

Некоммерческое Акционерное общество
«Медицинский университет Астана»

УДК 614.256 - 258.2

На правах рукописи

АЛЧИМБАЕВА МАКПАЛ АСКАРОВНА

**Научное обоснование механизма внедрения инструментов защиты
профессиональной деятельности медицинских работников**

8D10103 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант
доктор медицинских наук,
профессор
Т.К. Рахыпбеков

Научный консультант
кандидат юридических наук,
Б.Б. Аскарлов

Зарубежный консультант
доктор медицинских наук,
профессор
А.М. Гржибовский

Республика Казахстан
Астана, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
1 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИСТЕМЫ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1 Современные тенденции профессиональной ответственности медицинских работников среди передовых стран	14
1.2 Анализ текущей ситуации в Республике Казахстан в части внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.....	25
1.3 Управление медицинскими инцидентами как один способов обеспечения безопасности пациентов.....	31
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1 Структура и дизайн исследования.....	37
2.2 Расчет размера выборки и критерии включения/исключения.....	40
2.3 Получение этического одобрения.....	41
2.4 Методология социологического исследования.....	41
2.4.1 Основные принципы анкетирования респондентов.....	41
2.4.2 Определить барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.....	42
2.5 Методология статистического анализа.....	42
2.5.1 Выборка и процедуры исследования.....	42
2.5.2 Оценка влияния жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников.....	43
2.6 Разработка, внедрение и оценка эффективности механизма.....	43
2.7 Статистический анализ.....	43
3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	45
3.1 Динамика распространенности медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан.....	45
3.1.1 Анализ показателей о рассмотрении уполномоченными органами дел об административных правонарушениях.....	51
3.2 Определить барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.....	56
3.2.1 Изучение опыта пациентов, связанных с причинением вреда здоровью, а также изучение мнения пациентов относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.....	56

3.2.2	Изучение мнения медицинских работников касательно жалоб и о изменениях, связанных с улучшением процесса рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения в Республике Казахстан.....	65
3.2.3	Изучение влияния жалоб на качество жизни, психологическое благополучие и здоровье медицинских работников.....	72
3.2.4	Изучение мнения медицинских работников касательно введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.....	78
3.2.5	Разработка и внедрение механизма совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.....	85
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	94
	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	102
	ПРИЛОЖЕНИЕ А – Свидетельства об авторском праве.....	110
	ПРИЛОЖЕНИЕ Б - Заключение научно-медицинской экспертизы.....	114
	ПРИЛОЖЕНИЕ В – Анкета для изучения мнения пациентов относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.....	117
	ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Анкета для изучения мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстане.....	122

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

ГОСТ 2.105-95. Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам.

ГОСТ 7.1-2003. Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления.

ГОСТ 7.32-2001. Отчет о научно-исследовательской работе (Структура и правила оформления).

Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК.

Указ Президента Республики Казахстан. Национальный план развития Республики Казахстан до 2025 года: утв. 15 февраля 2018 года, №636.

Указ Президента Республики Казахстан. О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года: утв. 6 апреля 2007 года, №310.

Административный процедурно-процессуальный кодекс Республики Казахстан: принят 29 июня 2020 года, №350-VI.

Уголовный Кодекс Республики Казахстан: принят 3 июля 2014 года, №226-V ЗРК.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы: утв. 26 декабря 2019 года, №982.

Постановление Правительства Республики Казахстан. О проекте Закона Республики Казахстан "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения": утв. 29 июня 2022 года, №444.

Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании: принят 16 ноября 2015 года, №405-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.12.2021 г.)

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация": утв. 12 октября 2021 года, №725.

Правила проведения мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий: утв. Коллегией Евразийской экономической комиссии от 22 декабря 2015 года, №174.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

База данных – организованный набор данных или подборка файлов, которая может быть использована с определённой целью.

Безопасность медицинской деятельности – это отсутствие предотвратимого вреда, рисков его возникновения и (или) степень снижения допустимого вреда жизни и здоровью граждан, медицинских и фармацевтических работников, окружающей среде при осуществлении медицинской деятельности.

Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина – выражается в смерти человека либо в причинении ему травмы или увечья.

Данные количественные – данные в численном выражении, такие, как непрерывные или дискретные измерения.

Доверительные границы – верхняя и нижняя границы доверительного интервала.

Доверительный интервал – вычислительный интервал с известной вероятностью (например, 95%) того, что истинное значение переменной, например, средняя, доля или частота, выпадет в данный интервал.

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Информированное согласие – доктрина в медицинской этике и медицинском праве, согласно которой для медицинского вмешательства, особенно сопряженного с риском, должно быть получено согласие пациента, являющегося действительным только при соблюдении определенных условий.

Компенсационные выплаты – денежные выплаты, связанные с особым режимом работы и условиями труда, потерей работы, возмещением работникам затрат, связанных с исполнением ими трудовых или иных предусмотренных законами Республики Казахстан обязанностей, а также выплаты, связанные с профессиональной подготовкой, переподготовкой и повышением квалификации работников или иных лиц, не состоящих в трудовых отношениях.

Медицинские организации – организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению.

Медицинский инцидент – событие, связанное с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами организации оказания медицинской помощи и с использованием технологий, оборудования и инструментов, обусловленное отклонением от нормального функционирования организма, которое может нанести вред жизни и здоровью пациента, а также привести к смерти пациента, за исключением случаев, предусмотренных административным и уголовным законодательством Республики Казахстан.

Национальная служба здравоохранения – предоставляет услуги

профилактики, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной помощи всем «проживающим» в Англии.

Обработка данных – преобразование единиц информации в форму, которая допускает работу с ней: хранение, запрос и анализ.

Общественное здравоохранение – система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

Первичная медико-санитарная помощь – 1) амбулаторно-поликлинические организации доврачебного этапа: здравпункты, центры, посты, диспансеры; 2) является основным звеном здравоохранения, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу «от периферии к центру».

Поликлиника – высокоразвитое специализированная лечебно-профилактическая организация, в которой оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Профессиональные ассоциации – объединение работников одной отрасли деятельности (видов или подвидов экономической деятельности) и смежных с ней отраслей, локальных профсоюзов, связанных общими трудовыми, производственно-профессиональными интересами.

Стационарная помощь – это медицинская помощь, оказываемая в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение в больничных организациях здравоохранения.

Страховая компания – организационно обособленная структура, которая осуществляет заключение договоров страхования и их обслуживание. Страховая компания имеет своей целью удовлетворение страховых интересов, имеющих в обществе.

Экспертная комиссия – сформированный совещательный орган, который организует и проводит оценку ценности документа.

Нормативный правовой акт – письменный официальный документ установленной формы, принятый на референдуме либо уполномоченным органом или должностным лицом государства, устанавливающий правовые нормы, изменяющий, прекращающий или приостанавливающий их действие

Вред здоровью – опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ДИ	– Доверительный интервал
РК	– Республика Казахстан
МЗ РК	– Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НАО «МУА»	– Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана»
НПА	– Нормативно-правовые акты
ОЗ	– Организации здравоохранения
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
РК	– Республика Казахстан
СНГ	– Содружества Независимых Государств
СО	– Стандартное отклонение
США	– Соединенные Штаты Америки
г.	– город
гг.	– годы
и т.д.	– и так далее
d.f.	– Degree of freedom (степени свободы)
F	– Fisher's criterion (Критерий Фишера)
p	– Probability (вероятность ошибки)
t	– Student's t criterion (t-критерий Стьюдента)
США	– Соединенные Штаты Америки
г.	– город
УК РК	– Уголовный кодекс Республики Казахстан
COVID-19	– COronaVIrus Disease (заболевание, вызванное коронавирусом).
SARS-CoV-2	– Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus (оболочечный одноцепочный (+)РНК-вирус, относящийся к подроду Sarbecovirus рода Betacoronavirus).
ГОБМП	– Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
СМИ	– Средства массовой информации
MERS	– Middle East respiratory syndrome (воспалительное заболевание органов дыхания, вызываемое вирусом рода Betacoronavirus подсемейства Orthocoronavirinae)
RaER	– The Radiology Events Register (регистр радиологических событий)
SPSS	– Statistics is a powerful statistical software (компьютерная программа для статистической обработки данных)
GAD-7	– General Anxiety Disorder-7 (для оценки уровня тревожности и выявления симптомов тревожных расстройств, в частности генерализированного тревожного расстройства)

ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает правительства стран и руководителей органов и учреждений здравоохранения принять меры по устранению факторов, систематически угрожающих здоровью и безопасности медицинских работников и пациентов. К ним относятся меры в таких областях, как защита медицинских работников от насилия; укрепление их психического здоровья; их защита от источников физической и биологической опасности; реализация национальных программ в сфере безопасности медицинского персонала, а также рассмотрение безопасности медицинских работников и безопасности пациентов как единого комплекса (ВОЗ, 2020).

По данным ряда исследований, распространенность медицинских ошибок варьируется от 1 до 40%. Подсчитано, что около 17% приёмов в медицинских организациях приводят к нежелательным явлениям (Munn, 2015).

В отчете, опубликованном Министерством здравоохранения и социальных служб США, стоимость страхования от халатности медицинских работников оценивается в 6,3 миллиарда долларов в 2002 году; с дополнительными расходами в размере 60–108 миллиардов долларов, связанными с практикой защитной медицины, расходами, связанные с поддержкой медицинского работника в ответ на угрозу судебного иска по обвинению в медицинской халатности (Medical Malpractice. Implications of Rising Premiums on Access to Health Care. Washington, D.C. U.S. General Accounting Office, 2003).

Согласно информации Банка судебных актов Верховного суда РК с 2017 по 2019 г. в Республике Казахстан поступило 39 обращений по возбуждению административных и уголовных дел в отношении медицинских работников, 90% из которых рассмотрено с вынесением приговора. Анализ полученных данных показал, что наибольшее количество обращений отмечается в Карагандинской и Восточно-Казахстанской областях, в то время как в Западно-Казахстанской области подобных обращений не отмечается (Банк судебных актов Верховного суда РК, 2020).

Стоит отметить, что на сегодняшний день в Республике Казахстан отсутствует система системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. В рамках выступления Главы государства на третьем заседании Национального совета общественного доверия от 27.05. 2020 года, Министерству здравоохранения РК было дано поручение разработать и внедрить систему юридической и финансовой защиты и ответственности медицинских работников, включая гарантирование профессиональной деятельности. В этой связи, Министерство здравоохранения РК разработало проект закона "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения".

Изучение и анализ существующей структуры распространенности медицинских ошибок и организации внедрения эффективной системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников,

является важной задачей общественного здравоохранения, способствующей своевременному анализу ситуации и принятию обоснованных мер. Актуальность данной работы заключается в проведении всестороннего медико-организационного анализа с целью реализации эффективной системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.

Целью данного диссертационного исследования является определение барьеров, связанных с реализацией внедрения системы страхования профессиональной ответственности и формулирование научно - обоснованных подходов к совершенствованию защиты профессиональной ответственности медицинских работников

Задачи исследования:

1. Провести комплексный сравнительный анализ международного и отечественного опыта нормативно-правовой базы по вопросам юридического регулирования медицинских инцидентов.

2. Провести ретроспективный анализ медицинских инцидентов за последние 5 лет в Республике Казахстан.

3. Определить барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

4. Разработать и внедрить предложения по совершенствованию организации системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Научная новизна:

Впервые:

– проведен международный и отечественный контент- анализ нормативно-правовой базы по вопросам юридического регулирования медицинских инцидентов;

– проанализирована динамика распространенности медицинских уголовных и административных правонарушений в РК за последние 5 лет;

– проанализирован опыт пациентов, связанный с причинением вреда здоровью и подачей жалоб, а также устранении последствий осложнений;

– изучены мнения пациентов относительно рисков причинения вреда и осложнений по вине медицинского работника, а также о введении системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК;

– изучены мнения медицинских работников касательно жалоб и о изменениях, связанных с улучшением процесса рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения в РК;

– изучены влияние жалоб на качество жизни, психологическое благополучие и здоровье медицинских работников;

– изучены мнения медицинских работников касательно введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК;

– разработаны предложения по совершенствованию разработанной и предложенной к внедрению системы страхования профессиональной ответственности и сформулированы научно - обоснованные подходы к совершенствованию защиты профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

Практическая значимость:

1. Проведенный комплексный сравнительный анализ международного и отечественного опыта нормативно-правовой базы по вопросам юридического регулирования медицинских инцидентов позволил понять существующую систему учета и регистрации медицинских инцидентов, пределы медицинской ответственности, исключения и ограничения страховой отрасли, где предусмотренные законом ограничения и другие меры по реформированию деликта чрезвычайно важны в рамках предлагаемых законодательств в области здравоохранения.

2. Проведенный анализ распространенности медицинских уголовных и административных правонарушений в РК за последние 5 лет, позволил дать комплексную характеристику динамике эпидемиологических показателей, что способствовало достижению углубленного понимания закономерностей распространения медицинских правонарушений среди медицинских работников.

3. Были определены барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, что обеспечивает научно-обоснованное суждение о возможном пересмотре разработанных законодательных требований, связанных с реализацией системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

4. Изучение мнений пациентов и медицинских работников позволило выявить наиболее важные для пациентов критерии безопасной медицинской помощи, а также происходящие изменения в системе здравоохранения и обоснованности внедрения разработанной системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Проблемы защитной медицинской практики в медицинских организациях, по мнению, медицинских работников, продолжают оставаться актуальными, что наряду с выявленными пробелами, связанными с разработанной системой страхования профессиональной ответственности медицинских работников, способствовало разработке механизма по совершенствованию подходов системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

5. Проведенный анализ и полученные результаты исследования предназначены для использования разного уровня органами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичного звена и стационара, управления здравоохранения, а также образовательной сферы, направленной на улучшение межсекторального, командного, междисциплинарного сотрудничества для оказания всесторонней помощи, ориентированного на защиту профессиональной деятельности медицинских работников.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Проведенный контент-анализ в сфере правового регулирования медицинской ответственности в ключевых НПА в области здравоохранения подтвердил важность мероприятий по реформированию деликта в рамках предлагаемых законодательств в области здравоохранения.

2. За период с 2020-2021 годы в три раза вырос показатель смертности по медицинским уголовным правонарушениям. Количество наложенных административных взысканий возросло в 7 раз в 2020 году. Наибольшее количество медицинских правонарушений зарегистрировано в городе Астана, затем следует Южно-Казахстанская область. Преимущественно правонарушения в медицинской практике были связаны с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей.

3. Большинство врачей (71%) уверены, что руководство не поддержит их сторону в случае поступления жалобы со стороны пациентов, а также считают процесс рассмотрения жалоб несправедливым и носящим чрезмерно карательный характер.

- Каждый второй медицинский работник считает, что в случае, если медицинский работник оправдан, но во время следственного процесса понес финансовые убытки, должна быть возможность подать иск о возмещении утраченного заработка или затрат на юридические услуги.

- Медицинские работники, которые сталкивались жалобами со стороны пациентов, либо их родственников имеют достоверно значительный риск умеренной/тяжелой депрессии, тревоги и суицидальных мыслей.

4. Разработанный механизм совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников позволяет эффективно повысить удовлетворенность медицинских работников качеством оказываемой защиты их профессиональной ответственности в Республике Казахстан.

Внедрение результатов исследования

Основные результаты диссертационной работы используются в учебном процессе на кафедрах медицинского права и этики, а также общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана» при обучении обучающихся, медицинских работников и ВОП на курсах повышения квалификации.

По материалам диссертационного исследования опубликовано 13 научные работы, из них 3 статьи опубликованы в научных изданиях, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан; среди которых 2 публикации в журналах, индексируемых базами Scopus, где 2 статьи опубликованы в журнале International Journal of Healthcare Management, который на момент публикации статьи имел 84 процентиля; 8 тезисов опубликованы в материалах Международных научных конференций. Получено 4 свидетельства о государственной регистрации прав на объект авторского права РК (Приложение А).

Апробация диссертации

Материалы исследования были представлены на следующих конференциях:

– международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Страховая медицина. Наука. Образование» (Нұр-Сұлтан, 2020 – 21-22 декабря);

– 14-я Европейской конференции общественного здравоохранения «Будущее общественного здравоохранения в меняющемся мире» (Брюссель, 2021 – 10-12 ноября).

– междисциплинарной конференции молодых ученых «COVID-19. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика» (Нур-Султан, 2021 – 24 февраля);

– международной научной конференции студентов и молодых ученых «Фараби Әлемі» (Алматы, 2021 – 6-8 апреля);

– 75-й международной научно-практической конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» (Самарканд, 2021 – 18 мая);

– международной научно-практической конференции: «Казахстан основные направления развития: прошлое, настоящее, будущее»;

– 5-й международной конференции: «Молодежь и наука: новые тренды независимости»;

– международном научно-практическом форуме «Высокие технологии в современной хирургии» (Казань, 2023 – 17-18 мая).

Личный вклад автора. Автор исследования внесла непосредственный вклад в концептуализацию исследования, формулирование его цели, задач и разработку программы, провела сбор и аналитическую обработку первичного материала, а также самостоятельно выполнила все виды статистического анализа. Помимо этого, автор лично описала результаты диссертационного исследования, разработав его основные положения, заключение, выводы и практические рекомендации.

По результатам исследования разработаны методические рекомендации «Методические рекомендации организациям практического здравоохранения по внедрению системы ведения учёта и анализа инцидентов с целью повышения безопасности пациентов», в которых представлены основные требования к изменению культуры безопасности в медицинских организациях, с учетом ведения учёта и анализа медицинских инцидентов совместно с чек-листом по самооценке, на основе передового международного опыта (ВОЗ, Евростат). Методические рекомендации были обсуждены и одобрены на заседании Экспертного совета РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, (*протокол заседания Департамента развития образования и науки РГП на ПХВ «ННЦРЗ» № 325 от «27» июня 2022 года*) (Приложение Б38).

Объем и структура диссертации

Данное диссертационное исследование изложено на 109 страницах компьютерного набора и состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, описание материалов и методов исследования, разделов собственных исследований, заключения и практических рекомендаций, приложений и списка использованных литературных источников, который включает в себя 122 литературных источников, иллюстрирована 23 таблицами, 8 рисунками, содержит 4 приложения.

1 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИСТЕМЫ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Современные тенденции профессиональной ответственности медицинских работников среди передовых стран

Страхование медицинской ответственности – это вид страхования, который может защитить медицинских работников от претензий в отношении медицинской халатности [1]. Рынки страхования медицинской ответственности время от времени переживали кризис, например, в середине 1970-х, а также в середине 1980-х и начале 2000-х годов [2]. С 2000-х годов рынки страхования медицинской ответственности были умеренно стабильными [3]. Поскольку стоимость страхования медицинской ответственности зависит от системы ответственности, тем самым она может сильно колебаться [4]. Наряду с деликтными реформами, страхование медицинской ответственности повысило эффективность профилактики медицинской халатности [4, p. 1395].

Пандемия COVID-19 создала нагрузку на системы здравоохранения во всем мире, несмотря на расширение больничной сети, реанимационных отделений и ввод в действие временных больничных площадей, системы здравоохранения не были готовы справиться с таким большим потоком пациентов. По состоянию на 16 ноября 2021 года Европа являлась вторым континентом после Америки, наиболее пострадавшим от SARS-CoV-2, с более чем 5 104 899 смертельными исходами и более чем 253 640 693 подтвержденными случаями [5]. Медицинские работники были на переднем крае, работая день и ночь, чтобы ухаживать за пациентами с COVID-19 [6].

Медицинская ответственность является одним из наиболее обсуждаемых вопросов в современных условиях напряженности в здравоохранении, в том числе в сфере вакцинации. Медицинским работникам пришлось коренным образом изменить свою работу, проявив исключительную компетентность в работе с чрезвычайно критической реальностью и научной неопределенностью. Медицинские работники перешли от определения «героев» к «ответчикам» этого трагического мирового кризиса. Правовая система и система здравоохранения во время пандемии столкнулись с чем-то совершенно новым, для чего до сих пор нет проверенных методов лечения, отмечено, что медицинская и юридическая науки не всегда имеют общие цели. Некоторые авторы считают, что «действующая цель медицины, хотя и недостижимая в конкретных условиях, это глубокое знание причин болезни, ее лечения и/или профилактики». Цель, которую трудно достичь, потому что нужно принимать во внимание *error scientiae*, т. е. ошибку, возникающую из-за неопределенности медицинской науки (понятия, которые в настоящее время считаются верными, могут перестать таковыми считаться в будущем). Это то, что произошло во время пандемии COVID-19; научные усилия, предпринятые международным сообществом, иногда оказывались неэффективными, и в настоящее время не существует четких процедур по устранению риска заражения [7]. По данной

причине некоторые институциональные организации по всему миру стараются обеспечивать различные уровни защиты от медицинской ответственности [8].

Правовая система медицинской ответственности сформулирована в административном, уголовном кодексах на основе модели, принятой в европейских странах. Вакцинация против COVID-19 привела к введению и реализации конкретных законов, определяющих обязательность вакцинации для определенных групп населения. Это имеет последствия для медицинских работников; поэтому были созданы системы компенсации ущерба от вакцин. Профессиональная ответственность медицинских работников, в частности медицинских работников, проводящих вакцинацию, неразрывно связана с вопросом информированного согласия, нарушение которого может привести к нарушению права пациента на информацию. Информированное согласие является фундаментальной предпосылкой для легитимации медикаментозного и хирургического лечения [9]. Нарушение этого обязательства влечет как уголовную, так и гражданско-правовую медицинскую ответственность [10]. Касательно вакцинации против COVID-19, получение информированного согласия является основным этапом медицинской ответственности, поскольку медицинский работник, проводящий вакцинацию, оценивает пригодность пациента для вакцинации, объясняет процедуру, побочные эффекты и раскрывает преимущества и риски, связанные с практикой вакцинации. В нынешней панораме непрерывного внедрения научных знаний и связанных с ними правил, касающихся вакцинации против COVID-19, для того, чтобы согласие было действительно информированным, необходимо, чтобы медицинский работник, проводящий вакцинацию, владел актуальной информацией в отношении содержания последних научных знаний. Так например, в Италии был издан специальный закон (L. 76 от 28 мая 2021 г.) для защиты медицинских работников по данному вопросу [11].

