подходов применялся доктринальный анализ. Отбор научных источников осуществлялся по критериям научной репутации журнала, тематической релевантности, а также включал англоязычные публикации и исследования, индексируемые в международных базах данных. Это позволило интегрировать в исследование как казахстанский, так и зарубежный научный опыт. Также применялись методы структурно-функционального анализа, правового моделирования и историко-правового сопоставления, что обеспечило всесторонний охват исследуемой проблемы.

Предложенная методология обеспечивает воспроизводимость исследования, позволяет проследить логику отбора источников и аргументированно сопоставить правовые системы, что повышает научную обоснованность и достоверность полученных результатов.

Результаты и обсуждение

Международно-правовые стандарты в области здравоохранения основываются на признании права на здоровье фундаментальным правом человека. Все государства – члены ООН ратифицировали хотя бы один договор, закрепляющий это право, вследствие чего страны несут юридические обязательства по его соблюдению. Воплощение данных обязательств требует, в частности, создания эффективных систем финансирования медицины. В этом контексте медицинское страхование выступает важным механизмом, позволяющим странам реализовать принцип универсальности медицинской помощи. Движение к всеобщему охвату услугами здравоохранения предполагает, что все люди получают необходимые услуги без ущерба для их финансового благополучия. Защита прав пациентов на международном уровне развивалась во второй половине XX в. преимущественно через «мягкое право» – декларации и принципиальные заявления. Одним из первых международных документов, провозгласивших права пациентов, стала Лиссабонская декларация о правах пациента [8], принятая Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА) в 1981 г. Она утвердила базовые принципы: право на свободный выбор врача, отказ от лечения, достойное обращение, на информацию о своем здоровье и др. В 1994 г. в Европе была принята Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе [9], а годом позже – Амстердамская декларация (1994) о политике в области прав пациентов в Европе. Эти акты призвали европейские государства унифицировать подходы к правам пациентов

и разработать национальные хартии пациентов. В 1997 г. Совет Европы заключил первую обязывающую международную конвенцию в данной сфере – Конвенцию о правах человека и биомедицине (Овьедская конвенция), вступившую в силу в 1999 г. [10]. Конвенция устанавливает обязательные для участников нормы, касающиеся согласия на медицинское вмешательство, конфиденциальности медицинской информации, запрета дискриминации по состоянию здоровья и др., тем самым впервые юридически закрепляя права пациентов на региональном уровне.

К началу 2000-х годов сформировался и специфический европейский документ – Европейская хартия прав пациентов (2002 г.), провозгласившая 14 прав пациентов. Хоть хартия была инициирована гражданским обществом и не носит характер межгосударственного договора, она получила широкое признание в странах ЕС. Хартия включает такие права, как право на профилактические меры, доступность услуг, инновации, безопасность, право на возмещение ущерба и др., и служит ориентиром для гармонизации национальных систем здравоохранения с позиций уважения прав пациента. В рамках Европейского союза вопросом прав пациентов посвящена Директива 2011/24/EU о применении прав пациентов при получении трансграничной медицинской помощи. Эта директива, вступившая в силу в 2013 г., закрепила право граждан ЕС получать медицинскую помощь в других государствах-членах и устанавливает порядок покрытия расходов на такое лечение. В частности, гражданам гарантируется возмещение стоимости лечения за рубежом на условиях, сопоставимых с получением помощи на родине, а также право на информацию о качестве и безопасности медуслуг за границей. Директива 2011/24/EU стала важным региональным механизмом, обеспечивающим реализацию прав пациентов в контексте свободы передвижения по Европе.