Португалия

В Португалии медицинская ответственность регулируется общим законодательством о гражданской ответственности [11, р. 93-97]. Согласно Гражданскому кодексу Португалии, истец в своем иске о возмещении ущерба должен доказать вину или халатность и, таким образом, продемонстрировать противоправное поведение ответчика. Параграф второй статьи 483 Гражданского кодекса Португалии гласит, что «объективная ответственность», означающая ответственность без вины или небрежности со стороны ответчика, «может иметь место только в том случае, если это прямо указано в законе (например, ответственность услугодателя. Статья 487 Гражданского кодекса Португалии гласит, что ответственность возникает, когда имеет место «сознательная небрежность», что означает, что ответчик сознательно совершил противоправное деяние, даже без намерения причинить вред, и, следовательно, обязан возместить расходы в полном объеме нанесенный ущерб. Наконец, статья 494 Гражданского кодекса Португалии гласит, что, если «сознательная небрежность» не применяется [12]. Медицинская ответственность в Португалии, несмотря на то, что она в основном гражданская, также

регулируется уголовным законодательством, когда медицинский работник подвергает опасности тело, здоровье или жизнь человека в ходе медицинского действия. Уголовная ответственность распространяется на конкретные правонарушения (т.е. поддельные медицинские справки, отказ в лечении и т.д.); медицинские действия сами по себе не считаются уголовными преступлениями, если они совершены квалифицированным лицом, поскольку они оправданы согласием пациента и терапевтической целью, а медицинский работник несет уголовную ответственность только в том случае, если он действует против согласия пациента или совершает ненужное действие, которое угрожает жизни пациента. Наконец, дисциплинарная ответственность (профессиональная или административная) решается во внесудебном порядке [12, р. 189-206].

Стоит отметить, что несмотря на рекордное количество введенных доз и полную вакцинацию 87% населения, Португалия не ввела никаких правил, касающихся медицинской ответственности в отношении вакцин против SARS-CoV-2. Вакцинация в Португалии проводится только на добровольной основе и не является обязательной для медицинских работников [13].

Мальта

Закон Мальты оценивает медицинскую ответственность как в соответствии с уголовным, так и с гражданским кодексом. Согласно Уголовному кодексу, медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности так же, как и другие граждане. Касательно ущерба, причиненного медицинской практикой, в статье 1033 (Глава 16 – Законы Мальты) говорится, что: «Любое лицо, которое с намерением или без намерения причинит вред, добровольно или по небрежности, неосторожности или невнимательности, виновным в любом действии или бездействии, представляющем собой нарушение обязанности, налагаемой законом, несет ответственность за любой причиненный в результате ущерб» [13, р. 101800]. Несмотря на то, что мальтийское правительство является второй европейской страной с точки зрения введенных доз вакцины и 86% населения полностью вакцинировано, оно не ввело специальной политики для медицинских работников и не изменило режимы медицинской ответственности в отношении вакцинации против COVID-19. Введение вакцин осуществляется только на добровольной основе; поэтому для вакцин против SARS-CoV-2 не существует конкретной политики компенсации. Мальтийские медицинские работники не подлежат обязательной вакцинации.

Испания

Медицинская ответственность в Испании основана на системе вины. Однако, в случае прямой ответственности, возможность установления компенсации распространяется на административную деятельность и, следовательно, на деятельность работающих в ней медицинских работников. Безошибочной модели не существует. Ответственность лежит на администрации, которая, однако, может обратиться в суд с иском к медицинскому работнику, ответственному за ущерб [14, 15]. В частности, применяются два разных правовых режима в зависимости от того, произошел

случай медицинской халатности в государственном или частном секторе здравоохранения [16, 17]. В случае, если инцидент возникает в ходе оказания медицинских услуг частным медицинским работником, то частноправовой режим, а именно, гражданский кодекс [18, 19] и общий закон о защите прав потребителей [20], регулируемый гражданским законодательством. Однако, если инцидент произошел в рамках публичного режима, ответственность будет регулироваться законом о правовом режиме публичного сектора [21], попадающим под действие административного права [22]. В случае, если рассматриваемое деяние представляет собой преступление, ответственность несет сам медицинский работник, а не медицинское учреждение, а также орган государственной власти будет нести субсидиарную ответственность в соответствии с положениями уголовного кодекса [23]. В Испании нет обязательных прививок. Касательно, пандемии COVID-19, испанская стратегия вакцинации против COVID-19 прямо использует модель добровольной вакцинации. Однако, 2 апреля 2021 года парламент Автономного сообщества Галиция принял Закон 8/2021, вносящий поправки в региональный Закон о здравоохранении Галиции; он направлен на введение административных штрафов за необоснованный отказ от вакцинации. С целью реализации статьи 43 Конституции Испании о праве на охрану здоровья, правительство Испании частично разрешило в соответствии со статьей 3 Органического закона 3/1986 вводить вакцинацию только в нескольких избранных случаях. Закон 8/2021 рассматривает отказ от выполнения приказа о вакцинации как мелкое административное правонарушение, что может быть наказано административным штрафом в размере от 1000 до 3000 евро (статья 41bis(d)). Однако это также может быть приравнено к «серьезному или очень серьезному административному правонарушению» с соответствующим штрафом в размере до 60 000 евро или 600 000 евро в случае, если отказ от вакцинации «может создать риск серьезного или очень серьезного вреда здоровью лица/населения» (статьи 42bis(c) и 43bis(d)).

Необходимо отметить, что рамки обязательной вакцинации могли быть установлены только органическими законами. Таким образом, такие законы, как Закон 8/2021, могут быть истолкованы как неконституционные в соответствии с принципами законности, адекватности, необходимости и соразмерности. Апелляция о неконституционности недавно была признана приемлемой Конституционным судом Испании, и было временно приостановлено действие оспариваемого положения [24, 25].

Италия

Система уголовной и гражданской медицинской ответственности в Италии регламентирована Законом Джелли - Бьянко (L. 24/17) статьями 6 и 7 соответственно. Одной из ключевых целей вышеупомянутого закона было стандартизировать и согласовать медицинскую ответственность как в гражданском, так и в уголовном контексте. В частности, что касается гражданско-правовой базы, разделительная линия между договорной ответственностью медицинского учреждения, с одной стороны (статья 1218

Гражданского кодекса Италии – Ответственность должника: «Должник, который не выполняет надлежащее исполнение, ответственности за ущерб, если он не докажет, что неисполнение или задержка были вызваны невозможностью исполнения по причине, не вменяемой ему»), и деликтной ответственности отдельного профессионала, с другой стороны (статья 2043 Гражданского кодекса Италии). – Компенсация за неправомерные действия: «Любое преднамеренное действие или действие по небрежности, которое причиняет неоправданный вред другому лицу, обязывает лицо, совершившее действие, возместить ущерб»), было окончательно установлено Законом 24/2017, и это различие оказывает существенное влияние как на бремя доказывания, так и на срок исковой давности. Фактически, в Италии в гражданской сфере пациент, который считает, что ему причинен ущерб из-за медицинской халатности, может запросить компенсацию непосредственно у медицинского работника или медицинского учреждения, как государственного, так и частного. Такая обстановка, с чисто юридической точки зрения, может показаться более благоприятной для вовлеченного медицинского работника, чем для медицинского учреждения; в сфере договорной ответственности (которой в свете Закона 24/2017 подлежит медицинское учреждение) применяется принцип презумпции вины, при этом на кредитора (пострадавшего пациента) возлагается только бремя доказывания -производительность и размер ущерба, при этом, наоборот, должник (медицинское учреждение) должен будет доказать вытекающую из этого невозможность исполнения по не зависящим от него причинам, чтобы избежать обязанности по выплате возмещения. С другой стороны, если вызывается только медицинский работник, сферой ответственности является, за исключением особых случаев, деликтная ответственность, в которой потерпевшая сторона должна доказать все составные элементы противоправного деяния и, следовательно, как ущерб, и нарушение [26].

Статья 3bis также заявляет об исключении ответственности всех медицинских работников, совершивших непредумышленное убийство или нанесение умышленных телесных повреждений при исполнении медицинских служебных обязанностей в условиях чрезвычайной ситуации, наказуемых только в случаях грубых проступков.

Таким образом, размер требования о соблюдении правил предосторожности является важным фактором в градации вины [26, р. 1-97]. Статья 4 делает вакцинацию обязательной для всех медицинских работников: в случае несоблюдения им грозит отстранение от работы, если нет возможности быть назначенным на работу, не связанную с риском распространения инфекции [11, р. 93-97]. Информированное согласие регулируется в Италии законом 219/17, а также законом 76/21 и гарантируют правовую защиту медицинских работников, проводящему вакцинацию. При сборе согласия на вакцинацию имеет место забота о том, дано согласие или отказано. На самом деле, если больной отказывается от прививки, медицинский работник в любом случае обязан выяснить причины отказа. Кроме того, в Италии действует Закон

№210 от 25 февраля 1992 г., который предусматривает компенсацию лицам, необратимо пострадавшим в результате прививок, переливаний и введения инфицированных продуктов крови [27].

Несмотря на социальную, а также экономическую актуальность вопроса о судебных разбирательствах, возникающих в связи с медицинской ответственностью, в настоящее время нет государственного органа, которому было бы поручено собирать и изучать данные, возникающие в результате этого явления. Кроме того, продолжающееся отсутствие общенациональной общей таблицы судебной компенсации за постоянную нетрудоспособность в результате динамического реляционного ущерба еще больше затрудняет определение точного соответствия между ущербом и суммой компенсации, что приводит к судебной практике по этому вопросу и по существу к непрерывному поиску единых параметров и критериев. Трудность получения точной оценки уже поднималась различными авторами, которые, признавая ценность многих проектов, направленных на достижение этой цели, заметили, что имеющиеся данные все еще не являются однородными и не дают полной и глобальной картины медицинской халатности. Источником данных, проанализированных и опубликованных до сих пор, как на национальном, так и на международном уровне, в основном является сфера страхования, что влечет за собой явную недооценку данной ситуации. Действительно, в Италии значительная часть требований непосредственно управляется медицинскими учреждениями, которые не раскрывают информацию компаниям, страхующим сами учреждения. В этом отношении отсутствие «диспетчерской комнаты», способной интегрировать данные, собранные страховыми компаниями, брокерами и организациями по защите пациентов и судами, в настоящее время не позволяет точно оценить количество споров, возникающих из-за медицинской ошибки в Италии.

Дания

Датская медицинская ответственность делится на три основные области: гражданская, уголовная и дисциплинарная. В уголовном праве медицинский работник несет ответственность в случае серьезной вины, тогда как в гражданском праве решается большинство медицинских споров. В Дании не существует процедуры, которая следует гипотезе о возмещении биологического ущерба, даже если используемый метод явно един. Размер компенсации зависит от тяжести полученных травм и их последствий для жизни потерпевшего. Отправной точкой для возмещения компенсаций в случае телесных повреждений всегда является медицинское заключение специалиста, как это установлено Законом о возмещении ущерба [28]. Правовая система Дании не имеет конкретных законов или правил для защиты медицинских, осуществляющих вакцинацию.

Ирландия

Ирландская правовая система основана на общем праве, в основном на судебной модели. В части гражданской ответственности, ответственность сохраняется, если медицинский работник нарушает обязанность проявлять

заботу. Обязанность проявлять осторожность основана не только на договорных обязательствах, но и применяется каждый раз, когда делается запрос на заботу [29]. Медицинская халатность оценивается с помощью так называемого «Volam test» относительно характера осуществляемой профессиональной деятельности и средних знаний, которые могут потребоваться от медицинского работника [30]. Кроме того, медицинские работники обязаны проходить курсы повышения квалификации. Когда судебный иск возникает между медицинским работником как государственным служащим и пациентом, он рассматривается Национальной службой здравоохранения. Медицинский работник не принимает непосредственного участия в процессе и несет только дисциплинарную ответственность. Напротив, когда медицинский работник работает в частном секторе, применяются общие правовые принципы. Что касается уголовной ответственности, то медицинские работники могут быть привлечены к ответственности за серьезную вину [31].

Финляндия

Медицинская ответственность в Финляндии представлена системой, основанной на компенсации без вины, что означает, что компенсация выплачивается независимо от того, кто виноват. Медицинский работник несет дисциплинарную ответственность. Пациент должен только доказать, что инцидент можно было предвидеть и избежать, а бремя компенсации ложится на государственную структуру, которая присуждает только те убытки, которые непосредственно связаны с инцидентом. Однако, медицинские работники обязаны оформлять государственное страхование и, таким образом, вносить вклад в компенсационный фонд [29, р. 47-80]. Стоит отметить, что не было введено никаких конкретных законов или политик, касающихся медицинской ответственности за вакцинацию против COVID-19.

Франция

Во Франции, медицинские работники несут за свои действия административную, гражданско-правовую и уголовную ответственность в зависимости от совершенного правонарушения. В части вакцинации против COVID-19, ущерб, причиненный вакциной, компенсируется через национальную систему компенсации; медицинские работники, осуществляющие вакцинацию, редко несут личную ответственность. Гражданская ответственность касается медицинских работников, работающих в частной структуре, а административная ответственность касается медицинских работников, работающих в государственной структуре. Закон Кушнера от 4 марта 2002 г. сохраняет систему, основанную на обвинении, но вводит общественный компенсационный фонд для случаев, которые не связаны напрямую с чьей-либо медицинской халатностью, например, как принудительная вакцинация или внутрибольничные инфекции. Несмотря на это, компенсация предоставляется только в случае серьезных последствий Национальным управлением по возмещению ущерба от несчастных случаев (ONIAM)» [32], которая обеспечивает гражданскую компенсацию на основе национальной солидарности [32, р. 1-24; 33, 34]. Вакцинация является

обязательной для французских медицинских работников в соответствии со статьей 12 Закона №2021-1040 от 5 августа [35]. Французское правительство не изменило режимы медицинской ответственности в отношении вакцинации против COVID-19, а именно потому, что компенсация за ущерб будет покрываться национальной солидарностью через ONIAM (Закон №4, март 2002 г.).

Бельгия

В Бельгии, медицинская ответственность основывается на вине медицинского работника. Региональные комиссии по примирению и возмещению убытков (CRCI) принимают решения на региональной основе по спорам о причинении вреда здоровью, спорам о ятрогенных или нозокомиальных инфекциях, а также любым другим спорам между пациентами и медицинскими работниками, медицинскими учреждениями или компаниями-производителями товаров медицинского назначения. В отношении уголовной ответственности, то наказуема и незначительная вина. В Бельгии не было принято никаких конкретных законов, касающихся медицинских работников во время пандемии COVID-19, и законы о медицинской ответственности не были изменены. Поощрительные бонусы были предоставлены INAMI (Institute national d'assurance maladie-invalidité, т. е. Национальным институтом страхования от болезней и инвалидности) для медицинских работников, которые были на передовой во время пандемии COVID-19 [36, 37].

Нидерланды

В правовой системе Нидерландов, для того чтобы доказать злоупотребление служебным положением, истец должен доказать, что медицинский работник взял на себя обязанность лечить или ухаживать за пациентом, что медицинский работник не соблюдал стандарт медицинской помощи (о чем свидетельствуют эксперты или очевидные ошибки), что нарушение служебных обязанностей было непосредственной причиной травмы, и тем самым ущерб был понесен [38]. В сфере медицинской ответственности не было введено никаких новых законов для защиты медицинских работников в отношении вакцинации против COVID-19, которая доступна для всех и не является обязательной.

Германия

Медицинская ответственность в Германии возлагается на совершение медицинских ошибок в лечении и/или на получение информированного согласия без различия между договорной и деликтной ответственностью. Действительно, обе ошибки могут повлечь за собой договорную ответственность на основании договора о лечении в соответствии со ст. 280, пункт 1, предложение 1 Гражданского кодекса Германии, а также деликтную ответственность, независимую от такого договора в соответствии со ст. 823, пункт 1, Гражданского кодекса Германии [39]. Обязательным условием является наличие причинно-следственной связи медицинской ошибки с причинением вреда жизни, телу или здоровью пациента. Медицинский работник несет ответственность за телесные повреждения или неправомерную

смерть, либо неспособность обеспечить надлежащий уход пациенту и тем самым наносит ущерб здоровью пациента. Помимо этой ответственности, ответственность медицинского работника может быть основана на договоре о предоставлении профессиональных услуг [40]. В 2013 году в Германии вступил в силу «Закон о правах пациентов». Этот закон существенно не изменил ранее утвержденный закон, но улучшил соблюдение прав пациентов, установив требования к информированному согласию и лечению [39, p. 353-357].

В Китае судебная-медицинская система одинакова в каждой провинции, муниципалитете и автономном районе, и все медицинские споры и случаи злоупотребления служебным положением должны рассматриваться в соответствии с Положением о борьбе с медицинской халатностью и Положениями о предотвращении и разрешении медицинских споров. Когда в Китае возникают медицинские споры, пациенты и врачи могут достичь консенсуса следующими путями: взаимные добровольные переговоры, обращение в народный комитет с просьбой о посредничестве, заявление об административном посредничестве, обращение в народный суд и т.д.

В Китае история ответственности за медицинскую ошибку берет свое начало в 1990-х годах как деликтная ответственность, основанная на вине (статья 106 Общих принципов гражданского права 1986 года). В 2009 году китайский законодатель предусмотрел Закон об ответственности за причинение вреда, приняв объективный стандарт вины при определенных обстоятельствах. В мае 2020 года ответственность за медицинскую ошибку была кодифицирована с небольшими изменениями в Книге VII Гражданского кодекса Китая, состоящей из 11 статей, от статей 1218 до 1228 (глава 6). Этот новый закон заменил старое положение, которое требовало от ответчика доказать отсутствие причинно-следственной связи. В случае злоупотребления медицинскими изделиями и в отношении переливания крови медицинский работник несет объективную ответственность. Кроме того, в отличие от большинства других юрисдикций, китайское законодательство возлагает на медицинское учреждение ответственность за ущерб, причиненный пациенту [41, 42].

Соединенные Штаты Америки

В США закон о медицинской халатности вытекает из английского общего права и находится в ведении отдельных штатов, а не федерального правительства [43, 44]. В частности, пациент может подать гражданский иск против медработников, доказав четыре юридических требования: наличие юридической обязанности медработника (установление отношений между пациентом и медработником); нарушение стандарта медицинской помощи со стороны медицинского работника; причинно-следственная связь между таким нарушением и травмой пациента; и возможность для правовой системы обеспечить возмещение убытков [45]. Таким образом, небрежность может привести к гражданскому иску со стороны пострадавшей стороны. В редких случаях, если инцидент произошел из-за небрежности, медработнику может быть предъявлено обвинение в преступной халатности [45, p. 339-346].

Во время пандемии COVID-19 принятие Закона об общественной готовности и готовности к чрезвычайным ситуациям (PREP) обеспечивает иммунитет от ответственности за деятельность, связанную с медицинскими контрмерами против COVID-19. Таким образом, декларация обеспечивает иммунитет от ответственности по требованиям о возмещении убытков, возникающих, связанных или являющихся результатом введения или использования медицинских контрмер, таких как диагностика, лечение и вакцины [46, 47].

Канада

Канадский закон о медицинской халатности следует тем же принципам, что и правовая система США. Действительно, он основан на системе общего права, которая применяется ко всем провинциям и территориям Канады, за исключением провинции Квебек, для которой характерны свои собственные правовые принципы [48-50]. Таким образом, и в этом случае для любого судебного иска, основанного на иске о халатности, предъявляются четыре юридических требования: наличие отношений между врачом и пациентом, которые налагают обязанность проявлять заботу; нарушение нормы медицинской помощи (нарушение служебных обязанностей); доказательство того, что нарушение привело к травме; причинно-следственная связь между нарушением и травмой (взаимосвязь между вредом и действиями медицинского работника).

Несколько канадских провинций приняли закон о создании для работодателей и медработников системы защиты ответственности от COVID-19. Данные законы, обеспечивали медработникам защиту от ответственности за ущерб, причиненный в период пандемии COVID-19, при условии, что они следовали распоряжениям, руководствам и ранее существовавшему законодательству в области здравоохранения [51, 52]. Во время пандемии COVID-19 правительство Канады утвердило Программу поддержки пострадавших от вакцин (VISP). VISP — это программа без вины, которая обеспечивает компенсацию людям, которые получили необратимую и серьезную травму из-за вакцинации против COVID-19.

Австралия

Медицинская халатность в Австралии следует схеме общего права. Денежная компенсация предоставляется пациенту, если медицинская халатность доказана, то есть истец должен доказать нарушение и причинность ущерба. Это не должно быть слишком отдаленным (то есть ущерб должен быть в рамках ответственности). Верховый суд Австралии определяет «обязанность медицинского работника заботиться» о своих пациентах, в части диагностических процедур (постоянная обязанность, не ограничивающаяся одним случаем), лечение (включая, при необходимости, последующее наблюдение) и информацию о материальных рисках (медицинский работник несет ответственность только в том случае, если пациент не согласился на процедуру, если он или она были предупреждены о риске). Кроме того, в соответствии с Законом о гражданской ответственности 2003 г., раздел 2.1.,

«врач не является небрежным, если он или она действует в соответствии с общепринятым профессиональным мнением значительного числа уважаемых практиков в этой области» [53-55]. Также, правительство Австралии внедрило национальную схему возмещения убытков от COVID-19 без вины для умеренных и тяжелых побочных эффектов, связанных с вакцинами против COVID-19 [56].

Российская Федерация

Уголовная ответственность медицинского работника, ненадлежащим образом исполнившего профессиональные обязанности, регулируется несколькими статьями Уголовного кодекса Российской Федерации в зависимости от вида последствий (тяжкое повреждение здоровья – ст. 118; смерть больного – ст. 109). Уголовная медицинская ответственность включает ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее смерть пациента или тяжкий вред его здоровью. Однако наиболее распространенным видом юридической ответственности медицинских организаций и медицинских работников является гражданско-правовая ответственность. Основным принципом гражданско-правовой ответственности является полное возмещение причиненного вреда, что исчерпывающе определено положениями главы 59 ГК РФ. Поскольку Гражданским кодексом установлено, что работодатель обязан возместить ущерб, причиненный его работником, к медицинской организации предъявляются иски о медицинской ошибке. Однако всегда должна быть доказана причинно-следственная связь между поведением медицинского работника и наступившими последствиями для пациента, а работодатель несет гражданско-правовую ответственность независимо от того, является ли ответственность работника, причинившего вред, уголовной или административной. Независимо от наличия договора о медицинском обслуживании медицинская ответственность, как правило, подпадает под внедоговорную гражданско-правовую ответственность [57].