На глобальном уровне ВОЗ и другие структуры также инициировали ряд важных соглашений, затрагивающих аспекты страхования и безопасности пациентов. Например, Международная организация труда еще в 1952 г. приняла Конвенцию №102 о минимальных нормах социального обеспечения, предусматривающую обязательства государств по введению страхования на случай болезни и материнства. В 2005 г. вступили в силу обновленные Международные медико-санитарные правила (ММСП) – юридически обязательный для стран договор, направленный на укрепление систем здравоохранения с целью готовности к эпидемиям (хотя ММСП больше касаются инфекционной безопасности, косвенно они требуют наличия финансирования здравоохранения для выполнения этих норм). В 2019 г. на 72-ой Всемирной ассамблее здравоохранения учрежден Всемирный день безопасности пациента, а незадолго до этого, в 2018 г., министры здравоохранения приняли Токийскую декларацию по безопасности пациентов. В этой декларации подчеркнуто, что обеспечение безопасности пациентов – фундаментальное требование к любой системе здравоохранения и одно из условий универсального доступа к медицинским услугам, необходимых для достижения ЦУР ООН. Декларация призвала все страны активнее внедрять стандарты качества и безопасности медицинской помощи, ссылаясь на Резолюцию WHA55.18 Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Резюмируя: международно-правовые стандарты в рассматриваемой сфере формируют два взаимодополняющих блока: глобальный, основанный на общечеловеческих правах, и региональный, детализирующий эти принципы применительно к конкретным интеграционным объединениям.

Таблица 1 – Глобальный и региональный уровни международно-правового регулирования прав пациента

Уровень	Основное содержание	Значение для стран
Глобальный	Универсальные принципы: право на здоровье, всеобщий охват, безопасность пациента (ООН, ВОЗ, ВМА)	Формируют базовые ориентиры и обязательства, которые адаптируются в национальных системах здравоохранения
Региональный (Европа)	Детализированные механизмы: биомедицинские нормы, согласие, конфиденциальность, трансграничная помощь (Совет Европы, ЕС)	Обеспечивают практические инструменты реализации прав пациента, включая судебную защиту (ЕСПЧ)

Примечание: Составлено авторами.

Республика Казахстан, будучи участником основных международных договоров по правам человека, признает право граждан на охрану здоровья конституционно (ст. 29 Конституции РК гарантирует право на здоровье и бесплатный объем медпомощи). В развитие этих норм принят Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (новая редакция от 7 июля 2020 г.), обобщающий национальное здравоохранительное законодательство. В данном Кодексе прямо закреплены основные права пациентов, они перечислены, в частности, в статьях 88, 89 и 91. Среди них: право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), право на выбор врача и медицинской организации, право на информированное согласие на лечение или отказ от него, право на тайну о состоянии здоровья, на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании помощи, и т.д. Система здравоохранения Казахстана исторически основывалась на государственной модели советского типа, однако в 2015–2020 гг. страна перешла к смешанной модели финансирования, внедрив обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС). С 1 января 2020 г. в РК функционирует ОСМС, управляемое специально созданным Фондом медицинского страхования. Принцип системы: работодатели и работники, а также государство за льготные категории граждан уплачивают страховые взносы, формируя пул средств для оплаты медицинских услуг населению. При этом сохраняется гарантированный государственный пакет бесплатной помощи для всех граждан (ГОБМП), финансируемый из бюджета. Такая комбинированная модель – бюджет и обязательное страхование – по замыслу законодателя должна обеспечить более устойчивое финансирование отрасли и повысить доступность медуслуг [11].

Государство оплачивает взносы за уязвимые категории (дети, пенсионеры, инвалиды и др.), что указывает на стремление охватить страхованием все население. Тем не менее на практике Казахстан пока не достиг 100% охвата: по данным на конец 2024 г., охвачено около 83% населения. Около 3,3 млн человек остаются незастрахованными – как правило, это неформально занятые граждане или лица, не уплачивающие взносы. Таким образом, задача всеобщего охвата остается актуальной.

Для защиты прав пациентов в системе ОСМС в Казахстане предусмотрены определенные механизмы. Во-первых, в каждой медицинской организации функционирует Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля качества – структурное подразделение, куда пациент может обратиться с жалобой на условия лечения или действия медицинского персонала. Во-вторых, при Фонде медстрахования функционирует колл-центр, принимающий обращения застрахованных и консультирующий по вопросам объема и качества оказываемых услуг. В-третьих, пациенты вправе обжаловать отказ в предоставлении услуги или незаконное взимание платы сначала в сам фонд, а затем, при несогласии, в суд. Национальное законодательство также устанавливает стандарты качества медпомощи и безопасности (протоколы лечения, аккредитация учреждений), соответствующие во многом рекомендациям ВОЗ. Тем не менее, по оценкам экспертов, казахстанская система еще сталкивается с проблемами, влияющими на реализацию прав пациентов: нехватка финансирования, кадровый дефицит, особенно в сельской местности, очереди на высокотехнологичную помощь. Незастрахованные граждане имеют право лишь на ограниченный объем услуг в рамках ГОБМП, что создает риск неравенства доступа. Таким образом, Казахстан находится в процессе реформ, стремясь достичь баланса между бюджетной поддержкой здравоохранения и страховыми принципами, опираясь на международный опыт.