Республика Казахстан

В Казахстане привлечь к ответственности медицинского работника в случае возникновения медицинского инцидента, возможно по следующим основным статьям: статья 80 Административного кодекса Республики Казахстан от 5 июля 2014 года №235-V ЗРК «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» [58] и по статье 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года №226-V ЗРК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» [59].

Также, отсутствие правовой ясности в отношении ответственности в период пандемии COVID-19 препятствует усилиям по поддержке участия медицинских работников в реагировании на чрезвычайные ситуации [60].

Существующая система учета и регистрации медицинских инцидентов в Казахстане, в части самооценки в рамках внутренней экспертизы качества медицинских услуг не позволяет должным образом определить структуру и ряд

особенностей распространённости медицинских инцидентов и, следовательно, разработать адекватные организационные, управленческие и другие мероприятия [61].

На основе проведенного контент-анализа с учетом контекста для каждой юрисдикции мы разработали свод ведущих практик, связанных с регулированием медицинской ответственности, которые соответствуют конкретным принципам регулирования. Данные принципы регулирования взяты из работы Бентона и др [62] и применены к нашему обзору сферы регулирования практики медицинской ответственности в данных четырех юрисдикциях. Таким образом, ведущие практики, основанные на принципах правового регулирования медицинской ответственности включают в себя 4 компонента: определение, гибкость, подотчетность и эффективность. В свою очередь принцип регулирования «Определение» подразумевает описание четких определений профессиональной сферы, которые расширяют полномочия регулирующих органов по защите общественной безопасности. Австралия имеет единообразное законодательство и регулирующие органы, действующие на национальном уровне, обеспечивают последовательные и четкие практические стандарты и нормативную базу. Следующий принцип регулирования «Гибкость» подразумевает регулирование достаточно гибкое и оперативное, чтобы обеспечить своевременные инновации и оптимизацию в сфере практики. Во многих канадских юрисдикциях зонтичные структуры, которые обеспечивают гибкость регулирования и ослабляют ограничения в сфере практики. Далее, принцип регулирования «Подотчетность» подразумевает прозрачное регулирование сферы практики и способствует качественному и безопасному лечению пациентов. Великобритания имеет прозрачные и публично подотчетные процессы, основанные на рисках, с отдельным надзорным органом. Принцип регулирования «Эффективность» подразумевает оптимизацию слаженности, координации и коммуникации при сохранении внимания к общественной безопасности. США имеет лицензионные соглашения, позволяющие признавать лицензии и обмениваться нормативными данными между юрисдикциями.

Исходя из вышеуказанного отмечено, что различные подходы к регулированию в данных странах возникли в ответ на схожие проблемы. В некоторых случаях основой регулирования являются «задачи» или «деятельность», тогда как в других контекстах регулируются охраняемые «права», а в некоторых случаях и то, и другое.

1.2 Анализ текущей ситуации в Республике Казахстан в части внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Глобальный ландшафт здравоохранения меняется, и системы здравоохранения функционируют в более сложных условиях. Современные технологии и модели оказания медицинской помощи могут быть перспективными с точки зрения своих терапевтических возможностей, но они

же могут становиться источниками новых угроз безопасному оказанию медицинской помощи. В настоящее время безопасность пациентов признается в качестве серьезной проблемой глобального общественного здравоохранения. Несмотря на новаторские достижения в некоторых областях здравоохранения, за последнее время не произошло значимого прорыва в глобальных усилиях по сокращению бремени вреда, причиняемого пациентам. Меры по обеспечению безопасности имеют ограниченный или неравномерный эффект, даже если принимаются в странах с высоким уровнем доходов, и по большей части не адаптированы для успешного применения в странах с низким и средним уровнем дохода.

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников существует в мире более 30 лет [63]. На сегодняшний день страхование профессиональной ответственности медицинских работников в РК имеется только на добровольной основе и является одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении. Масштабное внедрение страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане крайне затруднено, в первую очередь из – за отсутствия эффективного экономического и правового регулирования данной деятельности [64].

Министерством здравоохранения Республики Казахстан (далее – МЗ РК) разработан законопроект о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, направленный на защиту интересов пациента за причинение вреда здоровью пациента медицинскими работниками и повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению [65].

Проект данного закона разработан в целях исполнения поручения Главы государства Республики Казахстан (далее – РК) К. Токаева о внедрении системы правовой и финансовой защиты медицинских работников, защиты прав граждан на возмещение допущенного вреда, причиненного здоровью при оказании им медицинской помощи, улучшения качества оказания медицинской помощи субъектами здравоохранения, создания условий для формирования и дальнейшего развития системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Предлагается внедрить адаптированную рыночную модель страхования (через действующие страховые компании, досудебное урегулирование конфликта) по моделям США, Германии, Японии и Турции. Данная «адаптированная модель вмененного страхования профессиональной ответственности медицинских работников через действующие страховые компании, с предельным объемом финансовой ответственности страховщика, с финансированием через тарифы медицинских услуг, где страхователем выступает работодатель, а медицинская организация заключает коллективный договор с страховой компанией» [66] (рисунок 1).



Рисунок 1 – Предлагаемая модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Согласно данной модели рассмотрение жалобы будет осуществляться специальной комиссией с привлечением экспертов и заинтересованных сторон с применением элементов медиации, а также с привлечением профильных медицинских ассоциаций. На данном этапе вопрос может быть урегулирован в самой медицинской организацией. В случае несогласия пациента с решением Службы жалоба может быть рассмотрена в территориальном подразделении Комитета медицинского и фармацевтического контроля для предоставления экспертного заключения. В случае вынесения положительного результата материалы по жалобе, в том числе заключением судебно-медицинской экспертизы, будут переданы в страховую компанию, где была застрахована медицинская организация. Выплата компенсации за причиненный вред пациенту будет производиться страховой компанией. В случае отказа от выплаты и неудовлетворенности пациент имеет право обратиться в суд. Размер страхового взноса будет определен с учетом степени ответственности медицинского работника на основании утвержденных актуарных расчетов в зависимости от степени риска» [67].

В целях защиты интересов пациента и обеспечения качества оказания медицинских услуг, МЗ РК предлагает закрепить нормы по обязательному обучению медицинских работников и отзыву сертификата специалиста в области здравоохранения за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Впервые допустившие ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинские работники будут обучаться за счет средств работодателя, при повторном допущении случаев за счет собственных средств, при последующем допущении случаев отстранение от практической деятельности на определенный срок. В соответствии с действующим законодательством предусмотрены нормы административной

ответственности за причиненный легкий вред здоровью человека (Кодекс Республики Казахстан «Об административных правонарушениях») [58], и уголовной ответственности за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими или фармацевтическими работниками, повлекшие по неосторожности вред здоровью человека (Уголовный Кодекс Республики Казахстан) [59].

В законопроекте о страховании профессиональной ответственности медицинских работников предложены нормы по гуманизации уголовных правонарушений за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником и снижению санкционных мер статьи 317 Уголовного кодекса РК.

В частности, предлагается гуманизация статьи 317 Уголовного кодекса «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» (при причинении средней тяжести вреда человеку:

Штраф с 200 до 100 месячных расчетных показателей, общественные работы с 180 до 100 часов, арест с 50 до 30 суток;

При причинении тяжкого вреда человеку:

– штраф с 3000 до 2000 месячных расчетных показателей, ограничение свободы с 3 до 2 лет, лишение свободы за деяния, повлекшие за собой смерть человека (с 5 до 4 лет);

– двух и более лиц (от 3 до 7 лет – до 6 лет), а также введение наказания в виде «ограничения свободы» за деяния, повлекшие за собой смерть человека (до 4 лет);

– двух и более лиц (до 6 лет);

– заражение другого лица ВИЧ (до 5 лет).

Помимо законопроекта в целях повышения статуса медицинских работников в системе здравоохранения необходимо принятие мер по расширению социальных гарантий медицинских и фармацевтических работников. Концепцией предлагается отразить нормы касательно гарантий, прав и социальной поддержки медицинских работников:

– страхование профессиональной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента;

– защита от незаконного вмешательства и надлежащего поведения со стороны пациентов и их родственников при осуществлении медицинской деятельности, уважительное отношение к профессии;

– меры по кадровому обеспечению и меры по поддержке, в случае заражения вирусной инфекцией или инфекцией иной этиологии при проведении противоэпидемических мероприятий;

– установление почетного звания «Қазақстанның еңбек сіңірген дәрігері» с выплатой единовременной стимулирующей выплаты, а также победителю республиканского конкурса «Лучший по профессии» и т.д.

Предпринимаемые меры в новом законодательстве направлены на защиту интересов пациента, повышение статуса медицинского работника, снижение

оттока квалифицированных кадров, материальному стимулированию специалистов здравоохранения, повышению качества оказания медицинских услуг и возврату всеобщего уважения к медицинской профессии.

Одним из актуальных вопросов, отмеченных в Концепции правовой политики РК в период с 2010 по 2020 годы, является повышение качества медицинского обслуживания [64, р. iii507–iii507].

Основными НПА, регламентирующие взаимоотношения «медицинский работник – пациент» в РК, на сегодняшний день являются:

Конституция Республики Казахстан, принятая на республиканском референдуме 30 августа 1995 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.02.2011 г.) – как основной закон страны отражает волю народа Казахстана, его стремление к утверждению страны [68]. В Казахстане конституционное право на охрану здоровья, установленное статьей 29 Конституции РК, предполагает наличие норм, содержащих гарантии права на охрану здоровья.

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК. О здоровье народа и системе здравоохранения [69]. Целью данного Кодекса в области здравоохранения является обеспечение реализации гражданами права на охрану здоровья, включая доступную и качественную медицинскую помощь для сохранения и укрепления здоровья населения Республики Казахстан. Задачей законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения является создание правовых условий, направленных на улучшение здоровья граждан Республики Казахстан [69].

Реализация 80 шага Плана нации – 100 шагов пяти институциональных реформ связана с одной из основных задач в области охраны здоровья населения – внедрением обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС). За счет увеличения доли частного сектора в оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) расширится конкурентная среда и повысится качество услуг здравоохранения.

Правовая реформа наряду с другими системными изменениями в обществе привела к повышению спроса населения на качественную медицинскую помощь. Последние годы развивается практика компенсации нанесённого вреда здоровью пациента. Рост жалоб со стороны пациентов, отсутствие страхования медицинских работников от профессиональных рисков привели к определенной напряжённости в данной сфере [70].

Исходя из официальных данных, представленными Комитетом по правовой статистике Генеральной прокуратуры РК, можно сделать заключение об увеличении количества административных и уголовных дел, связанных с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей медицинскими и фармацевтическими работниками. Возможно, это связано со следующими факторами, такими как широкое освещение данных вопросов в средствах массовой информации (далее – СМИ), создающих большой общественный резонанс, отсутствие фонда страхования профессиональной ответственности медицинских работников, отсутствие юридического термина "медицинская

ошибка", неосведомленность медицинских работников в вопросах собственной правовой защиты, недостаточная проработка НПА, регулирующих взаимоотношения "пациент–медицинский работник", недостаточная организация работы профессиональных союзов и медицинских общественных организаций. Профсоюзы неактивны, редко участвуют в защите прав своих членов (улучшение условий труда, защита от уголовного или административного преследования, участие в нормотворческом процессе, надзор за объективностью экспертизы и внешнего аудита качества), а также незаинтересованность руководящих органов в проведении глубокого анализа инцидента, послужившего поводом для обращения в правоохранительные органы.

Кроме того, ранее были утверждены Правила проведения мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 22 декабря 2015 года №174. Целью которых являются обеспечение безопасности пользователей, сохранение и укрепление здоровья населения, повышение качества оказания медицинской помощи, выявление и предотвращение побочных действий и нежелательных реакций, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, неблагоприятных событий (инцидентов), обращения медицинских изделий, не соответствующих утверждаемым Евразийской экономической комиссией общим требованиям безопасности и эффективности медицинских изделий, требованиям к их маркировке и эксплуатационной документации на них [71].

Несмотря на все усилия, предпринимаемые организациями здравоохранения, распространенность медицинских инцидентов все еще высока.

В РК ежегодно регистрируется около 600-800 случаев по статьям 317-323 Уголовного Кодекса РК. В период с 2015 по 2019 годы в Казахстане было зарегистрировано 3951 уголовное дело [72, 73].

Многие факторы приводят к конфликтам между медицинскими работниками и пациентами, включая высокие расходы на здравоохранение, необоснованное назначение лекарственных средств и диагностических процедур. Слабые инвестиции в систему здравоохранения, а также в обучение и оплату услуг медицинских работников могут привести к медицинским ошибкам, коррупции и плохой коммуникацией между медицинскими работниками и пациентами [64, р. iii507–iii507]. Помимо размывания отношений между пациентами и медицинскими работниками, медицинские споры и ошибки приводят к значительным экономическим потерям. Отсутствие системы учета и регистрации медицинских инцидентов в Казахстане не позволяет должным образом определить структуру и ряд особенностей распространённости медицинских инцидентов и, следовательно, разработать адекватные организационные, управленческие и другие мероприятия [74].

Крайне важно отметить, что в соответствии с основной целью Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан

на 2020–2025 годы (утратило силу постановлением Правительства РК от 12.10.2021 №725), где главной целью программы является обеспечение качественного и доступного здравоохранения, а также одной из приоритетных задач является повышение качества медицинской помощи, посредством совершенствования оказания медицинской помощи, ориентированной на улучшение системы менеджмента качества, включая проведение внешней и внутренней клинической коллегиальной оценки медицинской помощи. Как отмечено в данной программе, для анализа медицинских инцидентов в клинической практике будут привлекаться независимые эксперты, которые будут сертифицироваться и входить в национальный реестр на основе процедуры допуска к деятельности в области независимой экспертизы. Таким образом, будет усовершенствован институт независимых экспертов, что позволит повысить качество проводимой независимой экспертизы. Для повышения безопасности пациентов также будет введена система учета инцидентов и их анализа в справедливой, не карательной обстановке с принятием корректирующих мер. Одной из главных задач по достижению программной цели является совершенствование оказания медицинской помощи. Достижение данной задачи измеряется четырьмя показателями прямых результатов. Однако, в ранее предложенной государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020–2025 годы отсутствуют измеримые показатели для оценки эффективности реализуемых мероприятий связанные с повышением безопасности пациентов [75].

На сегодняшний день, действующим законодательным документом в сфере здравоохранения является Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация" утвержденный Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года №725 [76]. Целью которого является обеспечение качественного и доступного здравоохранения для каждого гражданина. В ходе проведённого анализа нами было выявлено, что в данном проекте отсутствуют основные принципы и стратегии повышения безопасности пациентов при оказании специализированной медицинской помощи, включая контроль за их выполнением с помощью количественных показателей [77, 78].

1.3 Управление медицинскими инцидентами как один способов обеспечения безопасности пациентов

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила глобальные приоритеты исследований для сбора информации об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов. Основное внимание уделяется основным процессам и организационным факторам, которые приводят к небезопасному уходу и нежелательным явлениям [79, 80]. Цель состоит в том, чтобы помочь организациям предотвратить и сократить количество серьезных инцидентов. Однако хорошо известно, что, хотя информация об инцидентах и собирается, некоторые из них всегда занижаются, недостаточно анализируются и недостаточно используются [81, 82].

Безопасность пациентов является серьезной глобальной проблемой общественного здравоохранения, касающиеся пациентов во всех медицинских организациях, как в развитых, так и в развивающихся странах [83]. Оценки показали, что около 42,7 миллиона пациентов во всем мире ежегодно переносят травмы или смерть, приводящие к инвалидности, напрямую связанные с небезопасной медицинской практикой и медицинскими ошибками. Во всем мире стоимость, связанная с данной небезопасной медицинской практикой и медицинскими ошибками, оценивается в 42 миллиарда долларов США в год, что составляет почти 1% мировых расходов на здравоохранение [84-86].

В годовом отчете Национальной службы здравоохранения Англии в период с 2020-2021 годы было отмечено, что наибольшее количество случаев медицинской халатности наблюдалось по оценкам суммы ущерба в диапазоне от 5,001-50,000 £ [87, 88] (рисунок 2).

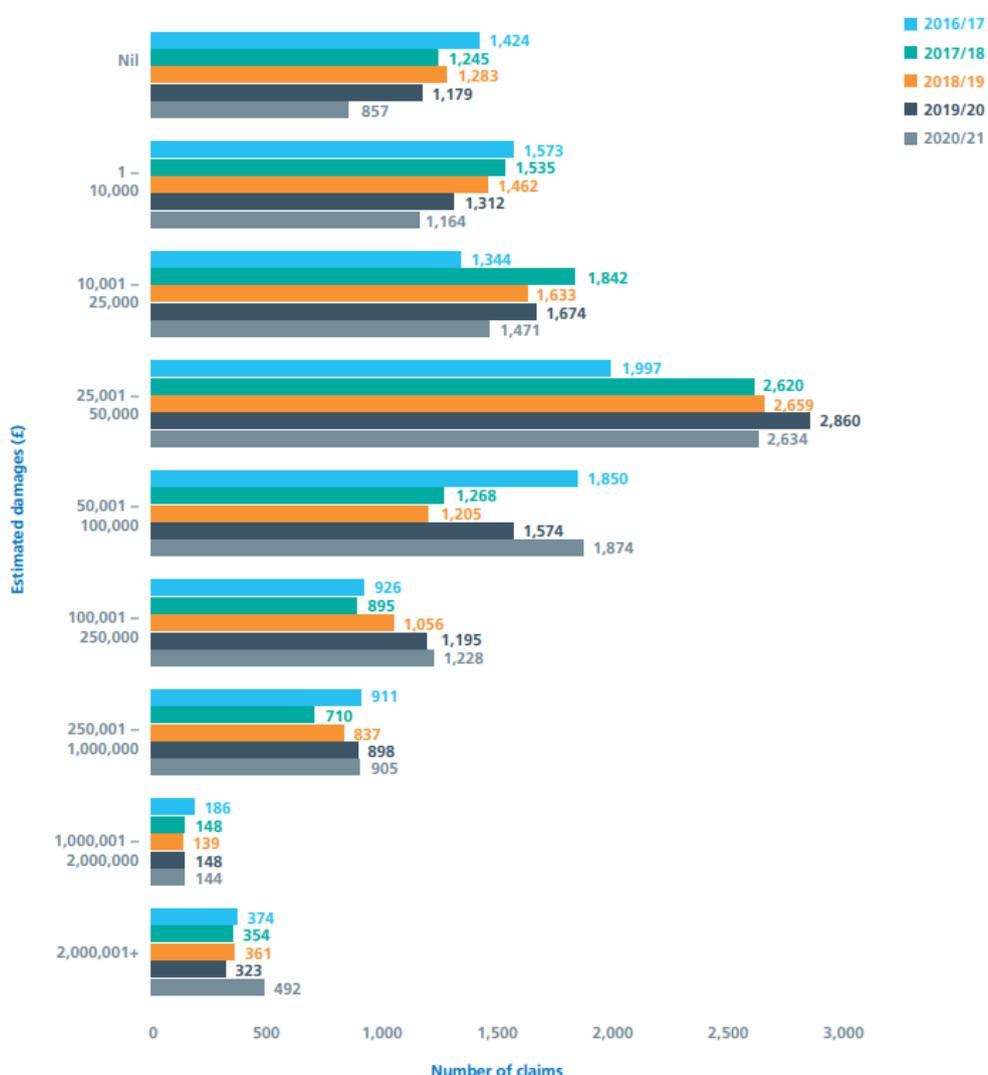


Рисунок 2 – Количество случаев медицинской халатности, зарегистрированных по оценкам диапазона убытков в каждом финансовом году с 2016/17 по 2020/21

Примечание – Составлено по источнику [89]

Риски безопасности пациентов в процессе оказания медицинской помощи неизбежны, но значительную их часть можно предотвратить [90]. Медицинская практика доказала, что наблюдение и изучение инцидентов, связанных с безопасностью пациентов, могут снизить вероятность совершения ошибок и тем самым повысить безопасность пациентов. Обзор литературы, проведенный Makeham et al. показал, что по данным ВОЗ 70-76% случаев причинения вреда пациенту можно предотвратить [91]. Учитывая это, многие страны разработали свои системы отчетности и провели ряд исследовательских работ [92, 93].

Страны используют разные методы для расследования и анализа инцидентов в сфере здравоохранения. Например, в США используется метод анализа основных случаев Совместной комиссией [94]. В начале 2000 года разработка систем отчетности об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов, была начата в 13 европейских странах: Австрии, Бельгии, Чехии, Дании, Ирландии, Франции, Нидерландах, Норвегии, Шотландии, Испании, Швеции, Швейцарии и Великобритании. Данные страны собирают информацию об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов, на трех разных уровнях: только сигнальные события (согласно закону), конкретные клинические области или система здравоохранения в масштабах всей системы (включая опасные ситуации) [95, 96].

Многие страны имеют свои собственные национальные и местные системы сообщения об инцидентах, предназначенные для выявления пробелов в системе здравоохранения. В случае, если события известны только отдельным лицам, контрмеры не могут быть разработаны. Данные, особенно об инцидентах, связанных с приемом лекарств, собираются из Системы отчетности об ошибках приема лекарств (MERS), которая используется в Соединенном Королевстве и США [95, p. 450-553]. Однако роль медицинской визуализации в данных случаях недостаточно хорошо известна [79, p. 593-601]. Австралия и Новая Зеландия используют базу данных под названием «Регистр радиологических событий» (The RaER). Сообщение об инцидентах в RaER осуществляется через Интернет, является добровольным, конфиденциальным и анонимным. Данная система собирает информацию через повествовательные тексты о событиях, их результатах и способствующих факторах, а также о том, как их предотвратить или уменьшить. Важно отметить, что RaER не заменяет государственную и больничную отчетность об инцидентах [95, p. 450-553].

Рекомендации по обучению и ведению отчетности об инцидентах в медицинских организациях с использованием инструмента самооценки предназначены для предоставления медицинским организациям, профессиональным сообществам, отдельным клиническим службам по вопросам разработки и внедрению успешной системы отчетности и обучения по инцидентам, с целью обеспечения безопасности пациентов. Как один из основных наряду с измеримыми индикаторами должен заполняться инструмент самооценки, предназначенный для организаций практического здравоохранения, целью которого является оценка пробелов, сильных и слабых сторон системы обучения и ведения отчетности об инцидентах [97, 98].