Федеративная Республика Германия – классический пример страны с развитой системой социального медицинского страхования. Право на материальное обеспечение в случае болезни зафиксировано в немецком законодательстве с конца XIX в.; в современном виде система основана на обязательном страховании работников через больничные кассы. В Германии действует принцип всеобщего охвата: все постоянно проживающие лица должны иметь медицинскую страховку. Причем около 90% населения охвачены обязательным государственным (публично-правовым) страхованием, а остальные (высокодоходные группы, государственные служащие) – частным страхованием по своему выбору. Таким образом, формально отсутствуют незастрахованные: не иметь медицинской страховки запрещено законом с 2009 г. Органы власти контролируют деятельность более 100 больничных касс, устанавливают единый базовый пакет услуг и размер страховых взносов. Финансирование осуществляется за счет отчислений рабо-

тодателей и работников (примерно по 7,3% от заработной платы каждый, итого около 14,6% от фонда зарплаты) с дополнительными небольшими доплатами самих застрахованных в некоторые кассы. Государство субсидирует страхование лиц, не способных платить взносы (безработные получают страховку через кассы, оплачиваемую из средств пособий).

Важно отметить, что в Германии сильны юридические гарантии прав пациентов, особенно после принятия в 2013 г. специального закона о правах пациентов. Этот закон, вступивший в силу 26 февраля 2013 г., внес в Гражданский кодекс Германии (BGB) отдельную главу о договоре на лечение, регулирующую отношения между пациентом и медицинским работником. Закон кодифицировал права пациентов, ранее выработанные судебной практикой и врачебными кодексами: право на информирование о рисках и альтернативных методах лечения, на добровольное согласие, на доступ к своей медицинской документации, на сохранность врачебной тайны, а также детали распределения бремени доказывания в случаях врачебной ошибки. Например, теперь законом напрямую предписано, что врач обязан информировать пациента о допущенной ошибке в лечении, если она ему стала известна, по запросу пациента или когда это нужно для предотвращения вреда.

Немецкая модель обеспечивает высокую степень участия пациентов в процессе принятия решений в системе здравоохранения. На национальном уровне действуют объединения пациентов, которые по закону могут представлять интересы застрахованных при обсуждении политик в здравоохранении (например, они включаются в совместные комитеты при министерстве здравоохранения). Судебная защита прав пациентов также развита: пациенты вправе предъявлять иски к врачам и клиникам о возмещении ущерба; специализированные страховочные компании покрывают компенсации при установлении вины медиков. В страховых спорах с больничными кассами пациенты могут обращаться в социальные суды, которые нередко принимают сторону пациентов, если отказ кассы в оплате признан необоснованным. Таким образом, Германия демонстрирует пример комплексного подхода: всеобщая обязательность медицинского страхования сочетается с детально регламентированными правами пациента на информацию, качество лечения и на обжалование решений как медицинских работников, так и страховых фондов. Благодаря этому немецкая система считается одной из наиболее ориентированных на интересы пациента. Не случайно именно опыт Германии часто изучается другими странами при реформировании их систем медстрахования

Соединенные Штаты Америки имеют существенно иную модель, исторически основанную на рынке частного медицинского страхования. В США отсутствует единый общенациональный обязательный план страхования для всех граждан – медицинское обеспечение складывается из множества программ. Большинство граждан получают страховку через работодателя (групповое частное страхование) либо приобретают индивидуальные полисы. Государство финансирует лишь отдельные категории: федеральные программы Medicare (для лиц старше 65 лет и некоторых инвалидов) и Medicaid (для малоимущих) обеспечивают страховкой около 35–40% населения. Тем не менее до недавнего времени свыше 15% американцев оставались вовсе без страхового покрытия, что означало для них затрудненный доступ к медпомощи из-за ее высокой стоимости. В 2010 г. был принят закон «О доступном медицинском обслуживании» (Affordable Care Act, ACA), направленный на расширение охвата: введены субсидии на приобретение полисов, расширены критерии участия в Medicaid, введено требование индивидуального мандата (обязательная покупка страховки под угрозой штрафа, позднее отмененного). Эти меры снизили долю незастрахованных, но полностью проблему не устранили – по разным оценкам, около 27–30 млн человек в США по-прежнему не имеют медстраховки даже после реформы АСА.

Что касается прав пациентов, в США нет единого федерального «билля о правах пациентов», однако множество законов на разных уровнях обеспечивают отдельные аспекты защиты. Например, еще в 1986 г. был принят федеральный закон EMTALA, обязывающий все отделения неотложной помощи оказывать экстренную медицинскую помощь всем пациентам, независимо от наличия страховки и способности оплатить, это де-факто гарантия минимального права на неотложную помощь. Закон HIPAA 1996 г. защитил конфиденциальность медицинских данных пациентов на национальном уровне. Право на информированное согласие и отказ от лечения регулируется законодательством штатов и общими принципами деликтного права

(случаи недобровольного лечения рассматриваются как нанесение вреда). После реформ АСА были введены и новые права страхователей: страховыми компаниям запретили отказывать в страховом покрытии или повышать премии из-за имеющихся у человека заболеваний, установлены единые стандарты базового страхового плана. Таким образом, с точки зрения страхового регулирования АСА улучшил положение пациентов, устранив наиболее дискриминационные практики рынка. Однако отсутствие универсальной государственной системы означает, что реализация прав на плановую медицинскую помощь по-прежнему зависит от статуса страховки или финансовых возможностей пациента. В коммерческой модели США пациенты нередко уязвимы перед страховщиками: несмотря на государственное регулирование, страховые компании могут ограничивать объемы оплаты. Существует развитая система судебных исков по фактам врачебной ошибки (медицинской халатности), что служит механизмом защиты прав пациентов на качественную помощь, но в то же время ведет к явлению «дефенсивной медицины» (врачи назначают избыточные исследования из опасения судебных исков). В США также действуют пациентские организации и адвокационные группы, отстаивающие права больных с конкретными заболеваниями и в целом потребителей медицинских услуг. Сравнительные механизмы защиты прав пациентов в рассматриваемых странах представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Механизмы защиты прав пациентов

№	Страна	Внутрибольничные механизмы	Страховые/фонды	Государственные органы	Специфика
1	Казахстан	Службы поддержки пациентов	ФОМС (колл-центр)	Судебные органы	Жалобы чаще решаются внутри медорганизаций
2	Германия	Комиссии в больницах, пациентские советы	Больничные кассы	Социальные суды	Четкие процедуры компенсаций
3	США	Hospital Quality Office	Страховые компании	Суд, адвокатские группы	Большое влияние деликтного права

Примечание: Составлено авторами.

В целом американская модель демонстрирует, что высокий уровень развития медицины и технологий не автоматически гарантирует равный доступ и реализацию прав всех слоев населения. Международные эксперты часто критикуют США за отсутствие всеобщего медстрахования. Тем не менее США имеют сильные стороны в защите отдельных прав пациентов: например, право на информацию и согласие строго соблюдается, существует богатая судебная практика по защите прав пострадавших пациентов, работают независимые аккредитационные комиссии, контролирующие качество медуслуг в больницах. Опыт США показывает важность баланса между рыночными механизмами и государственными гарантиями: без законодательного обеспечения универсальности страхования значительная часть населения оказывается исключенной из системы, что ставит под вопрос выполнение международных стандартов по праву на здоровье.

Заключение

Международно-правовое регулирование медицинского страхования и защиты прав пациента представляет собой многоуровневую систему норм и рекомендаций, формирующих единое направление развития национальных законодательств в сфере охраны здоровья. Глобальные стандарты, закрепленные в актах ООН, ВОЗ и Всемирной медицинской ассоциации, определяют фундаментальные параметры права на здоровье, тогда как региональные документы ЕС и Совета Европы предлагают более детализированные механизмы его реализации, включая инструменты трансграничной медицинской помощи и судебную защиту. Сопоставление данных стандартов с моделями Казахстана, Германии и США позволяет выявить тенденции и различия в обеспечении прав пациента и функционировании систем медицинского страхования.