Степень того, насколько все аспекты данного руководства применимы к системе обучения и отчетности об инцидентах по обеспечению безопасности пациентов, будет зависеть от ее масштаба. Размер и объем мер по сбору, анализу, расследованию, хранению и изучению отчетов об инцидентах будут варьироваться. Таким образом, системы обучения и ведения отчетности об инцидентах, вероятно, относятся к одному из трех типов [98, р. 1-50] (рисунок 3).



Рисунок 3 – Типы классификации масштабов в зависимости от размера и объема сбора, анализа информации об инцидентах

Примечание – Составлено по источнику [99]

Независимо от размера и масштаба системы обучения и отчетности об инцидентах по обеспечению безопасности пациентов, крайне важна эффективная координация и эксплуатация системы обучения и ведения отчетности об инцидентах посредством детального руководства. Важной инициативой ВОЗ совместно с международными экспертами была разработка руководства по обучению и ведению отчётности об инцидентах по обеспечению безопасности пациентов [100]. В данном руководстве представлены основные принципы и стратегии ведения учёта и анализа инцидентов, где основной целью является повышение безопасности пациентов при оказании специализированной медицинской помощи [100, р. 3-75; 101, 102].

На сегодняшний день, в Республике Казахстан отсутствует обязательная единая система учета и анализа медицинских инцидентов. Согласно утвержденному приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-147/2020 «Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа». Случай (событие) медицинского инцидента в медицинской организации определяется при проведении самооценки в рамках внутренней экспертизы качества медицинских услуг. Самооценка проводится один раз в месяц путем анализа пролеченных случаев в соответствии с графиком, формируемым

медицинской организацией самостоятельно [103].

Важно отметить, что в действующем Национальном проекте "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина" "Здоровая нация" утвержденный постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года №725 [76]. Целью которого является обеспечение качественного и доступного здравоохранения для каждого гражданина. В ходе проведенного нами анализа данного законодательного документа, не было выявлено установленных общенациональных приоритетов и концепций развития отрасли ориентированной на повышение безопасности пациентов, включая контроль за их выполнением с помощью измеримых показателей.

В свою очередь, рассмотрев законопроект о страховании профессиональной ответственности медицинских работников [65], с целью реализации норм, регулирующих страхование профессиональной ответственности отмечена необходимость определения обязанностей субъектов здравоохранения по направлению информации по случаям, связанным с причинением вреда жизни и здоровью пациентов. В этой связи, в данном законопроекте предлагается следующая редакция: статья 115. Организация медицинской помощи, пункта 2. Субъекты здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь, обязаны обеспечивать: подпункта 12) ежеквартальное направление в уполномоченный орган информации о случаях, связанных с причинением вреда жизни и здоровью пациентов.

Резюме

Таким образом, достаточно сложно найти баланс между правовой защитой медицинских работников и необходимостью выявлять и привлекать к правовой ответственности медицинских работников и руководящих лиц работающих в системе здравоохранения, в том числе лиц, которые отвечали за управление и организацию необходимых мер во время пандемии COVID-19. Разработка и внедрение стратегий риска, прозрачность и участие специалистов, пациентов и общественности, а также просвещение в части правовых норм и требований также имеют решающее значение. Следует помнить, что конечной целью защиты профессиональной ответственности является не исключительная правовая защита медицинских работников, а в первую очередь безопасность пациента.

Несмотря на то, что Министерством здравоохранения РК разработан законопроект о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, направленный на защиту интересов пациента за причинение вреда здоровью пациента медицинскими работниками и повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению. На сегодняшний день остаются ряд проблем, в части нормативно – правового регулирования, а именно недостаточно отражены принципы и подходы эффективного обеспечения безопасности пациентов. В первую очередь, это связано с отсутствием системы выявления и регистрации инцидентов, недостаточным принятием системных мер, способствующих снижению риска повторения инцидентов, и в целом

недостаточно развитой культурой безопасности через открытое и честное взаимодействие с пациентами. Ключевым моментом, является формирование доверия со стороны пациентов за счёт декларирования инцидентов и извлечения уроков из случаев причинения вреда здоровью. Усилия, направленные на преодоление барьеров связанных со сбором данных и проведением анализа инцидентов с целью выявления системных недостатков и в дальнейшем поиском эффективных путей решения проблем, должны учитывать весь спектр факторов, чтобы разработать специальные меры политики с целью формирования культуры безопасности пациентов через призму работы над ошибками со стороны системы здравоохранения.

Изучение организации сотрудничества между различными специалистами, такими как юристы и медицинские эксперты, направленное на улучшение медицинской безопасности, является крайне важным вопросом. Это позволит снизить негативное воздействие медицинских инцидентов на пациентов и медицинских работников. Путем внесения изменений в нормативно-правовые документы можно создать более эффективные механизмы для решения подобных проблем и улучшения ситуации в этой области. В целом система управления здравоохранением требует глобальной перезагрузки, тем самым для дальнейшего укрепления института страхования профессиональной ответственности необходимо совершенствовать правила страховых отношений на основе опыта развитых стран.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Структура и дизайн исследования

Нами было проведено комплексное научное исследование, в структуру которого вошло несколько дизайнов.

Для *1 задачи* (провести комплексный сравнительный анализ международного и отечественного опыта нормативно-правовой базы по вопросам юридического регулирования медицинских ошибок) мы провели поиск информации касательно широкого круга проблем, связанных со страхованием профессиональной ответственности медицинских работников, что позволило нам определить концепцию исследования, сформулировать его цель и задачи, а также разработать методологию, а также был использован литературный поиск глубиной 10 лет с контент-анализом содержания НПА. *Объект исследования:* Нормативно-правовые документы которые регулируют взаимоотношения между пациентом и медицинским работником и связанных с ними медицинских ошибок. По итогам проведенного информационного поиска был подготовлен литературный обзор, который охватывал исследования, опубликованные в течение последних 15 лет на момент подготовки обзора. Ключевыми словами для поиска в PubMed/Medline, Web of Science, Google scholar, CyberLeninka, E-library были: медицинская ошибка (medical errors OR medical incident), неблагоприятное событие (adverse event), страхование профессиональной ответственности медицинских работников (medical liability insurance), malpractice (халатность), patient safety (безопасность пациентов), компенсационная выплата (compensation payment). Методы исследования: информационно-аналитический.

Для *2 задачи* (провести ретроспективный анализ медицинских ошибок в период с 2017 по 2021 гг. в Республике Казахстан) было проведено дескриптивное исследование на основе официальной информации Комитета по правовой статистике и специальным учетам генеральной прокуратуры Республики Казахстан. *Объект исследования:* Для определения распространенности зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан нами были проанализированы следующие показатели, позволившие определить динамику уголовной ответственности по главе 12 УК РК в среднем за 5 лет: 1) общее количество жалоб по ст.114 ч. 1, 2 УК РК «Неосторожное причинение вреда здоровью» за период 2016-2021 гг.; 2) общее количество медицинских уголовных правонарушений за период 2017-2021 гг.; 3) общее количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период с 2010-2021 гг. (1-й квартал) в разрезе регионов; 4) географическое распределение количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период 2010-2021 гг. (1-й квартал); 5) распределение основных видов медицинских уголовных правонарушений за период 2017-2021 гг.; 6) распространенность основного вида медицинского уголовного правонарушения, за период 2017-2021 гг.; 7)

общие показатели медицинских уголовных правонарушений по возрастным группам за период с 2017–2021 гг.; 8) коэффициент смертности по медицинским уголовным правонарушениям повлекшие смерть потерпевшего за период с 2017-2021 гг. Методы исследования – аналитический, статистический.

Для 3 задачи (определить барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников) было проведено поперечное исследование на основе анкет, представленной в работе Bourne с соавторами [104]. *Объект исследования:* 139 пациентов (уровень ПМСП, стационара, РК и области) и согласившихся ответить на вопросы анкет для определения факторов, влияющих на мнение населения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан. Для второго подкомпонента этой задачи (определить мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане), в ходе которого были использованы следующие опросники: Bourne с соавторами [104, р. e006687], и GAD-7 [103]. (Приложение В). *Объект исследования:* 173 медицинских работников (уровень ПМСП, стационара, РК и области. Для получения сведений о связи медицинских работников, сообщающих о процессе рассмотрения жалоб, с защитной медицинской практикой, а также о влиянии жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников, нами было проведено социологическое исследование. (Приложение Г). Методы исследования – социологический, аналитический и статистический

Для 4 задачи (разработка и внедрение механизма совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников) был использован аналитический метод.

Более наглядно структура и дизайн исследования представлены на рисунке 1.

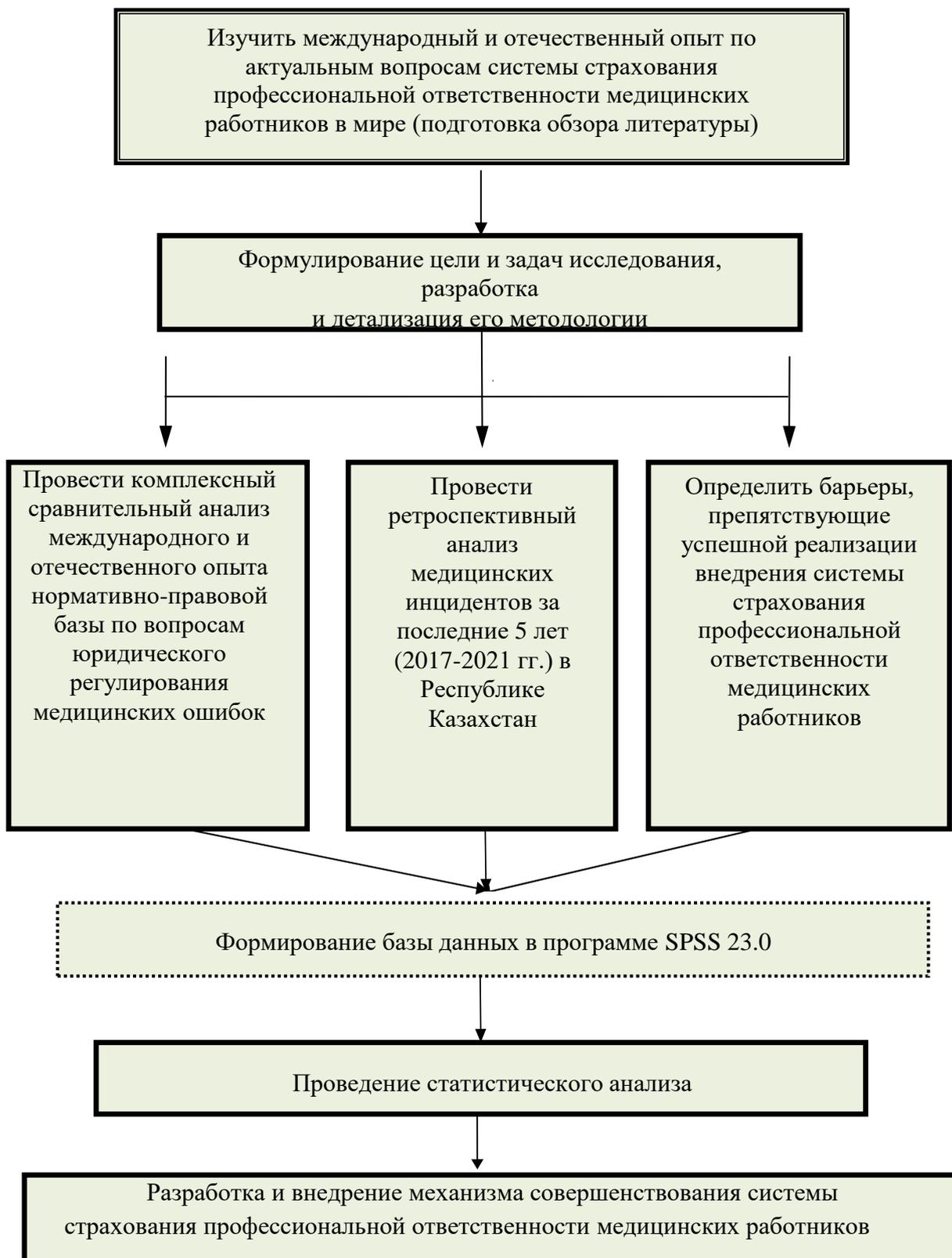


Рисунок 1 – Структура и дизайн исследования

Виды, методы и объем исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Виды, методы и объём исследования

Вид исследования (дизайн)	Использованные методы	Объем исследований
Дескриптивное	Информационный анализ: Обзор и анализ литературных данных из рецензируемых и других источников	100 литературных и онлайн источников
Дескриптивное	Контент-анализ: Литературный поиск нормативно – правовых документов которые регулируют взаимоотношения между пациентом и медицинским работником и связанных с ними медицинских инцидентов.	Использован литературный поиск глубиной 10 лет с контент-анализом содержания НПА
Дескриптивное	Контент-анализ: Официальные данные Комитета по правовой статистике и специальным учетам генеральной прокуратуры Республики Казахстан	Официальные данные о распространенности зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан с 2017 по 2021 годы.
Поперечное	Социологический: Анкетирование пациентов для определения факторов, влияющих на мнение населения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан Анкетирование медицинских работников для оценки того, связаны ли медицинские работники, сообщающие о процессе рассмотрения жалоб, с защитной медицинской практикой, а также изучение влияния жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников.	139 пациентов на уровне РК 173 медицинских работников на уровне РК
Статистический анализ	Статистическая обработка данных с помощью программы SPSS 23.0 для Windows	База собственных данных по итогам проведенных исследований

2.2 Расчет размера выборки и критерии включения/исключения

Расчет размера выборки для поперечного исследования проводился в программе Sample Size Calculator: (<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>), для чего были применены следующие известные нам параметры:

1. Размер популяции – общее количество участников исследования на уровне РК, по данным демографических ежегодных сборников (<https://stat.gov.kz/edition/publication/collection>).

2. Максимальная ошибка задается исследователем и по умолчанию равна $\pm 0,5$.

3. Эффект дизайна для эпидемиологических исследований, не включающих изучение инфекционного процесса, по умолчанию равен 1,0.

Критерии включения и исключения респондентов в исследование представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Критерии включения и исключения респондентов в исследование

Критерии включения	Критерии исключения
Пациенты	
Демография: Возраст больных – от 18 лет, пол любой, национальность любая.	Демография: Возраст больного менее 18 лет.
Контактность больного (нормальный слух, отсутствие языковых барьеров, адекватность психики и т.п.)	Недостаточная контактность пациента (тугоухость, снижение интеллекта, языковые барьеры, психические расстройства)
Информированное согласие больного на участие в исследовании.	Отсутствие информированного согласия.
Отсутствие тяжелых проявлений заболевания (в острой или хронической форме).	Тяжелые коморбидные состояния, не совместимые с участием в исследовании.
Медицинские работники	
Медицинские работники	Все медицинские работники, не вовлеченные в процесс работы на уровне ПМСП и стационаров
Устное информированное согласие на участие в исследовании	Отсутствие информированного согласия
Присутствие на рабочем месте во время проведения исследования	Отпуск по болезни, беременности и родам, без содержания, командировка

2.3 Получение этического одобрения

Перед началом исследования было получено одобрение Этического Комитета НАО «Медицинского университета МУА» (Протокол №3 от 30 марта 2022 года). Данное исследование придерживалось принципов, отраженных в Хельсинской декларации, на всех своих этапах.

2.4 Методология социологического исследования

2.4.1 Основные принципы анкетирования респондентов

До начала онлайн - анкетирования всем респондентам объяснялся ход исследования, после чего было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании или отказ от него. Онлайн - анкетирование было полностью анонимным, проводилось индивидуально. Всем участникам исследования была гарантирована полная конфиденциальность. В ходе онлайн - анкетирования исключалось вмешательство других людей, а также какое-либо принуждение к участию в опросе. Все вопросы онлайн - анкет были сформулированы таким образом, чтобы респондент мог ответить на них однозначно, предпочтение отдавалось вопросам закрытого типа.

2.4.2 Определить барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

В основу анкеты по определению факторов, влияющих на мнение населения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан, была положена публикация Bourne с соавторами [104, p. e006687]. После перевода этой анкеты на русский язык, она была обсуждена с двумя независимыми врачами, которые внесли ценные рекомендации по переформулированию некоторых вопросов. После этого был скомпонован промежуточный вариант анкеты, который был апробирован на группе пациентов из г. Астаны, состоящей из 10 человек, которые в дальнейшем были исключены из основного анкетирования. Этот этап позволил нам изменить формулировку некоторых вопросов для облегчения их понимания респондентами и исключить один вопрос из вводной части и другой вопрос из основной части, которые не содержали никакой информации по существу исследования. После всех этих подготовительных процедур был составлен окончательный вариант анкеты и переведен на казахский язык. Полный текст анкеты представлен (Приложение В).

Проведено анкетирование среди 139 пациентов и 173 медицинских работников (уровень ПМСП, стационарный уровень, РК и области) и согласившихся ответить на вопросы анкет для определения факторов, влияющих на мнение населения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан, а также для оценки того, связаны ли медицинские работники, сообщающие о процессе рассмотрения жалоб, с защитной медицинской практикой, а также изучение влияния жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников.

2.5 Методология статистического анализа

2.5.1 Выборка и процедуры исследования

Планируемый размер выборки для этого этапа исследования составил 383 пациентов и 382 медицинских работников на уровне РК, однако, с учетом того, что некоторые респонденты отказались от участия в исследовании, либо были выявлены существенные пробелы в информации на стадии формирования базы данных исследования, в финальную выборку вошли 139 пациента, 173 медицинских работника.

Сбор данных произведен на платформе GoogleForms среди 139 пациентов и 173 медицинских работников на уровне РК. В вводной части опросника содержалось объяснение исследования на понятном языке, а также формулировка о том, что, отвечая на вопросы анкеты, участник дает свое добровольное информированное согласие на участие. Ротация опросника проведена через социальные сети (WhatsApp, Facebook, Instagram, Telegram и др.).

Набор участников проведен с помощью метода «снежного кома» (Snowball sampling <https://www.statisticshowto.com/probability-and-statistics/statistics-definitions/snowball-sampling/>) (Crane 2018). Сроки проведения исследования (сбор данных) с 1 апреля 2022 года по 15 февраля 2023 года. Респондентам не было предоставлено финансового стимула за участие в исследовании. Респонденты отвечали на вопросы следующих опросников: Bourne с соавторами (Bourne et al. 2015), GAD-7 (Spitzer et al. 2006).

2.5.2 Оценка влияния жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников

Тревожность и депрессия оценивались с использованием стандартизированной шкалы генерализованного тревожного расстройства и опросника физического здоровья. Отдельные вопросы измеряли болезни, связанные со стрессом, опыт, связанный с жалобами, отношение к жалобам и взгляды на улучшение процессов подачи жалоб.

Мы использовали шкалу генерализованного тревожного расстройства (GAD-7), которая представляет собой стандартизированный скрининговый показатель, оценивающий наличие и тяжесть GAD. Тест GAD-7 также умеренно хорош для выявления панического расстройства, социального тревожного расстройства и посттравматического стрессового расстройства. Он использовался среди широкого круга населения и продемонстрировал хорошие психометрические свойства. Респонденты считались встревоженными, если они набирали 10 и более баллов по GAD-7 [105]. (Приложение А).

Опросники, используемые для сбора данных, были переведены на казахский язык с участием двух профессиональных переводчиков методом двойного обратного перевода.

2.6 Разработка, внедрение и оценка эффективности механизма

После выполнения основного этапа диссертационного исследования, нами был разработан механизм совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Апробация механизма проводилась в течение 6 месяцев (с 1 октября 2022 года по 30 марта 2023 года). По итогам внедрения механизма и с целью оценки его эффективности, нами была получена обратная связь от пациентов Больницы Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астаны и основных стейкхолдеров (медицинских работников, юристов, экономистов).

2.7 Статистический анализ

Результаты исследования были проанализированы с использованием методов описательной статистики. Переменные данные представлены в форме абсолютных и относительных значений. Для количественных данных были вычислены центральные показатели: для данных с нормальным распределением - среднее значение с указанием стандартного отклонения, а для

данных с асимметричным распределением - медиана с указанием интервала между 25-м и 75-м перцентилями.

Для качественных данных значимость различий в группах была определена с помощью расчета критерия Хи-квадрат (χ^2) Пирсона и критерия (H) Краскелла-Уоллиса. Для количественных данных с распределением, приближенным к нормальному, мы использовали t-критерий Стьюдента для оценки статистической значимости различий между группами. Для данных с распределением, отличающимся от нормального, мы применили критерий Манна-Уитни. Мы установили уровень статистической значимости различий на $p < 0,05$. Все аналитические процедуры были выполнены с использованием программного обеспечения SPSS версии 23.0.

3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Динамика распространенности медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан

Нами проведен анализ официальных статистических данных за период с 2017-2021 гг. Для определения распространенности зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан нами были проанализированы следующие показатели, позволившие определить динамику уголовной ответственности по главе 12 УК РК в среднем за 5 лет: 1) общее количество жалоб по ст.114 ч. 1,2 УК РК «Неосторожное причинение вреда здоровью» за период 2016-2021 гг.; 2) общее количество медицинских уголовных правонарушений за период 2017-2021 гг.; 3) общее количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период с 2010-2021 гг. (1-й квартал) в разрезе регионов; 4) географическое распределение количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период 2010-2021 гг. (1-й квартал); 5) распределение основных видов медицинских уголовных правонарушений за период 2017-2021 гг.; 6) распространенность основного вида медицинского уголовного правонарушения, за период 2017-2021 гг.; 7) общие показатели медицинских уголовных правонарушений по возрастным группам за период с 2017-2021 гг.; 8) коэффициент смертности по медицинским уголовным правонарушениям повлекшие смерть потерпевшего за период с 2017-2021 гг.