Проведенный анализ показывает, что Казахстан в последние годы осуществляет поэтапный переход к комбинированной системе финансирования здравоохранения, опираясь на опыт государств с высокими стандартами медицинского страхования. Вместе с тем выявлены ключевые проблемы, требующие дальнейшего нормативного совершенствования. С учетом международной практики обоснованными представляются следующие направления реформ.

1) Необходимо законодательно конкретизировать полномочия служб поддержки пациентов и внутреннего контроля качества, ввести унифицированные стандарты рассмотрения жалоб, сроки ответов и обязанности медорганизаций по документированию обращений. Целесообразно рассмотреть возможность создания единого цифрового реестра жалоб и обращений пациентов с доступом для надзорных органов.

2) Сохраняющийся процент незастрахованных граждан ставит под угрозу принцип универсального охвата. Требуется совершенствовать механизм участия самозанятых и неформально занятых граждан, включая пониженные тарифы, льготные категории или гибкие схемы уплаты взносов, что практикуется в ряде стран ОЭСР.

3) Международные стандарты подчеркивают необходимость открытых бюджетов и общественного контроля. В Казахстане перспективным является расширение открытых данных Фонда социального медицинского страхования, а также регулярная публикация отчетов о финансировании видов помощи и эффективности расходования средств.

4) В Казахстане доля успешных судебных обращений пациентов остается сравнительно низкой. С учетом опыта Германии и стран ЕС целесообразно обеспечить более четкое регулирование медицинской экспертизы, бремени доказывания медицинской ошибки, а также предусмотреть альтернативные механизмы урегулирования споров, включая медиацию в сфере здравоохранения.

5) В условиях международной интеграции требуется дальнейшая гармонизация клинических протоколов и стандартов качества с рекомендациями ВОЗ, а также внедрение аккредитационных требований, ориентированных на безопасность пациента, что соответствует Токийской декларации 2018 г.

Помимо законодательных реформ, исследование выявило направления, требующие дальнейшего научного изучения, перспективными являются:

- ◆ оценка влияния ОСМС на финансовую защищенность населения;
- ◆ сравнительный анализ эффективности механизмов рассмотрения жалоб в Казахстане и странах ЕС;
- ◆ изучение роли цифровых технологий в обеспечении прозрачности системы медстрахования и защиты прав пациентов;
- ◆ исследование практик трансграничной медицинской помощи и их применимости в рамках ЕАЭС.

Результаты исследования подтверждают необходимость дальнейшей адаптации казахстанского законодательства к международным стандартам в области прав пациента и медицинского страхования. Комплексный подход – сочетание законодательных реформ, институционального развития и повышения прозрачности – позволит повысить устойчивость системы здравоохранения и обеспечить действенную реализацию права каждого гражданина на здоровье. Предложенные рекомендации могут служить практическим ориентиром для государственных органов, медицинских организаций и экспертного сообщества.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 года. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/04800000001>
- 2 Закон Республики Казахстан от 21 ноября 2005 года № 87 «О ратификации Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z050000087>
- 3 Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения от 22 июля 1946 года. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30242930

- 4 Жаппарова А.С. Правовое регулирование охраны здоровья в Казахстане: уроки прошлого и опыт настоящего // Право и государство. – 2021. – № 1(90). – С. 54–72
- 5 Ердавлетова Ф.К., Супугалиева Г.И., Баймуханова С.Б., Нурмухан А.К. Проблемы и пути повышения эффективности казахстанской модели финансирования здравоохранения на основе ОМС // The Journal of Economic Research & Business Administration. 2023. No. 4(146). P. 64–74. DOI: 10.26577/be.2023.v146.i4.06.
- 6 Podlaski A. Toward an International Constitution of Patient Rights // Indiana Journal of Global Legal Studies. 2016. Vol. 23. No. 2. P. 893–924.
- 7 Sperling D., Pikkell R.B. Promoting patients' rights through hospital accreditation // Israel Journal of Health Policy Research. 2020. Vol. 9. Article 47. P. 1–14. DOI: 10.1186/s13584-020-00405-1
- 8 Лиссабонская декларация о правах пациента от сентября/октября 1981 года. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1031922
- 9 Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе от 28–30 марта 1994 года. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1037781
- 10 Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине от 4 апреля 1997 года. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34496280&pos=4;-116#pos=4;-116
- 11 Акбар А. Опыт финансирования медицинского страхования за рубежом и возможности его использования в Республике Казахстан // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 2(56). DOI: 10.23670/IRJ.2017.56.089

REFERENCES

- 1 Vseobshhaja deklaracija prav cheloveka ot 10 dekabrja 1948 goda. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/O4800000001> (In Russian).
- 2 Zakon Respubliki Kazahstan ot 21 nojabrja 2005 goda № 87 «O ratifikacii Mezhdunarodnogo pakta ob jekonomiceskikh, social'nyh i kul'turnykh pravah». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z050000087> (In Russian).
- 3 Ustav (Konstitucija) Vsemirnoj organizacii zdravoohranenija ot 22 iulja 1946 goda. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30242930 (In Russian).
- 4 Zhapparova A.S. (2021) Pravovoe regulirovanie ohrany zdorov'ja v Kazahstane: uroki proshloga i opyt nastojashhego // Pravo i gosudarstvo. No. 1(90). P. 54–72. (In Russian).
- 5 Erdavletova F.K., Supugalieva G.I., Bajmuhanova S.B., Nurmuhan A.K. (2023) Problemy i puti povysheniya jekaktivnosti kazahstanskoy modeli finansirovaniya zdravoohranenija na osnove OMS // The Journal of Economic Research & Business Administration. No. 4(146). P. 64–74. DOI: 10.26577/be.2023.v146.i4.06 (In Russian).
- 6 Podlaski A. (2016) Toward an International Constitution of Patient Rights // Indiana Journal of Global Legal Studies. Vol. 23. № 2. P. 893–924. (In English).
- 7 Sperling D., Pikkell R.B. (2020) Promoting patients' rights through hospital accreditation // Israel Journal of Health Policy Research. Vol. 9. Article 47. P. 1–14. DOI: 10.1186/s13584-020-00405-1 (In English).
- 8 Lissabonskaya deklaraciya o pravah pacienta ot sentyabrya/oktyabrya 1981 goda // URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1031922 (In Russian).
- 9 Deklaracija o politike v oblasti obespechenija prav pacienta v Evrope ot 28–30 marta 1994 goda. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1037781 (In Russian).
- 10 Konvencija o zashhite prav i dostoinstva cheloveka v svjazi s primeneniem dostizhenij biologii i mediciny: Konvencija o pravah cheloveka i biomedicine ot 4 aprelja 1997 goda. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34496280&pos=4;-116#pos=4;-116 (In Russian).
- 11 Akbar A. (2017) Opty finansirovaniya medicinskogo strahovaniya za rubezhom i vozmozhnosti ego ispol'zovanija v Respublike Kazahstan // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. No. 2(56). DOI: 10.23670/IRJ.2017.56.089 (In Russian).

СУЛТАНОВА Н.Т.,^{*1}

докторант.

*e-mail: nargiz_89-11@mail.ru

ORCID ID: 0009-0004-7384-9475

САЙРАМБАЕВА Ж.Т.,¹

3.Ф.К., доцент.

e-mail: zhuldyz.sairambaeva@kaznu.kz

ORCID ID: 0000-0002-8213-8622

МУЙОВИЧ Х.,²

PhD, профессор.

e-mail: hmujoivic@idn.org.rs

ORCID ID: 0000-0002-2207-0507

¹Эл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті,

Алматы қ., Казақстан

²Қоғамдық ғылымдар институты,

Белград қ., Сербия

**ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАНДЫРУ ЖӘНЕ ПАЦИЕНТТИҚ
ҚҰҚЫҚТАРЫН ҚОРҒАУДЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚҰҚЫҚТЫҚ РЕТТЕУ:
ЖАҢАНДЫҚ ЖӘНЕ АЙМАҚТЫҚ СТАНДАРТТАРҒА
САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ**