Таблица 1 – Динамика количества жалоб по ст.114 ч.1,2 УК РК «Неосторожное причинение вреда здоровью» за период 2016-2021 гг. (на 100 тыс. населения)

Наименование	Годы					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Поступило жалоб за отчетный период	0,35	0,36	0,33	0,38	0,35	0,38
О принятии жалобы к своему производству	0,10	0,16	0,14	0,15	0,17	0,13
Об отказе в принятии жалобы к своему производству	0,20	0,15	0,12	0,11	0,13	0,12
О передаче жалобы по подследственности	0,03	0,04	0,04	0,09	0,03	0,06
О передаче жалобы по подсудности	0	0,005	0	0,005	0	0,005

В таблице 1 представлены данные о количестве жалоб по ст.114 ч.1,2 УК РК «Неосторожное причинение вреда здоровью» за период 2016-2021 гг. на 100 тыс. населения. Согласно официальным данным, преобладающее большинство жалоб за отчетный период 0,38 поступило в 2019 году и 2021 году. В 2020 году большинство жалоб 0,17 было принято к своему производству. При этом, наибольший показатель 0,15 составил об отказе в принятии жалоб к своему производству в 2017 году. Также наибольший показатель о передаче жалоб по

подследственности составил 0,09 в 2019 году. Показатели в отношении передачи жалобы по подсудности за 5-летний период оставались практически стабильными.

Проведенный анализ данных выявил тенденцию роста количества медицинских правонарушений за последние 2 года, уголовные дела о которых окончены производством в отчетном периоде, где относительный прирост к 2021 году составил +104,3% на 100 населения, а также количество правонарушений, уголовные дела о которых направлены в суд в отчетном периоде в 2020 году составили 13 случаев (0,06%), где относительный прирост к 2021 году составил +69,2% на 100 населения. При этом, отмечена тенденция к снижению роста количества правонарушений, уголовные дела о которых находились в производстве в отчетном периоде до -12,8% на 100 населения в 2021 году. Выявлена аналогичная тенденция к снижению роста количества правонарушений, зарегистрированных в ЕРДР в отчетном периоде до -14,2% на 100 населения в 2021 году (рисунок 1).

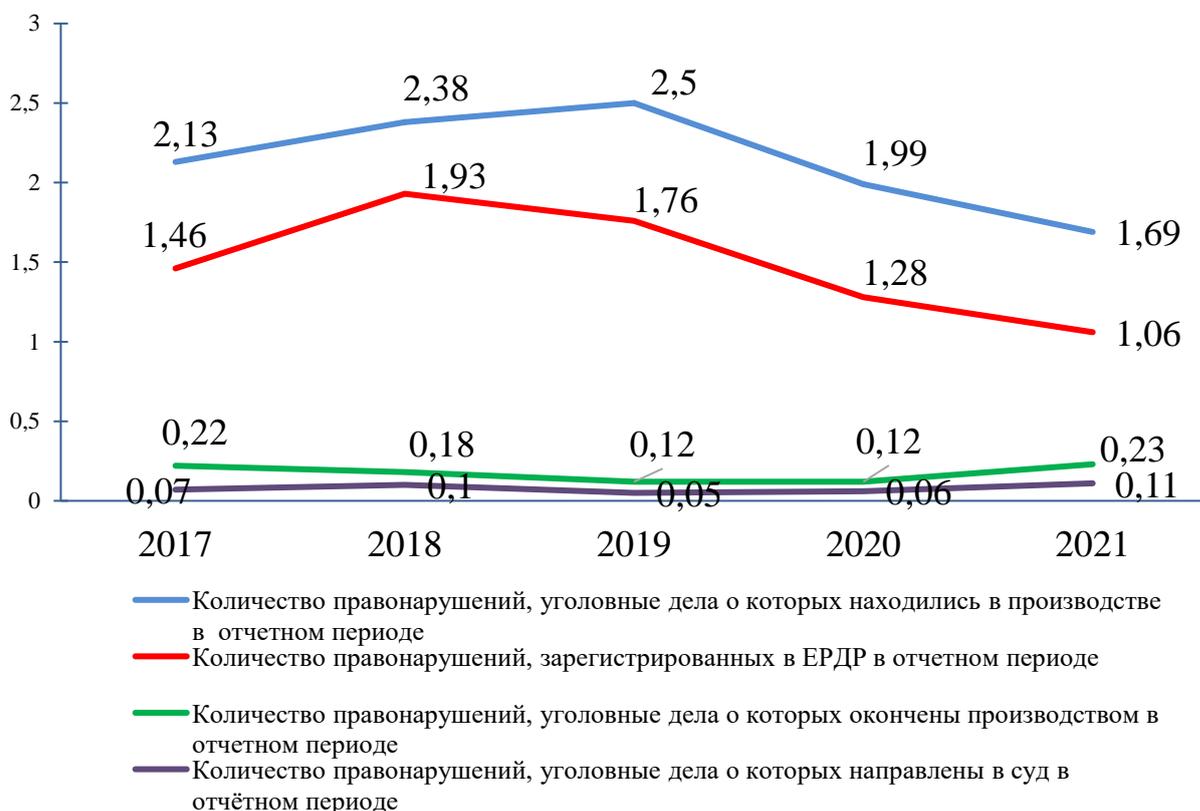


Рисунок 1 – Динамика количества медицинских уголовных правонарушений за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения)

На данном рисунке 2 представлены показатели за период 2010–2021 годы, где наибольшее количество медицинских правонарушений (44,6%) зарегистрировано в городе Атырау, затем следует Акмолинская область (39,3%). Далее, следует Кызылорда (25,6%). Наименьшие показатели зарегистрированы в Туркестанской (11,5%) и Жамбылской областях (11,1%).

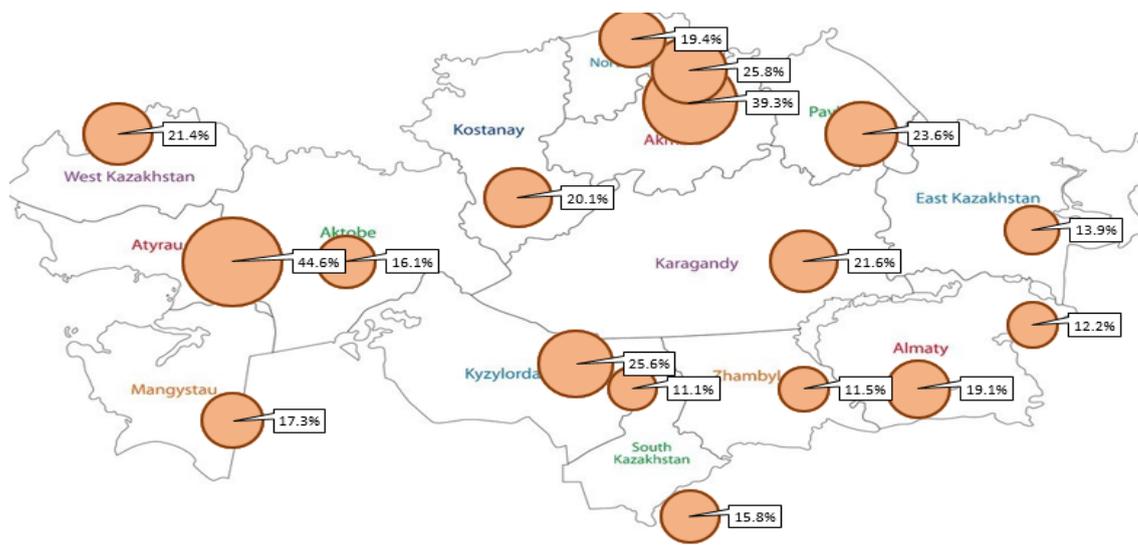


Рисунок 2 – Картограмма общего количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период 2010-2021 гг. (1-й квартал) в разрезе регионов (на 100 тыс. населения)

Нами был проведен анализ распределения количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период с 2010-2021 гг. (1-й квартал) в разрезе регионов. По официальным данным наибольший показатель составил 2,36 на 100 тыс населения в городе Шымкент в 2020 году, затем следует Карагандинская область, где наибольший показатель составил 0,39 на 100 тыс населения в 2015 году. Далее, подавляющее большинство зарегистрированных случаев 0,35 на 100 тыс населения отмечено в городе Алматы в 2014 году. Также за первый квартал 2021 года наибольший показатель составил 0,11 на 100 тыс населения в городе Шымкент. Суммарно, по республике наибольший показатель 2,45 на 100 тыс населения выявлен в 2016 году (таблица 2).

Таблица 2 – Географическое распределение количества зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК за период 2010–2021 гг. (1-й квартал) (на 100 тыс. населения)

Наименование	Годы											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	1 квартал 2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Астана	0,006	0,01	0,05	0,26	0,06	0,36	0,54	0,17	0,22	0,17	1,18	0,04
Акмолинская	0,03	0,03	0,05	0,07	0,16	0,12	0,13	0,08	0,11	0,13	0,69	0,06
Актыубинская	0,03	0,006	0,04	0,10	0,14	0,18	0,06	0,05	0,07	0,04	0,21	0
Алматы	0,006	0,02	0,03	0,27	0,35	0,26	0,27	0,07	0,20	0,20	1,50	0,04
Алматинская	0,04	0,03	0,04	0,05	0,12	0,13	0,17	0,12	0,18	0,24	1,50	0,04
Атырауская	0,01	0,006	0,01	0,09	0,15	0,17	0,04	0,02	0,02	0,14	0,48	0,02
В-Казахстанская	0,06	0,05	0,08	0,24	0,18	0,15	0,09	0,08	0,03	0,04	0,42	0,02
Жамбылская	0,03	0,01	0,04	0,13	0,017	0,7	0,13	0,08	0,06	0,07	0,37	0,01

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
З-Казахстанская	0,02	0,01	0,01	0,12	0,03	0,12	0,06	0,03	0,09	0,11	1,07	0
Карагандинская	0,01	0,03	0,10	0,23	0,23	0,39	0,17	0,10	0,20	0,09	0,59	0,04
Кзылординская	0,04	0,03	0,07	0,20	54	0,16	0,09	0,08	0,07	0,03	0,05	0,00
Костанайская	0	0,01	0,005	0,07	22	0,20	0,15	0,12	0,07	0,05	1,18	0,04
Мангыстауская	0,006	0,006	0,04	0,04	15	0,09	0,09	0,03	0,06	0,06	0,53	0,02
Павлодарская	0	0,01	0,04	0,19	7	0,16	0,21	0,11	0,12	0,03	0,37	0,01
С-Казахстанская	0,006	0,01	0,05	0,04	10	0,09	0,06	0,03	0,13	0,08	0,21	0,005
Шымкент	0	0	0	0	0	0,16	0,06	0,07	0,10	0,14	2,36	0,11
Туркестанская	0,03	0,03	0,05	0,25	0,23	0,19	0,06	0,06	0,07	0,05	0,32	0
По республике	0,35	0,34	0,79	2,43	2,36	3,09	2,45	1,42	1,90	1,76	1,32	0,51

Таблица 3 – Распределение основных видов медицинских уголовных правонарушений за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения)

Глава 12. Медицинские уголовные правонарушения	Годы				
	2017	2018	2019	2020	2021
Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст. 317)	2,05	2,34	2, 51	2,05	1,92
Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации (ст. 318)	0,01	0,01	0,005	0,01	0
Незаконное производство аборта (ст. 319)	0,02	0,03	0,005	0,005	0,01
Неоказание помощи больному (ст. 320)	0,01	0,01	0	0,01	0
Разглашение врачебной тайны (ст. 321)	0	0	0	0,005	0
Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст.322)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02
Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой (ст.323)	0,005	0,005	0,01	0,005	0,005

В 3 таблице представлены официальные данные основных видов медицинских уголовных правонарушений за период с 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения). Подавляющее большинство зарегистрированных медицинских

уголовных правонарушений выявлено по ст. 317 «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником», где показатели варьируются от 2,05 на 100 тыс. населения в 2017 году до 1,92 на 100 тыс. населения в 2021 году, где наибольший показатель составил 2,51 на 100 тыс. населения в 2019 году. По остальным видам медицинских уголовных правонарушений за 5-летний период отмечены относительно стабильные показатели.

В таблице 4 представлены показатели распространенности основного вида медицинского уголовного правонарушения за период с 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения). С 2017 по 2019 год отмечен постепенный рост правонарушений за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими или фармацевтическими работниками, достигнув максимального значения 2,51 в 2019 году, а затем уровень показателя значительно снизился до 1,92 на 100 тыс. населения в 2021 году.

Таблица 4 – Динамика распространенности основного вида медицинского уголовного правонарушения, за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения)

Глава 12. Медицинские уголовные правонарушения		2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст. 317)	Уровень случаев	2,05	2,34	2,51	2,05	1,92
	Темп роста по сравнению с 2017 годом (%)	100	114,1	122,4	100	93,6
	Темп прироста/убыли по сравнению с предыдущим годом (%)		+ 14,1	+18,3	-18,3	-6,3

По официальным зарегистрированным данным наибольший рост медицинских уголовных правонарушений выявлен среди лиц в возрастной группе 21-39 лет, где самый высокий показатель 0,85 на 100 тыс. населения отмечен в 2018 году, затем следует значительное снижение показателя, достигнув уровня 0,5 в 2021 году. Далее, следует возрастная группа 40-59 лет, где показатели были практически стабильными с 2018 по 2021 год. Тенденция роста данного показателя за последний год наблюдалась в возрастных группах 0-20 лет и 60 лет и старше (рисунок 3).

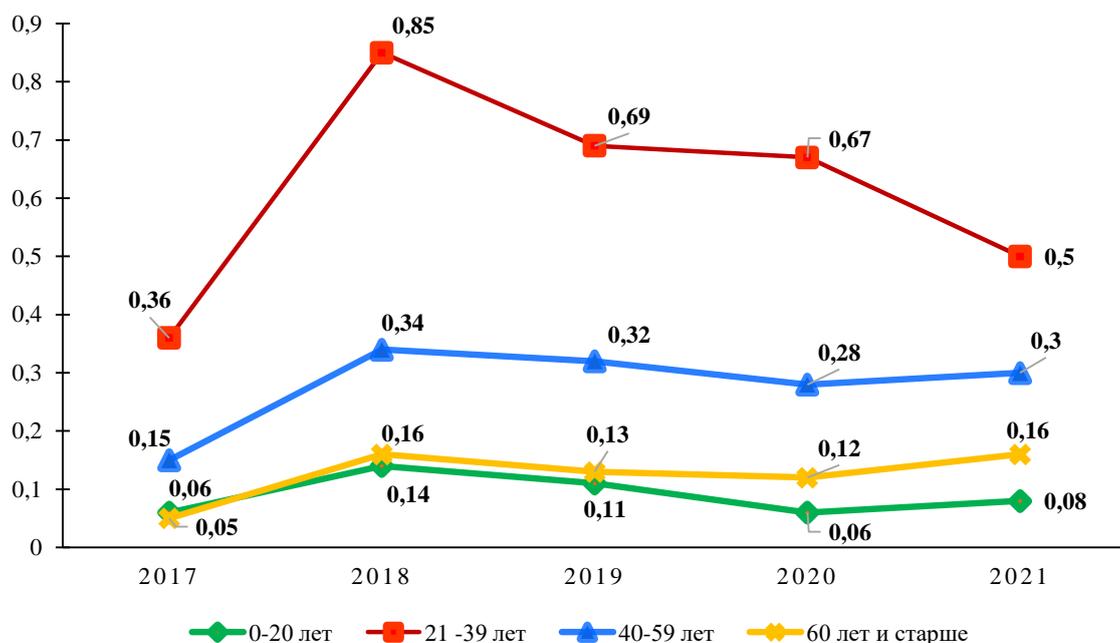


Рисунок 3 – Общие показатели медицинских уголовных правонарушений по возрастным группам за период с 2017-2021 гг. (на 100 000 населения)

На рисунке 4 представлены показатели общей смертности по медицинским уголовным правонарушениям за период с 2017-2021 гг. (на 100 000 населения). В целом коэффициент смертности имел тенденцию к росту, за исключением 2019 года. Самый высокий показатель 0,47 на 100 тыс. населения отмечен в 2021 году ($R^2=0,68$).

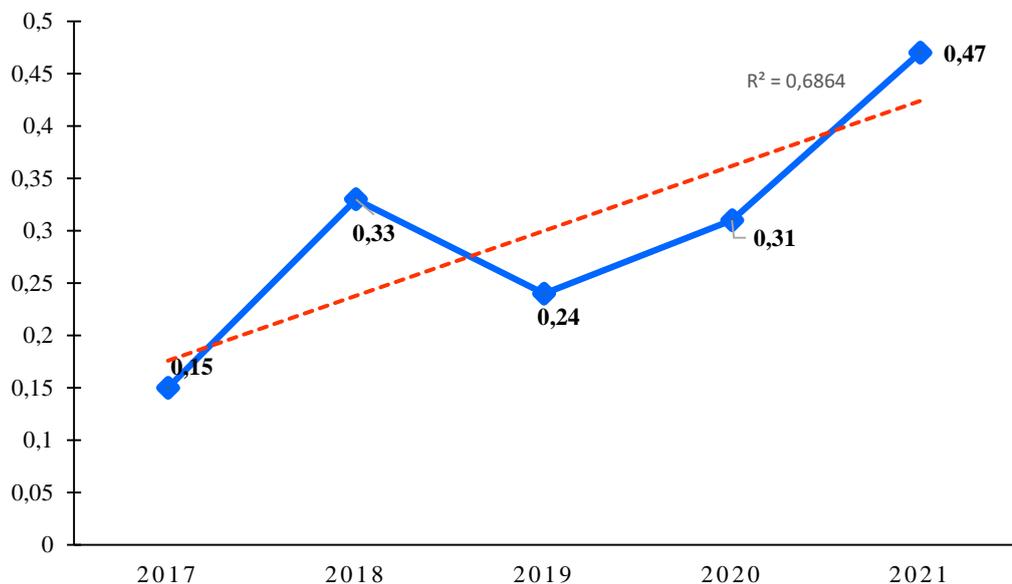


Рисунок 4 – Коэффициент смертности по медицинским уголовным правонарушениям повлекшие смерть потерпевшего за период с 2017–2021 гг (на 100 000 населения)

Таким образом, наблюдался рост показателей смертности по медицинским уголовным правонарушениям повлекшие смерть потерпевшего за период с 2020-2021 гг., в то время как показатели медицинских уголовных правонарушений постепенно снижались, что вероятно имеет связь с успешной реализацией пациент – ориентированного подхода. Также наибольшее количество медицинских правонарушений зарегистрировано в городе Нур-Султан, затем следует Южно-Казахстанская область. Преимущественно правонарушения в медицинской практике были связаны с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей, тем самым свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований, с целью определения основных тенденций медицинских правонарушений.

3.1.1 Анализ показателей о рассмотрении уполномоченными органами дел об административных правонарушениях

В данном исследовании была проанализирована информация из официальных данных в отношении лиц, совершивших административные медицинские правонарушения, а также их динамика количества наложенных административных взысканий за период 2017-2021 гг., количество привлеченных к ответственности лиц в зависимости от вида путем расчета темпа роста и относительного прироста в период 2017-2021 гг.

Таблица 5 – Динамика распространения основных видов медицинских административных правонарушений за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения)

Административные правонарушения		2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
1		2	3	4	5	6
Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи (ст.80)	Уровень случаев	1,18	1,59	0,05	0,02	0,32
	Темп роста по сравнению с 2017 годом (%)	100	134,7	4,23	1,69	27,1
	Темп прироста/убыли по сравнению с предыдущим годом (%)		-98,41	-99,95	-99,98	-99,68
Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности (ст.81)	Уровень случаев	0,62	0,62	0,45	0,23	0,45
	Темп роста по сравнению с 2017 годом (%)	100	100	72,5	37,0	72,5
	Темп прироста/убыли по сравнению с предыдущим годом (%)	0,01	0,03	0,16	0,07	0,03
Нарушение медицинским работником правил реализации лекарственных средств и требований по выписыванию рецептов, установлен	Уровень случаев	0,01	0,03	0,16	0,07	0,03
	Темп роста по сравнению с 2017 годом (%)	100	300	1 600	700	300
	Темп прироста/убыли по сравнению с предыдущим годом (%)		+ 200	+433,3	-56,25	-57,14

Продолжение таблицы 5

	1	2	3	4	5	6
ных законодательством Республики Казахстан (ст.82)						
Незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность (ст.424)	Уровень случаев	1,05	1,39	2,02	1,92	1,27
	Темп роста по сравнению с 2017 годом (%)	100	132,3	192,3	182,8	120,9
	Темп прироста/убыли по сравнению с предыдущим годом (%)		+32,3	+45,3	-4,9	-33,8
Нарушение правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (ст.426)	Уровень случаев	0,97	1,39	1,80	6,74	2,61
	Темп роста по сравнению с 2017 годом (%)	100	143,2	185,5	694,8	269,0
	Темп прироста/убыли по сравнению с предыдущим годом (%)		+ 43,2	+29,4	+274,4	-61,2

В таблице 5 представлена информация касательно административных правонарушений за исследуемый период, где самый высокий показатель 6,74 на 100 тыс. населения отмечен в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в 2020 году. Далее следует, незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность, где показатель составил 2,02 на 100 тыс. населения в 2019 году. Затем наблюдался значительный рост показателя за несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи, где показатель составил 1,59 на 100 тыс. населения в 2018 году. Дополнительно, выраженный темп прироста +433,3% выявлен в 2019 году по сравнению с предыдущим годом в части нарушения медицинским работником правил реализации лекарственных средств и требований по выписыванию рецептов, установленных законодательством Республики Казахстан. Суммарно, большинство видов медицинских административных правонарушений имели тенденцию к снижению количества правонарушений за исследуемый период.

В ходе проведенного исследования нами было выявлено, что преобладающее большинство наложенных административных взысканий было в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники с 2020-2021 гг., позитивным является тот факт, что в 2021 году отмечается почти двукратное снижение данного показателя (2,48%) по сравнению с показателем в 2020 году, который составлял (6,31%). Напротив, наименьшее количество наложенных административных взысканий было

отмечено в отношении нарушения медицинским работником правил реализации лекарственных средств и требований по выписыванию рецептов, установленных законодательством Республики Казахстан за исследуемый период и имело тенденцию к снижению данных показателей в период с 2019-2021 гг. Суммарно, отмечен значительный рост количества наложенных административных взысканий в 2018 году и с 2020-2021 гг. Панель погрешности представляет собой стандартное отклонение (SD) (рисунок 5).