Анната

Мақала денсаулық сақтау саласындағы жаңандық және аймақтық стандарттарды қалыптастыру жағдайында медициналық сақтандыруды халықаралық құқықтық реттеуге және пациенттердің құқықтарын қорғауға арналған. Адам құқықтарының жалпыға бірдей декларациясы, экономикалық, әлеуметтік және мәдени құқықтар туралы халықаралық пакт және дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Конституциясын қоса алғанда, медициналық көмек пен әлеуметтік қорғау құқығын бекітетін әмбебап халықаралық актілер қарастырылады. Өнірлік деңгейде Еуропалық Одақ, Еуропа Кеңесі және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Еуропалық құжаттары талданады, онда медициналық қызметтерге тен қолжетімділік пен пациенттердің құқықтарын тиімді қорғау қажеттігі атап өтіледі. Жұмыста Қазақстан, Германия және АҚШ мысалында медициналық сақтандыру мен пациенттердің мүдделерін қорғауды құқықтық қамтамасыз етудің ұлттық үлгілері салыстырылады. Автор міндетті және ерікті сақтандыру жүйелерінің айырмашылығын, денсаулық сақтауды қаржыландыруға мемлекеттің катысу дәрежесін, пациенттердің құқықтарын сақтау кепілдіктерін, сондай-ақ оларды бұзғаны үшін занды жауапкершілік тетіктерін талдайды. Халықаралық және өнірлік стандарттар денсаулық сақтау және пациенттердің құқықтарын қорғау саласындағы тәсілдерді біріздендіру үшін негіз жасайтыны, бірақ олардың іс жүзінде жүзеге асырылуы көбінесе әлеуметтік-экономикалық жағдайларға, ұлттық заңнаманың даму деңгейіне және мемлекеттердің халықаралық ынтымақтастыққа дайындығына байланысты екені атап өтілген. Пациенттердің құқықтарын қорғаудың кешенде сипатын қамтамасыз ететін және медициналық сақтандыру жүйесін нығайтуға мүмкіндік беретін халықаралық нормалар мен ұсыныстарды ескере отырып, ұлттық заңнамалық базаны жетілдірудің маңыздылығы туралы қорытынды жасалды.

Тірек сөздер: халықаралық құқық, медициналық сақтандыру, пациенттердің құқықтары, денсаулықты қорғау, халықаралық стандарттар.

SULTANOVA N.T.,*¹

PhD candidate.

*e-mail: nargiz_89-11@mail.ru

ORCID ID: 0009-0004-7384-9475

SAIRAMBAEVA ZH.T.,¹

c.l.s., associate professor.

e-mail: zhuldyz.sairambaeva@kaznu.kz

ORCID ID: 0000-0002-8213-8622

MUJOVIC H.,²

PhD, professor.

e-mail: hmujovic@idn.org.rs

ORCID ID: 0000-0002-2207-0507

¹Al-Farabi Kazakh National University,

Almaty, Kazakhstan

²Institute of social sciences,

Belgrade, Serbia

INTERNATIONAL LEGAL REGULATION OF HEALTH INSURANCE AND PROTECTION OF PATIENT RIGHTS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF GLOBAL AND REGIONAL STANDARDS

Abstract

The article is devoted to the international legal regulation of health insurance and protection of patient rights in the context of the formation of global and regional standards in the field of health care. Universal international acts that enshrine the right to medical care and social protection are considered, including the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the Constitution of the World Health Organization. At the regional level, the documents of the European Union, the Council of Europe and the World Health Organization for Europe are analyzed, which emphasize the need for equal access to medical services and effective protection of patients' rights. The work compares national models of health insurance and legal support for the protection of patients' interests using the example of Kazakhstan, Germany and the USA. The author analyzes the differences between compulsory and voluntary insurance systems, the degree of state participation in health care financing, guarantees of compliance with patients' rights, as well as mechanisms of legal liability for their violation. It is noted that international and regional standards create a basis for unifying approaches in the field of health care and protection of patients' rights, but their practical implementation largely depends on socio-economic conditions, the level of development of national legislation and the readiness of states for international cooperation. A conclusion is made about the importance of improving the national legal framework taking into account international norms and recommendations, which will ensure a comprehensive nature of the protection of patient rights and strengthen the health insurance system.

Keywords: international law, health insurance, patient rights, health care, international standards.

Дата поступления статьи в редакцию: 06.10.2025