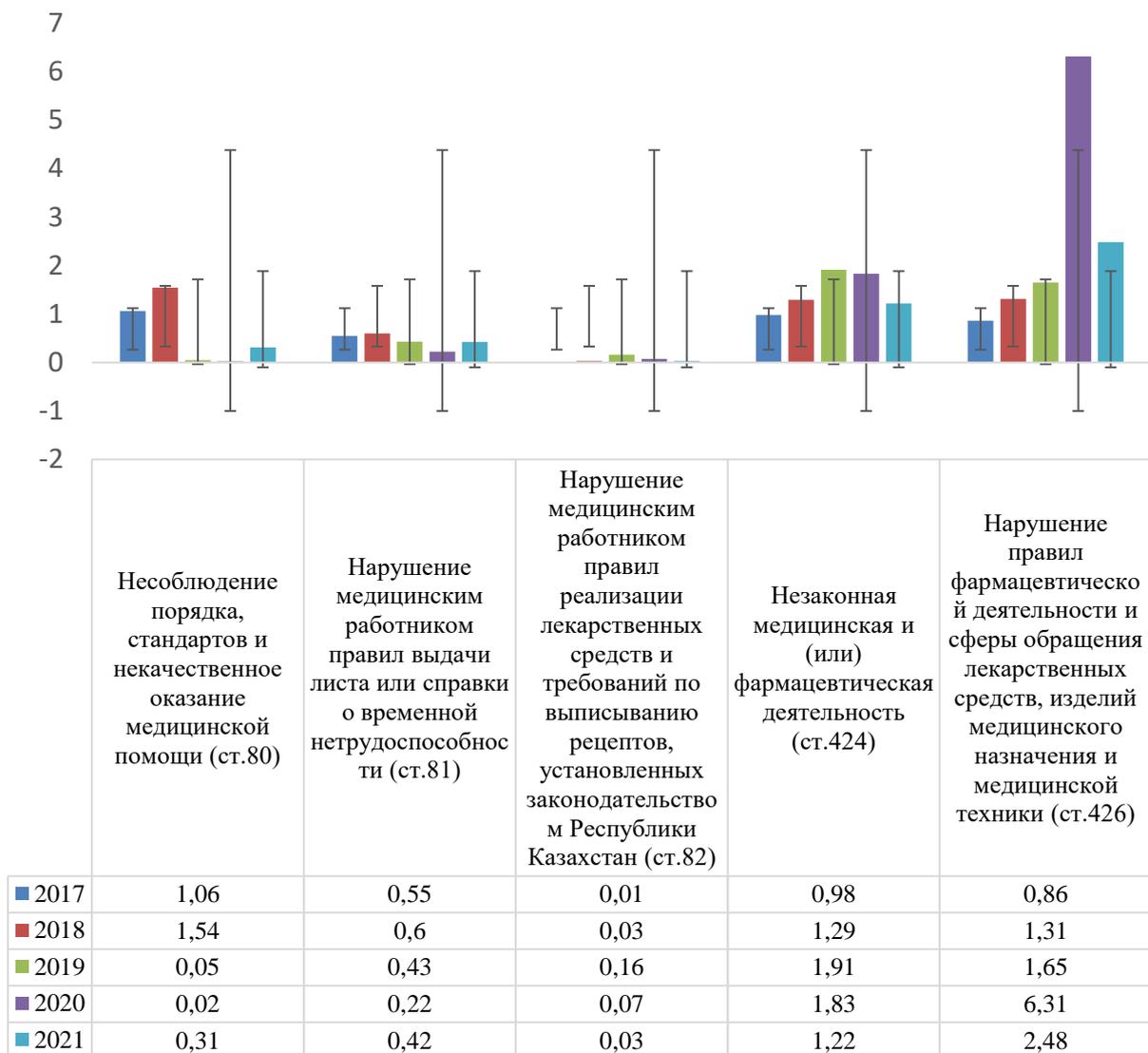


Рисунок 5 – Динамика количества наложенных административных взысканий за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. населения)

В таблице 6 представлены данные в отношении наложенных административных взысканий в зависимости от вида ответственности за период с 2017-2021 гг. Нами было выявлено, что наибольшее количество привлеченных к ответственности лиц было в виде административного штрафа в период с 2019-2020 годы, затем следуют правонарушения за несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи в 2018

году. В отношении нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, к ответственности были привлечены лица в виде приостановления или запрещения деятельности, или отдельных ее видов, а также конфискации за исследуемый период.

Таблица 6 – Динамика количества наложенных административных взысканий в зависимости от вида ответственности за период 2017-2021 гг. (в абсолютных числах)

Административные правонарушения		2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи (ст.80)	Предупреждение	0	0	0	0	0
	Административный штраф	189	287	11	4	62
	Административный арест	0	0	0	0	0
Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности (ст.81)	Предупреждение	0	18	26	12	25
	Административный штраф	98	94	56	31	59
	Административный арест	0	0	0	0	0
Нарушение медицинским работником правил реализации лекарственных средств и требований по выписыванию рецептов, установленных законодательством Республики Казахстан (ст.82)	Предупреждение	0	0	0	0	0
	Административный штраф	2	6	31	14	7
	Административный арест	0	0	0	0	0
Незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность (ст.424)	Предупреждение	0	0	0	0	1
	Административный штраф	175	240	361	352	240
	Приостановление или запрещение деятельности или отдельных ее видов	0	4	0	0	0
Нарушение правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (ст.426)	Предупреждение	0	0	0	0	0
	Административный штраф	151	244	311	1209	487
	Приостановление или запрещение деятельности или отдельных ее видов	9	3	0	5	4
	Конфискация	20	19	0	41	6

На данной таблице 7 представлены данные о размерах штрафа административных взысканий в зависимости от вида ответственности за период 2017-2021 гг. (в тенге). Самые большие размеры штрафа были взысканы в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники и имели тенденцию к росту. Сумма штрафа наложенная составила 35, 319156 тг, сумма штрафа взысканная составила 25, 880 139 тг в 2017 году,

сумма штрафа наложенная составила 51, 578 783 тг, сумма штрафа взысканная составила 43, 693 436 тг в 2018 году, далее сумма штрафа наложенная составила 50, 615 525 тг, сумма штрафа взысканная составила 43, 264 330 тг в 2019 году, затем наибольшие наложенные суммы штрафа были 232, 391 225 тг в 2020 году, 71, 769 868 тг в 2021 году, в свою очередь взысканные суммы штрафа составили 210, 795 585 тг в 2020 году и 67, 686 473 тг в 2021 году. Дополнительно, также в части осуществления незаконной медицинской и (или) фармацевтической деятельности максимальные размеры штрафа зарегистрированы в 2020 году.

Таблица 7 – Динамика суммы штрафа административных взысканий в зависимости от вида ответственности за период 2017-2021 гг. (в тенге)

Административные правонарушения		2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи (ст.80)	Сумма штрафа наложенная	4, 415 634	3, 944 267	334, 263	68,180	1, 473 085
	Сумма штрафа взысканная	4, 177 199	3, 920 193	334, 263	68, 80	1, 312 650
Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности (ст.81)	Сумма штрафа наложенная	1, 359 836	1, 052 198	511, 322	276, 809	504, 639
	Сумма штрафа взысканная	1, 337 576	974, 031	511, 322	283, 754	497, 481
Нарушение медицинским работником правил реализации лекарственных средств и требований по выписыванию рецептов, установленных законодательством Республики Казахстан (ст.82)	Сумма штрафа наложенная	22, 690	68, 535	195, 693	124, 058	51, 048
	Сумма штрафа взысканная	11, 345	68, 535	195, 693	124, 058	51, 046
Незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность (ст.424)	Сумма штрафа наложенная	4 394 051	4, 954 536	8, 073 722	7 506, 329	6, 903 082
	Сумма штрафа взысканная	3 519 226	4, 436 089	7, 486 661	6, 576 745	6, 239 462
Нарушение правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (ст.426)	Сумма штрафа наложенная	35, 319 156	51, 578 783	50, 615 525	232, 391 225	71, 769 868
	Сумма штрафа взысканная	25, 880 139	43, 693 436	43, 264 330	210, 795 585	67, 686 473

Таким образом, самые высокие показатели медицинских административных правонарушений отмечены в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств,

изделий медицинского назначения и медицинской техники в 2020 году. Далее следует, незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность, где самый высокий показатель отмечен в 2019 году. Важно отметить, что наибольшие размеры штрафа аналогично были взысканы в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники и имели тенденцию к росту. Суммарно, отмечен значительный рост количества наложенных административных взысканий в 2018 году и с 2020-2021 гг. Также было выявлено, что наибольшее количество привлеченных к ответственности лиц было в виде административного штрафа за исследуемый период. В большинстве постсоветских странах, в том числе и в Казахстане, отсутствует общий понятийный аппарат в отношении неблагоприятных событий, связанных с медицинской безопасностью, что вероятно не всегда приводит к объективным судебным решениям. Кроме того, на сегодняшний день в Казахстане отсутствует система обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, что вероятно также влияет на осуществление более качественной экспертной деятельности.

Тем самым, следующим шагом нашего диссертационного исследования стало изучение мнения медицинских работников с целью определения барьеров препятствующих успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.

3.2 Определить барьеры, препятствующие успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

3.2.1 Изучение опыта пациентов, связанных с причинением вреда здоровью, а также изучение мнения пациентов относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан

Во всем мире в течение последних десятилетий наблюдается рост количества медицинских инцидентов. На текущий кризис профессиональной ответственности влияют многие факторы, включая недостаточное внимание к повышению безопасности пациентов. Вопросы безопасности пациентов и качества медицинской помощи привлекли внимание политиков в связи с растущим пониманием масштабов и последствий медицинского травматизма в системах здравоохранения. В то время как основное внимание уделяется предотвращению ятрогенных травм, вопрос о компенсации пациенту теперь также считается важным, хотя бы потому, что в деликтных системах, основанных на вине, боязнь судебного разбирательства сама по себе может быть препятствием для раскрытия и открытого обсуждения медицинского инцидента. Системы отсутствия вины, напротив, не требуют доказательства вины и, таким образом, могут как уменьшить барьеры для компенсации, так и увеличить раскрытие ошибки [106]. В настоящее время отсутствуют

исследования, посвященные изучению опыта казахстанских пациентов, связанных с причинением вреда здоровью и подачей жалоб, а также устранении последствий осложнений и мнения казахстанских пациентов относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан. С целью устранения этого пробела, мы провели анкетирование репрезентативной выборки пациентов. Рекрутинг пациентов проводился в городах Алматы, Астана, а за основу была взята анкета, предложенная Bourne с соавторами [104, р. e006687] которая представлена в (Приложении В).

Общая характеристика участников этого этапа исследования представлена в таблице 8. Размер выборки составил 139 человек, большинство из которых были женщинами (102-73,4%). Средний возраст (\pm СО) участников составил 39 лет (\pm 6 лет). По региону проживания группа исследования распределилась следующим образом: 61,2% (85 человек) были жителями городской местности, 38,8% (12 человек) проживали в сельской местности.

Таблица 8 – Общая характеристика группы исследования, n = 139

Характеристика пациентов		Абс.ч.	%
Пол	Мужской	37	26,6
	Женский	102	73,4
Регион проживание	Город	85	61,2
	Село	12	38,8
Возраст	18-25	12	8,6
	26-45	85	61,2
	45 и 60	39	28,1
	61 и выше	3	2.2
Возраст, среднее \pm стандартное отклонение	39 \pm 6 лет		

Согласно трактовке авторов [104, р. e006687] данный опросник можно условно разделить на несколько частей: опыт пациентов, связанный с причинением вреда здоровью и подачей жалоб, а также устранении последствий осложнений по вине медицинского работника, мнения пациентов относительно рисков причинения вреда, а также о введении системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. На основании описанного подхода нами был проведен анализ информированности пациентов, с учетом таких факторов, как пол, регион проживания, возраст.

Таблица 9 – Опыт пациентов, связанный с причинением вреда здоровью и подачей жалоб, а также устранении последствий осложнений, в зависимости от пола

Вопросы		Пол				χ^2	D.f.	P-оценка
		мужской		женский				
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
1		2	3	4	5	6	7	8
Скажите пожалуйста, за последний год были ли у Вас или у Ваших родственников случаи причинения вреда здоровью по вине медицинского работника/медицинского учреждения?	Нет	25	67,6	85	83,3	4,087	1	0,040
	Да	12	32,4	17	16,7			
Скажите пожалуйста, обращались ли Вы или Ваши родственники куда-либо с жалобами, связанные с причинением вреда здоровью?	Нет	27	73,0	90	88,2	4,747	1	0,031
	Да	10	27,0	12	11,8			
Куда Вы обращались с жалобой на причинение вреда здоровью пациента?	к главному врачу	7	38,9	11	61,1	5,504	6	0,481
	УЗ Вашего региона	2	50,0	2	50,0			
	КМФК	0	0,0	1	100,0			
	МЗ РК	2	50,0	2	50,0			
	Суд	0	0,0	1	100,0			
	СМИ	0	0,0	2	100,0			
	Не обращался (-лась)	26	23,9	83	76,1			
Скажите пожалуйста, какие из нижеперечисленных жалоб на оказанные медицинские услуги были у Вас или у Ваших родственников?	Долгое ожидание медицинского работника	11	22,0	39	78,0	1,907	6	0,928
	Неправильное диагностирование заболевания	9	33,3	18	66,7			
	Неправильное назначение лечения	3	27,3	8	72,7			

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Неправильное назначение лекарственных средств	2	33,3	4	66,7			
	Заражение инфекцией во время лечения	1	50,0	1	50,0			
	Осложнения во время операций	4	26,7	11	73,3			
	Никакие	7	25,0	21	75,0			
Скажите пожалуйста, в отношении, каких из нижеперечисленных специалистов имелись жалобы на причинение вреда здоровью у Вас или у Ваших родственников?	Стоматолог	7	35,0	13	65,0	10,620	7	0,156
	Терапевт	8	44,4	10	55,6			
	Педиатр	0	0,0	1	100,0			
	Акушер - гинеколог	2	14,3	12	85,7			
	Хирург	5	50,0	5	50,0			
	Анестезиолог	0	0,0	3	100,0			
	Средний мед персонал	2	28,6	5	71,4			
	Никаких	13	19,7	53	80,3			
Скажите пожалуйста, каким образом ответили на жалобу по поводу причинения вреда здоровью?	Обещали в рассмотрении жалобы	8	29,6	19	70,4	5,595	4	0,232
	Принесли извинения за случившееся событие	10	35,7	18	64,3			
	Наказали виновного медицинского работника выговором, штрафом или увольнением	4	50,0	4	50,0			
	Возместили причиненный вред	0	0,0	1	100,0			
	Без ответа	15	20,0	60	80,0			
Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений?	В МО, где причинили вред Вашему здоровью, к виновному специалисту	10	43,5	13	56,5	5,618	4	0,230
	В МО, где причинили	0	0,0	1	100,0			

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	вред Вашему здоровью, но к другому специалисту							
	В другую государственную МО	2	16,7	10	83,3			
	В другую частную МО	8	32,0	17	68,0			
	Не обращался (-лась)	17	21,8	61	78,2			
Скажите пожалуйста, требовали ли Вы возмещения причиненного вреда здоровью или потраченных денег на восстановление здоровья вследствие вины медицинских работников?	Да, получил (а) возмещение	2	66,7	1	33,3	12,179	4	0,016
	Да, но не получил (а)	6	35,3	11	64,7			
	Нет, так как тяжело добиться возмещения	10	50,0	10	50,0			
	Нет, не думал (а) об этом	5	14,3	30	85,7			
	Я не сталкивалась (-ся)	14	21,9	50	78,1			

В таблице 9 представлены данные об опыте пациентов, связанные с причинением вреда здоровью и жалобами, а также устранении последствий осложнений, в разрезе полов. Как следует из таблицы, отмечались значимые различия между представителями обоих полов, в отношении 3-х заданных вопросов, а именно: Скажите пожалуйста, за последний год были ли у Вас или у Ваших родственников случаи причинения вреда здоровью по вине медицинского работника/медицинского учреждения? По данному вопросу большинство респондентов женского пола (83,3%) ответили отрицательно, напротив положительно ответили (32,4%) респондентов мужского пола. На второй вопрос: Скажите пожалуйста, обращались ли Вы или Ваши родственники куда-либо с жалобами, связанные с причинением вреда здоровью? Преимущественное кол-во респондентов как среди лиц женского пола (88,2), так и среди лиц мужского пола (73,0) ответили отрицательно. Касательно третьего вопроса: Скажите пожалуйста, требовали ли Вы возмещения причиненного вреда здоровью или потраченных денег на восстановление здоровья вследствие вины медицинских работников? Важно отметить, что более половины респондентов среди лиц женского пола (64,7%) ответили, что требовали, но не получили возмещения денежных средств, также половина (50%) респондентов как среди лиц женского и мужского полов,

ответили, что не требовали, так как считают, что тяжело добиться возмещения денежных средств.

Однако был выявлен целый ряд особенностей, а именно большинство респондентов среди лиц женского пола (78,0%) отметили долгое ожидание медицинского работника, как одну из основных жалоб с которыми столкнулись они либо их родственники, далее следует жалоба в отношении осложнений во время операций (73,3%). На вопрос: Скажите пожалуйста, каким образом ответили на жалобу по поводу причинения вреда здоровью? Большинство респондентов также среди лиц женского пола (80,0%) отметили что их жалобы остались без ответа, далее (70,4%) женщин отметили, что им обещали рассмотреть поданную жалобу. На следующий вопрос: Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений, вызванных по вине медицинского работника/ медицинской организации? Преимущественное количество женщин отметили что в другую государственную медицинскую организацию (83,3%).

В таблице 10 представлены результаты касательно мнения пациентов относительно рисков причинения вреда и осложнений по вине медицинского работника, а также о введении системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК в зависимости от пола. Отмечались статистически значимые различия ($p=0,009$) только в отношении мнения о том, какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента: доля мужчин, считавших что суд должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента была выше (37,8%), чем доля женщин (17,6%), далее доля мужчин, считавших что независимая экспертная комиссия должна определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента составила более половины (54,1%) и практически аналогичная доля женщин (54,9%), касательно утверждения что медицинское утверждение должно определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента, где доля мужчин была ниже (8,1%), чем доля женщин (27,5%).

В целом, не было выявлено статистически значимых различий во мнениях как мужчин, так и женщин о том какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента. Тем не менее, важно отметить следующее: около половины пациентов считали, что проблема возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника является актуальной. Также, подавляющее большинство пациентов среди женщин считали, что возможно могут пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника. Вызывает интерес тот факт, что большинство мужчин (70,3%), и более половины женщин (60,8%) отметили положительное отношение касательно введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Пожалуй, лучшим объяснением этому факту является необходимость повысить уровень правовой и социальной защиты, как пациентов, так и лиц, оказывающих медицинские услуги [97, p. 212-216].

Таблица 10 – Мнения пациентов относительно рисков причинения вреда и осложнений по вине медицинского работника, а также о введении системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК в зависимости от пола

Вопросы		Пол				χ^2	D.f.	р-оценка
		мужской		женский				
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
1		2	3	4	5	6	7	8
Как Вы считаете, насколько актуальна проблема возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника?	Очень актуальна	11	29,7	37	36,3	5,227	3	0,156
	Актуальна	18	48,6	52	51,0			
	Не очень актуальна	5	13,5	12	11,8			
	Не актуальна	3	8,1	1	1,0			
Считаете ли Вы, что можете пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника?	Обязательно	10	27,0	13	12,7	5,063	3	0,167
	Возможно	20	54,0	73	71,6			
	Маловероятно	5	13,5	13	12,7			
	Ни в коем случае	2	5,4	3	2,9			
Как Вы считаете, какой из нижеперечисленных специалистов имеет наиболее высокий риск причинения вреда Вашему здоровью?	Стоматолог	9	24,3	24	23,5	6,126	6	0,409
	Терапевт	4	10,8	12	11,8			
	Педиатр	1	2,7	2	2,0			
	Акушер - гинеколог	0	0,0	14	13,7			
	Хирург	16	43,2	35	34,3			
	Анестезиолог	5	13,5	10	9,8			
	Средний мед персонал	2	5,4	5	4,9			
Скажите пожалуйста, как Вы относитесь на введение в РК системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, что позволит облегчить процедуру возмещения вреда, нанесенного Вашему здоровью медицинским работником?	Положительно	20	70,3	62	60,8	1,339	3	0,720
	Отрицательно	2	5,4	6	5,9			
	Нейтрально	9	24,3	34	33,3			
Как Вы считаете, кто должен выступить в роли страховщика при введении страхования	Фонд гарантирования ответственности и работников	12	32,4	29	28,4	0,071	3	7,018

Продолжение таблицы 10

1		2	3	4	5	6	7	8
профессиональной ответственности медицинских работников?	здравоохранения							
	Частные страховые компании	9	24,3	13	12,7			
	Профессиональная ассоциация медицинских работников	10	27,0	21	20,6			
	Смешанная форма	6	16,2	39	38,2			
Какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента?	Суд	14	37,8	18	17,6	9,366	2	0,009
	Независимая экспертная комиссия	20	54,1	56	54,9			
	Медицинское учреждение	3	8,1	28	27,5			

Таблица 11 – Опыт пациентов, связанный с оплатой денежных средств с целью устранения последствий осложнений вследствие причиненного вреда здоровью

Вопросы	Размер потраченных и возмещенных денег на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда		χ^2	D.f.	P-оценка	
	абс.ч.	%				
Скажите пожалуйста, сколько Вам пришлось потратить денег на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда?	До 5 тыс. тенге	2	28,6	41,987	4	0,000
	От 5 тыс. до 10 тыс. тенге	5	71,4			
	От 10 тыс. до 15 тыс. тенге	7	63,6			
	От 15 тыс. до 20 тыс. тенге	4	80,0			
	От 20 тыс. и выше	22	68,7			
Скажите пожалуйста, в каком объеме Вам возместили потраченные деньги на восстановление здоровья?	До 10 тыс. тенге	11	64,7	58,820	5	0,000
	От 10 тыс. до 30 тыс. тенге	5	83,3			
	От 30 тыс. до 100 тыс. тенге	6	66,7			
	От 100 тыс. тенге и выше	18	85,7			

В таблице 11 представлена информация касательно размера потраченных и возмещенных денег на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда в зависимости от факта оплаты денег, где были выявлены статистически

значимые различия ($p=0,000$), которые касались 2-х вопросов. На вопрос о том, сколько Вам пришлось потратить денег на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда? Наибольшее количество респондентов (80%) ответили, что, от 15 тыс. до 20 тыс. тенге, далее следует респонденты (68,7%) которые потратили от 20 тыс. тенге и выше на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда медицинским работником либо медицинской организацией.

Таким образом, на данном этапе диссертационного исследования нами были изучены опыт и мнения пациентов, как наиболее важных факторов, влияющих на устранение барьеров и проблем на административном уровне, препятствующих успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Так, ограниченная выплата по требованию о компенсации, бесплатное лечение в медицинской организации; относительная сложность оснований для претензии и ограниченные судебные разбирательства по поводу медицинских инцидентов, являются результатом несамостоятельной от финансовых и юридических барьеров системы здравоохранения, где изменение правовой доктрины само по себе недостаточно для полного устранения избирательного и низкого уровня предъявления претензий связанного с пациентом [103]. Нами было установлено, что пол оказывал более значимое влияние на опыт и мнения пациентов в отношении определения барьеров, препятствующих успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, чем возраст и регион проживания.

В целом, более половины респондентов среди лиц женского пола ответили, что требовали, но не получили возмещения денежных средств, также половина респондентов как среди лиц женского и мужского полов, ответили, что не требовали, так как считают, что тяжело добиться возмещения денежных средств. Одними из основных жалоб с которыми столкнулись пациенты либо их родственники являются долгое ожидание медицинского работника и осложнения во время операций. Также большинство респондентов среди лиц женского пола, отметили что их жалобы остались без ответа либо руководство медицинской организации обещали рассмотреть поданную жалобу. Для устранения последствий осложнений, вызванных по вине медицинского работника преимущественное количество женщин, обращались в другую государственную медицинскую организацию.

Усилия, направленные на определение и устранение барьеров, могут способствовать улучшению реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан через тесное взаимодействие между пациентом и врачом с целью формирования доверия со стороны пациента, что отразится на удовлетворенности лечением. Фактически, эти результаты являются первым шагом к получению исходного представления о том, какие модели опыта и мнений пациентов, как наиболее важных факторов, влияющих на устранение барьеров и проблем с целью успешной реализации внедрения системы

страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Наши результаты можно использовать для сравнения с аналогичными данными из других странах СНГ, а также с будущими исследованиями, посвященными оценке качества системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Что касается использования полученных данных в клинической практике, то изучения опыта и мнений пациентов поможет врачам, организаторам здравоохранения понять, каким опытом исхода лечения обладают их пациенты и каковы их убеждения по поводу реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, что благодаря проведению работы на административном уровне позволит повысить удовлетворенность лечением.

Следующим шагом нашего диссертационного исследования стало изучение мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.

3.2.2 Изучение мнения медицинских работников касательно жалоб и о изменениях, связанных с улучшением процесса рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения в Республике Казахстан

Во всем мире в течение последних десятилетий наблюдается рост количества медицинских инцидентов. Новые виды лечения, технологии и модели оказания помощи могут быть перспективными с точки зрения своих терапевтических возможностей, но они же могут становиться источниками новых угроз безопасному оказанию помощи. На выбор медицинским работником метода лечения влияют многие факторы, решение затруднено в первую очередь отсутствием системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Недостаточно изучены ключевые факторы, влияющие на безопасность пациентов. Отсутствуют методики измерения показателей и мониторинга уровня безопасности пациентов и медицинских работников, что часто делает судебные решения необъективными [10, р. 26-54]. Ряд медицинских работников дезинформированы о правовых последствиях, что влияет на процесс принятия ими решений [47, р. 1-41]. Таким образом, важен опыт и мнения медицинских работников, как наиболее значимых факторов, влияющих на устранение барьеров и проблем на административном уровне, препятствующих успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. С целью устранения этого пробела, мы провели анкетирование репрезентативной выборки медицинских работников. Рекрутинг медицинских работников проводился на уровне РК, а за основу были взяты опросники, предложенные Bourne с соавторами (Bourne et al. 2015) и GAD-7 (Spitzer et al. 2006), которые представлены в (Приложении В).

Общая характеристика участников этого этапа исследования представлена в таблице 12. Размер выборки составил 173 человека, большинство из которых были женщинами 108 (62,4%). Средний возраст (\pm CO)

участников исследования составил 38 лет (± 11 лет). Большинство респондентов 149 (86,1%) проживали в городской местности, а на долю жителей города Астана приходилось 26,0%, Жамбылскую область 12,1%, ВКО 11,6% соответственно. По сфере трудовой деятельности группа исследования распределилась следующим образом: врачи 132 (76,3%) и 41 (23,7%) был средний медицинский персонал, соответственно. Процентное соотношение лиц, работающих в медицинских организациях составило 15,0% (26 областная больница), 27,7 % (48 городская больница), 11,0% (19 районная больница), 26,0 (45 городская поликлиника), 6,4% (11 районная больница), 4,6 (8 диспансер), 3,5% (6 НИИ) и 5,8% (10 научный центр), соответственно. По данным Бюро национальной статистики агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, в IV квартале 2022 года среднее значение месячной заработной платы по Республике Казахстан выросло к соответствующему кварталу 2021 года на 22,9% и составило 338 715 тенге [104, р. e006687]. В нашем исследовании медианная заработная плата составила 250 тыс. тенге, максимальный доход среди участников исследования составил 700 тыс. тенге, а минимальный доход 50 тыс. тенге. Средний стаж трудовой деятельности ($\pm CO$) участников исследования составил 15 лет (± 12 лет) (таблица 12).

Таблица 12 – Общая характеристика группы исследования, n = 173

Характеристика пациентов		Абс.ч.	%
1		2	3
Пол	женский	108	62,4
	мужской	65	37,6
Регион проживания	село	24	13,9
	город	149	86,1
Область (город республиканского значения)	Акмолинская область	12	6,9
	Актюбинская область	6	3,5
	Алматинская область	7	4,0
	Алматы	4	2,3
	Астана	45	26,0
	Шымкент	12	6,9
	Атырауская область	6	3,5
	ВКО	20	11,6
	Жамбылская область	21	12,1
	ЗКО	7	4,0
	Карагандинская область	6	3,5
	КЗО	4	2,3
	Костанайская область	7	4,0
	Мангистауская область	4	2,3
	Павлодарская область	4	2,3
	СКО	4	2,3
	Туркестанская область	4	2,3
Возраст, среднее \pm стандартное отклонение	38 \pm 11 лет		
Сфера трудовой деятельности	Врач	132	76,3

Продолжение таблицы 12

1	2	3	4
	Средний медицинский персонал	41	23,7
Тип медицинской организаций	Областная больница	26	15,0
	Городская больница	48	27,7
	Районная больница	19	11,0
	Городская поликлиника	45	26,0
	Районная поликлиника	11	6,4
	Диспансер	8	4,6
	Научно-исследовательский институт	6	3,5
	Научный центр	10	5,8
Стаж трудовой деятельности, среднее±стандартное отклонение	15±12 лет		
Доход, Ме	250 000 тенге		

По данным авторов [104, р. е006687] данный опросник можно условно разделить на несколько частей: опыт пациентов, связанный с причинением вреда здоровью и подачей жалоб, а также устранении последствий осложнений по вине медицинского работника, мнения пациентов относительно рисков причинения вреда, а также о введении системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. На основании описанного подхода нами был проведен анализ информированности пациентов, с учетом таких факторов, как пол, регион проживания, возраст, тип медицинской организации, стаж трудовой деятельности, доход.

В таблице 13 представлены мнения медицинских работников касательно жалоб, в разрезе рода деятельности. Как следует из таблицы, не отмечалось значимых различий между врачами и средним медицинским персоналом относительно жалоб и их поддержки со стороны руководства, коллег, профессиональных медицинских организаций и т.д. Тем не менее, большинство врачей (n = 52) 78,8 % не согласны со следующим утверждением «Если бы на меня была подана жалоба, я уверен (-а), что мое руководство поддержит меня», при этом преимущественное большинство участников исследования среди врачей - 71, 0% (n = 44) и среднего медперсонала - 29,0% (n = 18) отмечают, что в случае возникшей жалобы они уверены, что коллеги их поддержат. Напротив, 81,4% (n=70) врачей и среднего медперсонала - 18,6% (n = 16) не согласны с предположением о том, что если бы на них была подана жалоба то, они были бы уверены, что профессиональная медицинская организация их поддержит. Также 83,6% (n=61) врачей и 16,4% (n =12) среднего медицинского персонала считают, что процесс рассмотрения жалоб несправедливый и ведется в не в соответствии с законом, кроме того 77,3% (n =51) врачей и 22,7% (n =15) согласны с тем, что процесс рассмотрения жалоб носит чрезмерно карательный характер.

Таблица 13 – Мнения медицинских работников касательно жалоб, в зависимости от рода деятельности

Вопросы		Род деятельности				χ^2	D.f.	p- оценка
		врач		средний мед персонал				
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
1		2	3	4	5	6	7	8
Если бы на меня была подана жалоба, я уверен (-а), что мое руководство поддержит меня?	Полностью согласен	47	81,0	11	19,0	0,216	1	0,154
	Согласен	27	65,9	14	34,1			
	Скорее согласен, чем не согласен	3	100	0	0,0			
	Не согласен	52	78,8	14	21,2			
	Полностью не согласен	2	100	0	0,0			
	Не подходит в моем случае	1	33,3	2	66,7			
Если бы на меня была подана жалоба, я уверен (-а), что мои коллеги поддержат меня.	Полностью согласен	43	76,8	13	23,2	0,122	1	0,766
	Согласен	44	71,0	18	29,0			
	Скорее согласен, чем не согласен	3	75,0	1	25,0			
	Не согласен	39	81,3	9	18,8			
	Полностью не согласен	1	100	0	0,0			
	Не подходит в моем случае	2	100	0	0,0			
Если бы на меня была подана жалоба, я уверен (-а), что моя профессиональная медицинская организация поддерживает меня.	Полностью согласен	25	65,8	13	34,2	0,177	1	0,367
	Согласен	32	72,7	12	27,3			
	Скорее согласен, чем не согласен	3	100	0	0,0			
	Не согласен	70	81,4	16	18,6			
	Полностью не согласен	1	100	0	0,0			
	Не подходит в моем случае	1	100	0	0,0			
Я считаю, что процесс рассмотрения жалоб справедливый и ведется в соответствии с законом	Полностью согласен	26	76,5	8	23,5	0,166	1	0,445
	Согласен	35	67,3	17	32,7			
	Скорее согласен, чем не согласен	3	75,0	1	25,0			
	Не согласен	61	83,6	12	16,4			
	Полностью не согласен	3	75,0	1	25,0			
	Не подходит в моем случае	4	66,7	2	3,33			
Я считаю, что процесс	Полностью согласен	29	74,4	10	25,6	0,217	1	0,149

Продолжение таблицы 13

	1	2	3	4	5	6	7	8
рассмотрения жалоб носит чрезмерно карательный характер	Согласен	51	77,3	15	22,7			
	Скорее согласен, чем не согласен	3	100	0	0,0			
	Не согласен	47	77,0	14	23,0			
	Полностью не согласен	0	0,0	2	100			
	Не подходит в моем случае	2	100	0	0,0			

В таблице 14 представлены мнения медицинских работников в отношении изменений, связанных с улучшением процесса рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения, в зависимости от рода деятельности. Всем группам было предложено оценить различные предложения по улучшению процесса рассмотрения жалоб по 8 пунктам из 5 вариантов ответа. Отмечались статистически значимые различия ($p = 0,030$) только в отношении мнения о том, что в случае, если медицинский работник оправдан, но во время следственного процесса понес финансовые убытки, будет возможность подать иск о возмещении утраченного заработка или затрат на юридические услуги: доля врачей, полностью согласных с этим утверждением была выше 49,5% ($n=65$), чем доля среднего медицинского персонала 29,3% ($n = 12$). Обеспокоенность по поводу отсутствия возмещения ущерба, связанного с жалобами, уже высказывалась ранее в работе Marcovitch Н [107]. Это подчеркивает присущую системе напряженность, из-за которой медицинский работник может восприниматься коллегой как надоедливый истец.

Таблица 14 – Мнения медицинских работников в отношении изменений, связанных с улучшением процесса рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения, в зависимости от рода деятельности

Вопросы	Род деятельности				χ^2	D.f.	р-оценка	
	врач		средний мед персонал					
	абс.ч.	%	абс.ч.	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	
Получить четкий письменный протокол для любого вида медицинской деятельности	Полностью согласен	69	52,3	19	46,3,0	4,347	1	0,501
	Согласен	41	31,1	18	43,9			
	Скорее согласен, чем не согласен	1	0,8	0	0,0			
	Не согласен	19	14,4	3	7,3			
	Полностью не согласен	1	0,8	0	0,0			
	Не подходит в моем случае	1	0,8	1	2,4			

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Строгое соблюдение установленных сроков рассмотрения и расследования жалоб	Полностью согласен	49	37,1	17	41,5	3,887	1	0,471
	Согласен	50	37,9	13	31,7			
	Скорее согласен, чем не согласен	0	0,0	1	2,4			
	Не согласен	31	23,5	9	22,0			
	Полностью не согласен	2	1,5	10	2,4			
	Не подходит в моем случае	0	0,0	0	0,0			
Информировать коллег о жалобах и процессе их расследования, чтобы обеспечить чёткую внутреннюю коммуникацию	Полностью согласен	51	38,6	14	34,1	1,575	1	0,904
	Согласен	44	33,3	14	34,1			
	Скорее согласен, чем не согласен	21	15,9	8	19,5			
	Не согласен	11	8,3	4	9,8			
	Полностью не согласен	2	1,5	1	2,4			
	Не подходит в моем случае	3	2,3	0	0,0			
Установить ограничение на период времени, когда разрешено подавать несколько жалоб, касающихся одного и того же медицинского инцидента или одного и того же человека или группы лиц.	Полностью согласен	42	31,8	13	31,7	4,137	1	0,388
	Согласен	51	38,6	19	46,3			
	Скорее согласен, чем не согласен	23	17,4	3	7,3			
	Не согласен	14	10,6	4	9,8			
	Полностью не согласен	2	1,5	2	4,9			
В случае, если медицинский работник оправдан, но во время следственного процесса понес финансовые убытки, тогда у него будет возможность подать иск о возмещении утраченного заработка или затрат на юридические услуги	Полностью согласен	65	49,5	12	29,3	10,697	1	0,030
	Согласен	48	36,4	20	48,8			
	Скорее согласен, чем не согласен	2	1,5	1	2,4			
	Не согласен	17	12,9	6	14,6			
	Полностью не согласен	0	0,0	2	4,9			

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Обеспечить полную прозрачность любых коммуникаций руководства по предмету жалобы, предоставив доступ к ней представителям медицинского работника	Полностью согласен	60	45,5	13	31,7	3,107	1	0,212
	Согласен	51	38,6	22	53,7			
	Скорее согласен, чем не согласен	0	0,0	0	0,0			
	Не согласен	21	15,9	6	14,6			
	Полностью не согласен	0	0,0	0	0,0			
Обеспечить обучение медицинских работников по вопросам медицинской этики и права	Полностью согласен	65	49,2	14	34,1	3,968	1	0,265
	Согласен	49	37,1	22	53,7			
	Скорее согласен, чем не согласен	0	0,0	0	0,0			
	Не согласен	17	12,9	5	12,2			
	Полностью не согласен	1	0,8	0	0,0			
Создание института медицинских экспертов с юридическими компетенциями, а также внедрить в судебных и правоохранительных органах специализацию по отрасли медицинского права	Полностью согласен	59	44,7	12	29,3	9,074	1	0,106
	Согласен	48	36,4	17	41,5			
	Скорее согласен, чем не согласен	1	0,8	2	4,9			
	Не согласен	21	15,9	7	17,1			
	Полностью не согласен	1	0,8	0	0,0			

Таким образом, в 2022 году среднее значение месячной заработной платы по Республике Казахстан выросло к соответствующему кварталу 2021 года на 22,9% и составило 338 715 тенге. В нашем исследовании медианная заработная плата медицинских работников составила всего 250 000 тенге. Большинство врачей 78,8% (n=52) не согласны со следующим утверждением «Если бы на меня была подана жалоба, я уверен (-а), что мое руководство поддержит меня». Напротив, 81,4% (n=70) врачей и 18,6% (n=16) среднего медперсонала не согласны с предположением о том, что если бы на них была подана жалоба то, они были бы уверены, что профессиональная медицинская организация их поддержит. Также 83,6% (n=61) врачей и 16,4% (n=12) среднего медицинского персонала считают, что процесс рассмотрения жалоб несправедливый и ведется в не в соответствии с законом, кроме того доля врачей 77,3% (n=51) и доля среднего медицинского персонала 22,7% (n=15) согласны с тем, что процесс рассмотрения жалоб носит чрезмерно карательный характер. Большинство медицинских работников были согласны с утверждениями об изменениях,

связанных с улучшением процесса рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения. На вопросы, как можно улучшить процесс рассмотрения жалоб, медицинские работники ответили, что для них важно, чтобы этот процесс был прозрачным, а сотрудники, ответственные за расследование жалоб, должны быть компетентными. Все вышеперечисленное обуславливает необходимость поиска новых организационных подходов, направленных на решение этой важной проблемы общественного здравоохранения.

Следующим шагом нашего диссертационного исследования стало изучение влияния жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников, а также оценка связи процесса рассмотрения жалоб с защитной медицинской практикой.

3.2.3 Изучение влияние жалоб на качество жизни, психологическое благополучие и здоровье медицинских работников

Для многих медицинских работников перспектива столкнуться с жалобой или профессиональным спором вызывает значительный стресс. Это может проявляться в том, как они ведут себя в клинической практике и/или в личной жизни, и могут приводить к физическим и психологическим симптомам. Ясно, что жалобы и расследования, когда что-то идет не так, являются частью системы сдержек и противовесов, которая должна обеспечивать надлежащий надзор за работой медицинского работника, общая цель которого состоит в том, чтобы защитить пациентов и поддерживать соответствующие клинические стандарты. Однако регулятивное бремя и стресс, связанные с процессом рассмотрения жалоб, могут не привести к желаемым результатам. В предыдущем исследовании хирургов, опрошенных в США, судебное разбирательство по поводу злоупотребления служебным положением было в значительной степени связано с выгоранием, депрессией и суицидальными мыслями [108]. Имеются также данные, свидетельствующие о том, что медицинские ошибки связаны с депрессией и потерей эмпатии у медицинского работника [109]. Участников группы с текущими жалобами и группы без жалоб спросили об их текущем настроении и здоровье. Все участники дали согласие на участие в исследовании до заполнения анкеты. Исследование было самофинансируемым, и никакого внешнего финансирования не изыскивалось.

В таблице 15 представлена информация, касательно оценки качества жизни и психологического благополучия и здоровья, как важного показателя ежедневной трудоспособности и продуктивности, в том числе фактора, влияющего на лечение и ведение пациентов, в зависимости от наличия или отсутствия жалоб. Нами были выявлены статистически значимые различия ($p=0,059$), где половина 50% ($n=40$) участников исследования иногда испытывают плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности, которые, когда –либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников. В отношении периодического наличия трудностей с засыпанием, поверхностного сна или наоборот, чрезмерной сонливости, аналогично почти около половины 41,3%

(n=33) медицинских работников, когда-либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников (p=0,058). Также, отмечалась тенденция к значимости (p=0,066) в отношении плохого аппетита или переедания, где треть участников исследования 33,8% (n=27) когда-либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников.

Таблица 15 – Оценка качества жизни, психологического благополучия и здоровья медицинских работников, в зависимости от опыта жалоб

Переменные		Подвергались ли Вы когда-нибудь неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов либо их родственников?				χ^2	D.f.	р-оценка
		да		нет				
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
1		2	3	4	5	6	7	8
Снижение интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел	совсем нет	32	40,0	39	41,9	5,081	1	0,166
	иногда	30	37,5	44	47,3			
	большую часть времени	13	16,3	6	6,5			
	почти каждый день	5	6,3	4	4,3			
Плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности	совсем нет	27	33,8	28	30,1	1,916	1	0,059
	иногда	40	50,0	48	51,6			
	большую часть времени	8	10,0	14	15,1			
	почти каждый день	5	6,3	3	3,2			
Трудности засыпанием, поверхностный сон или наоборот, чрезмерная сонливость	совсем нет	23	28,7	21	22,6	2,326	1	0,058
	иногда	33	41,3	49	52,7			
	большую часть времени	17	21,3	17	18,3			
	почти каждый день	7	8,8	6	6,5			
Ощущение усталости или пониженной энергии	совсем нет	17	21,3	18	19,4	1,324	1	0,723
	иногда	36	19,4	49	52,7			
	большую часть времени	18	22,5	19	20,4			
	почти каждый день	9	11,3	7	7,5			
Плохой аппетит или переедание	совсем нет	34	42,5	24	25,8	7,191	1	0,066
	иногда	27	33,8	49	52,7			
	большую часть времени	14	17,5	15	16,1			
	почти каждый день	5	6,3	5	5,4			

Продолжение таблицы 15

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Негативные представления о себе: например, что у Вас ничего не получается в жизни, или Вы подвели кого-то	совсем нет	34	42,5	37	39,8	0,486	1	0,922
	иногда	31	38,8	35	37,6			
	большую часть времени	10	12,5	15	16,1			
	почти каждый день	5	6,3	6	6,5			
Трудности с концентрацией внимания, например, при чтении или просмотре телепередач, или на работе	совсем нет	28	35,0	33	35,5	0,738	1	0,864
	иногда	37	46,3	46	49,5			
	большую часть времени	12	15,0	10	10,8			
	почти каждый день	3	3,8	4	4,3			
Замедленность движений и речи, которую замечают окружающие. Наоборот, чрезмерная и не свойственная Вам суетливость и активность	совсем нет	44	55,0	44	47,3	0,167	1	0,185
	иногда	20	25,0	32	34,4			
	большую часть времени	10	12,5	15	16,1			
	почти каждый день	6	7,5	2	2,2			
Мысли о том, что было бы лучше, если бы Вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое	совсем нет	59	73,8	73	78,5	1,775	1	0,620
	иногда	19	23,8	16	17,2			
	большую часть времени	1	1,3	3	3,2			
	почти каждый день	1	1,3	1	1,1			

Нами были выявлены статистически значимые различия ($p=0,036$), в отношении снижения интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел, где больше половины участников исследования 52, 6% ($n=10$), отметили что большую часть времени им либо их коллегам/медицинской организации приходилось возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Далее медицинские работники отметили, замедленность движений и речи, которую замечают окружающие. Либо наоборот, чрезмерная и не свойственная им суетливость и активность ($p=0,059$), где аналогично 52,0% ($n=13$) участников исследования отметили что большую часть времени им либо их коллегам/медицинской организации приходилось возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Кроме того, 51,4% ($n = 18$) медицинских работников по большей части времени имели мысли о том, что было бы лучше, если бы их не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое, которые также сообщили об наличии опыта возмещения расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения ($p=0,031$) (таблица 16).

Таблица 16 – Оценка качества жизни, психологического благополучия и здоровья медицинских работников, в зависимости от опыта возмещения расходов на лечение пациента

Переменные		Скажите пожалуйста, приходилось ли Вам или Вашим коллегам/медицинской организации возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения?				χ^2	D.f.	р-оценка
		Да		Нет				
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Снижение интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел	совсем нет	26	36,6	45	63,4	8,536	1	0,036
	иногда	16	21,6	58	78,43			
	большую часть времени	10	52,6	9	47,4			
	почти каждый день	2	22,2	7	77,8			
Плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности	совсем нет	19	34,5	36	65,5	1,340	1	0,720
	иногда	24	27,3	64	72,7			
	большую часть времени	8	36,4	14	63,6			
	почти каждый день	3	37,5	5	62,5			
Трудности засыпанием, поверхностный сон или наоборот, чрезмерная сонливость	совсем нет	15	34,1	29	65,9	2,984	1	0,447
	иногда	21	25,6	61	74,4			
	большую часть времени	12	35,3	22	64,7			
	почти каждый день	6	46,2	7	53,8			
Ощущение усталости или пониженной энергии	совсем нет	13	37,3	22	62,9	1,577	1	0,665
	иногда	23	27,1	62	72,9			
	большую часть времени	12	32,4	25	67,6			
	почти каждый день	6	37,5	10	62,5			
Плохой аппетит или переедание	совсем нет	16	27,6	42	72,4	5,279	1	0,153
	иногда	21	27,6	55	72,4			
	большую часть времени	11	37,9	18	62,1			
	почти каждый день	6	60,0	4	40,0			
Негативные представления о себе: например, что у Вас ничего не получается в жизни, или Вы подвели кого-то	совсем нет	21	29,6	50	70,4	1,092	1	0,779
	иногда	20	30,3	46	69,7			
	большую часть времени	10	40,0	15	60,0			
	почти каждый день	3	27,3	8	72,7			

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Трудности с концентрацией внимания, например, при чтении или просмотре телепередач, или на работе	совсем нет	20	32,8	41	67,2	1,531	1	0,675
	иногда	23	27,7	60	72,3			
	большую часть времени	9	40,9	13	59,1			
	почти каждый день	2	28,6	5	71,4			
Замедленность движений и речи, которую замечают окружающие. Наоборот, чрезмерная и не свойственная Вам суетливость и активность	совсем нет	21	23,9	67	76,1	7,445	1	0,059
	иногда	17	32,7	35	67,3			
	большую часть времени	13	52,0	12	48,0			
	почти каждый день	3	37,5	5	62,5			
Мысли о том, что было бы лучше, если бы Вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое	совсем нет	34	25,8	98	74,2	8,892	1	0,031
	иногда	18	51,4	17	48,6			
	большую часть времени	1	25,0	3	75,0			
	почти каждый день	1	50,0	1	50,0			

Также нами была проведена оценка значимости прогностической модели, построенная методом бинарной логистической регрессии описывающая изменения вероятности по двум переменным, таким как «Мысли о том, что было бы лучше, если бы Вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое» и «Снижение интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел» в зависимости от опыта возмещения расходов на лечение пациента. Площадь ROC – кривой соответствует взаимосвязи прогноза мыслей о том, что было бы лучше, если бы Вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое в зависимости от опыта возмещения расходов на лечение пациента составила (95% ДИ: 0,31-0,50). Модель была статистически значимой ($p=0,004$) (рисунок 6).

При оценке зависимости вероятности снижения интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел в зависимости от опыта возмещения расходов на лечение пациента была получена следующая ROC-кривая, которая характеризовалась значением равным (95% ДИ: 0,30-0,48). Модель была статистически значимой ($p=0,02$) (рисунок 7).

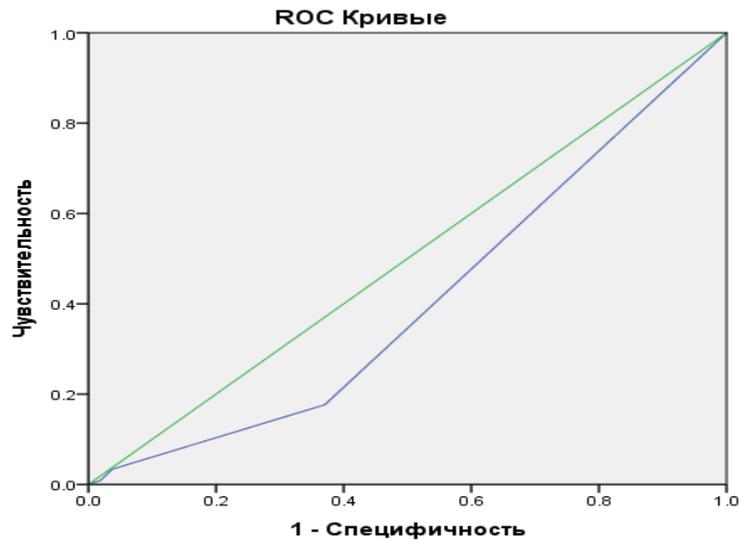


Рисунок 6 – ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности выявления мыслей о том, что было бы лучше, если бы Вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое от опыта возмещения расходов на лечение пациента

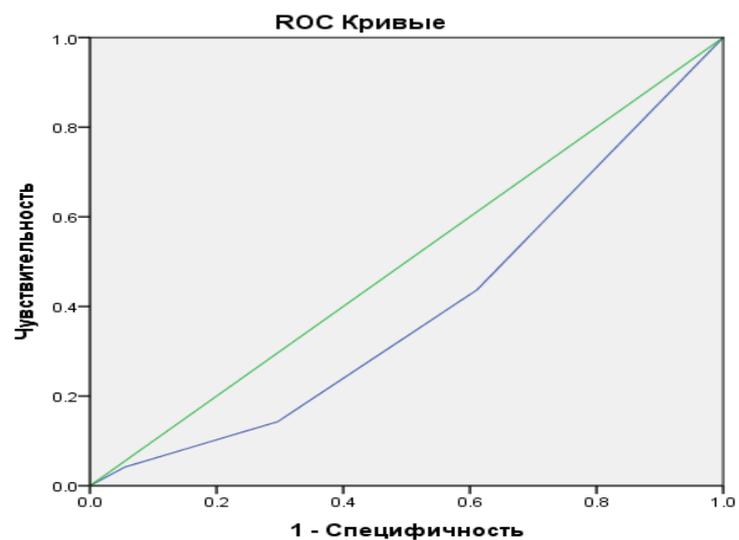


Рисунок 7 – ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности выявления снижения интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел от опыта возмещения расходов на лечение пациента

Подводя итог этому этапу диссертационного исследования, необходимо отметить, что проведенный опрос обеспечил понимание целого спектра проблем, которые необходимо преодолеть для оказания безопасной и эффективной медицинской помощи. Нами были выявлены статистические значимые различия, где медицинские работники иногда испытывают плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности, половина 50% (n = 40) участников исследования, которые, когда – либо имели опыт неофициальной жалобы/официальной жалобы со стороны пациентов, либо их родственников. В отношении периодического наличия трудностей с засыпанием, поверхностного

сна или наоборот, чрезмерной сонливости, аналогично почти около половины 41,3% (n=33) медицинских работников, когда-либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников. Также, отмечалась тенденция к значимости ($p=0,066$) в отношении плохого аппетита или переедания, где треть участников исследования 33,8% (n=27) когда-либо были имели опыт неофициальной жалобы/официальной жалобы со стороны пациентов, либо их родственников. Полученные результаты согласуются с недавним исследованием где сообщалось, что медицинские работники, находящиеся под следствием, отмечали, что процессы и стиль общения, часто были неприятными, сбивающими с толку и воспринимались как негативно влияющие на их психическое здоровье и способность вернуться к работе [106, p.201-209].

Также нами были выявлены статистически значимые различия, в отношении снижения интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел, где больше половины участников исследования 52,6% (n=10), отметили что большую часть времени им либо их коллегам/медицинской организации приходилось возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Далее медицинские работники отметили, замедленность движений и речи, которую замечают окружающие. Либо наоборот, чрезмерная и не свойственная им суетливость и активность, где аналогично 52,0% (n=13) участников исследования отметили что большую часть времени им либо их коллегам/медицинской организации приходилось возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Кроме того, 51,4% (n=18) медицинских работников по большей части времени отметили наличие мыслей о том, что было бы лучше, если бы их не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое, которые также сообщили об наличии опыта возмещения расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. В работе Dyer было сообщено о большом количестве самоубийств, связанных с разбирательством жалоб с привлечением медицинских работников [110]. Интересно, что наши результаты аналогичны недавно проведенному исследованию в США, данное исследование выявило значительно большую депрессию и выгорание у хирургов, которые недавно подверглись судебному процессу, и выявило связь между выгоранием и вероятностью совершения медицинской ошибки [111]. Таким образом, медицинские работники, которые ответили на нашу анкету и имели опыт жалоб со стороны пациентов испытывали психологический дискомфорт, включая тяжелую депрессию и суицидальные мысли.

3.2.4 Изучение мнения медицинских работников касательно введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан

Согласно представленной методологии в разделе «Материалы и методы» проведено анкетирование среди медицинских работников (уровень ПМСП, стационарный уровень, РК и области) и согласившихся ответить на опросник с

целью изучения мнений медицинских работников касательно введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан, для дальнейшего определения барьеров, препятствующих успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан. Сбор данных произведен на платформе GoogleForms среди 173 медицинских работников Республики Казахстан.

Как следует из таблицы 17, не были выявлены статистически значимые различия. Несмотря на это, важно отметить, что преимущественное большинство 35,2% (n=38) медицинских работников, отметивших некомпетентность как основную причину по которой допускается причинение вреда здоровью пациенту, относятся весьма положительно к введению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Напротив, те участники исследования 50,0% (n=6), которые отметили недостаточное обеспечение и оснащенность материально-техническими средствами как основную причину по которой допускается причинение вреда здоровью пациенту, относятся отрицательно к введению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

Таблица 17 – Причины, по которым допускается причинение вреда здоровью пациенту по мнению медицинских работников, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Причины		абс. ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
Некомпетентность	Положительно	38	35,2	4,297	1	0,637
	Отрицательно	2	16,7			
	Нейтрально	13	24,5			
Халатность	Положительно	18	16,7			
	Отрицательно	2	16,7			
	Нейтрально	10	18,9			
Недостаточное обеспечение и оснащенность материально-техническими средствами	Положительно	32	29,6			
	Отрицательно	6	50,0			
	Нейтрально	21	39,6			
Сложность медицинского случая-	Положительно	20	18,5			
	Отрицательно	2	16,7			
	Нейтрально	9	17,0			

По данным таблицы 18, были выявлены статистически значимые различия (p=0,015). Преимущественное большинство медицинских работников 65,7% (n=71) не имеющих опыта по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения и 34,2% (n=37) медицинских работников, имеющих данный опыт отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной

ответственности медицинских работников в РК. Важно отметить, что медицинские работники 81,1% (n=43), не имеющие опыт по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения отметили нейтральное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, что может свидетельствовать о целенаправленном изучении ими возможных рисков, связанных с предстоящим введением системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

Таблица 18 – Опыт медицинских работников или их коллег/медицинской организации по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Переменные		абс.ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
Имеется опыт по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения	Положительно	37	34,2	8,340	1	0,015
	Отрицательно	7	58,3			
	Нейтрально	10	18,9			
Отсутствует опыт по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения	Положительно	71	65,7			
	Отрицательно	5	41,7			
	Нейтрально	43	81,1			

По данным таблицы 19, были выявлены статистически значимые различия ($p=0,001$). Также преимущественное большинство медицинских работников 41,7% (n=45) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где в роли страховщика должен выступать Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения. Далее, по мнению медицинских работников 41,7% (n=45) отметили смешанную форма, где страховщиком могут быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения.

Таблица 19 – Мнения медицинских работников касательно формы страхования профессиональной ответственности приемлемой для нашей страны, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Переменные		абс.ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
В роли страховщика выступает Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения	Положительно	45	41,7	33,123	1	0,001
	Отрицательно	4	33,3			
	Нейтрально	16	30,2			
В роли страховщика выступает Профессиональная ассоциация медицинских работников	Положительно	22	20,4			
	Отрицательно	2	16,7			
	Нейтрально	10	9,2			
В роли страховщика выступают различные страховые компании	Положительно	9	8,3			
	Отрицательно	1	8,3			
	Нейтрально	11	20,8			
Смешанная форма, где страховщиком могут быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения	Положительно	31	28,8			
	Отрицательно	5	41,7			
	Нейтрально	17	32,1			

Таблица 20 – Мнения медицинских работников касательно обязательной формы страхования профессиональной ответственности медицинского работника, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Переменные		абс.ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
Да	Положительно	93	86,1	15,152	1	0,001
	Отрицательно	5	41,7			
	Нейтрально	45	84,9			
Нет	Положительно	15	13,9			
	Отрицательно	7	58,3			
	Нейтрально	8	15,1			

В таблице 20, были выявлены статистически значимые различия ($p=0,001$). Также преимущественное большинство медицинских работников 86,1% ($n=93$) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении обязательной формы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

Нами были выявлены статистически значимые различия ($p=0,000$). Также преимущественное большинство медицинских работников отметили положительное отношение 55,6% ($n=60$) и 56,6% ($n=30$) нейтральное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где они готовы платить для страхования своей профессиональной ответственности от 10000 до 15000 тенге в год (таблица 21).

Таблица 21 – Мнения медицинских работников касательно размера суммы которую они готовы платить для страхования своей профессиональной ответственности, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК Скажите пожалуйста, какую

Переменные		абс.ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
От 15000 до 20000 тенге в год	Положительно	33	30,6	30,273	1	0,000
	Отрицательно	3	25,0			
	Нейтрально	13	24,5			
От 10000 до 15000 тенге в год	Положительно	60	55,6			
	Отрицательно	1	8,3			
	Нейтрально	30	56,6			
От 5000 до 10000 тенге в год	Положительно	15	13,9			
	Отрицательно	7	58,3			
	Нейтрально	10	18,9			
До 5000 в год	Положительно	15	13,9			
	Отрицательно	7	58,3			
	Нейтрально	10	18,9			

Таблица 22 – Мнения медицинских работников касательно формы взноса при страховании профессиональной ответственности медицинских работников, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Переменные		абс.ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
Единый взнос для всех специалистов медицинского учреждения	Положительно	63	58,3	0,318	1	0,853
	Отрицательно	6	50,0			
	Нейтрально	30	56,6			
Фиксированный взнос в зависимости от специальности, региона, стажа	Положительно	45	41,7			
	Отрицательно	6	50,0			
	Нейтрально	23	43,4			

По данным таблицы 22, не были выявлены статистически значимые различия. Также преимущественное большинство медицинских работников 58,3% ($n=63$) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в

РК, где отметили необходимость в ведении формы единого взноса для всех специалистов медицинской организации. В свою очередь, 41,7% (n=45) участников исследования аналогично отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении формы фиксированного взноса в зависимости от специальности, региона, стажа.

Нами были выявлены статистически значимые различия (p=0,000). Важно отметить, что преобладающее большинство медицинских работников 64,8% (n=70) отметили положительное отношение, далее следует нейтральное отношение 47,2% (n=25) на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где участники исследования считают, что специальная квалифицированная комиссия должна решить вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая. Среди участников исследования 58,3% (n=7) ответили отрицательно на предмет того, чтобы судебные органы решали вопрос о выплате компенсации при наступлении страхового случая (таблица 23).

Таблица 23 – Мнения медицинских работников касательно органа, который должен решить вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая, в зависимости от отношения на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Переменные		абс.ч.	%	χ^2	D.f.	P - оценка
Специальная квалифицированная комиссия	Положительно	70	64,8	39,261	10	0,000
	Отрицательно	4	33,3			
	Нейтрально	25	47,2			
Судебные органы	Положительно	20	18,5			
	Отрицательно	7	58,3			
	Нейтрально	11	20,8			
Главный врач медицинской организации, где зафиксирован случай причинения вреда здоровью пациента	Положительно	18	16,7			
	Отрицательно	1	8,3			
	Нейтрально	17	32,1			

Подводя итог этому этапу диссертационного исследования, необходимо отметить, что преимущественное большинство 35,2% (n=38) медицинских работников, отметивших некомпетентность как основную причину по которой допускается причинение вреда здоровью пациенту, относятся весьма положительно к введению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Напротив, те участники исследования 50,0% (n=6), которые отметили недостаточное обеспечение и оснащенность материально-техническими средствами как основную причину по которой допускается причинение вреда здоровью пациенту, относятся отрицательно к введению системы страхования профессиональной

ответственности медицинских работников в РК. Также преимущественное большинство медицинских работников 65,7% (n=71) не имеющие опыта по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения и 34,2% (n=37) медицинских работников, отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Важно отметить, что медицинские работники 81,1% (n=43), не имеющие опыт по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения отметили нейтральное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, что может свидетельствовать о целенаправленном изучении ими возможных рисков, связанных с предстоящим введением системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Дополнительно нами были выявлены статистически значимые различия, где преимущественное большинство медицинских работников 41,7% (n=45) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где в роли страховщика должен выступать фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения. Далее, по мнению медицинских работников 41,7% (n=45) отметили смешанную форма, где страховщиком могут быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения. Также преимущественное большинство медицинских работников 86,1% (n=93) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении обязательной формы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Большинство медицинских работников отметили положительное отношение 55,6% (n=60) и 56,6% (n=30) нейтральное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где они готовы платить для страхования своей профессиональной ответственности от 10000 до 15000 тенге в год. Дополнительно, преимущественное большинство медицинских работников 58,3% (n=63) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении формы единого взноса для всех специалистов медицинской организации. В свою очередь, 41,7% (n=45) участников исследования аналогично отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении формы фиксированного взноса в зависимости от специальности, региона, стажа трудовой деятельности. Важно отметить, что преобладающее большинство медицинских работников 64,8% (n=70) отметили положительное отношение, далее следует нейтральное отношение 47,2% (n=25) на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских

работников в РК, где участники исследования считают, что специальная квалифицированная комиссия должна решить вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая. Среди участников исследования 58,3% (n=7) ответили отрицательно на предмет того, чтобы судебные органы решали вопрос о выплате компенсации при наступлении страхового. Таким образом, текущая система управления рисками должна перейти от реактивной позиции к проактивной как для пациента, так и для медицинского работника. Управление претензиями должно предлагать пациенту компенсацию, когда это уместно, и проводить активную защиту, когда медицинская помощь оказывается адекватной. Должны быть определены эксперты, которые будут проводить транспарентный, непредвзятый анализ оказываемой медицинской помощи с раскрытием всех своих выводов.

3.2.5 Разработка, внедрение механизма совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, обеспечение качественного и доступного здравоохранения является ведущей целью всей системы здравоохранения страны на ближайшие годы. Для достижения этой цели были поставлены такие задачи, как: всесторонняя поддержка здоровья на уровне ПМСП, развитие службы общественного здоровья и повышение качества медицинской помощи. В Стратегии «Казахстан-2050» ключевым приоритетом третьей цели нового политического курса является предоставление качественных и доступных медицинских услуг, а в «Стратегическом плане 2025» особое внимание уделяется достижению конкретных индикаторов качества жизни людей.

Уголовные процессы и иски против медицинских работников о возмещении ущерба, связанного с халатностью, резко возросли в последние годы с далеко идущими последствиями: рост судебных исков вызывает беспокойство, страх и недовольство среди медицинских работников, а также поощряет практику так называемой защитной медицины, со связанными последствиями, в том числе экономическими.

С точки зрения пациента, как получателя медицинских услуг, мы можем выделить следующие последствия:

1. Ограничение доступа пациента к медицинским услугам, отказом медицинского работника от необходимых, но высокорисковых процедур — практика негативной защитной медицины.

2. Преобладание чувства недоверия и неуверенности в медицинских решениях из-за действий медицинского работника в отношении дополнительных и ненужных лабораторно – диагностических тестов (позитивная защитная практика). Таким образом, затраты на проведение лечения значительно возрастают, что увеличивает риск отказа от предложенного лечения и приводит к возможному ухудшению состояния здоровья пациента и требует в будущем больших финансовых ресурсов для

выздоровления пациента.

С точки зрения медицинского работника, который практикует оборонительную медицинскую практику из-за необходимости защищаться от возможных обвинений в злоупотреблении служебным положением, наблюдаются следующие последствия:

1. Непрерывный рост страха перед обвинениями в злоупотреблении служебным положением порождает нестабильность и неуверенность медицинского работника, что влияет на снижение репутации медицинского работника. Медицинские работники могут покрыть выплаты за причиненный ущерб здоровью, являясь застрахованным от профессиональной ответственности, но данная система страхования профессиональной ответственности медицинских работников не сможет обеспечить страхование от психологических издержек и стресса, вызванных участием в судебном процессе, или репутационных последствий (снижение дохода, ущербный статус) [112].

2. Снижение эффективности лечебных действий медицинского работника за счет положительной защитной практики, в условиях увеличения сложности лечебно-диагностических вмешательств.

3. Деграция взаимоотношений медицинского работника с пациентом за счет увеличения времени на выявление и решение потребности пациента, что требует дополнительных консультаций специалистов.

Исходя из идеи о том, что отношения между медицинским работником и пациентом представляют собой основу любой системы здравоохранения, деграция данных отношений имеет последствия для всей системы здравоохранения:

1. Возрастающее давление на систему из-за ее неспособности обеспечить правильное управление взаимоотношениями между медицинским работником и пациентом.

2. Снижение доступа пациентов к медицинским услугам в результате увеличения расходов. С точки зрения финансирования медицинских услуг за счет средств, выделяемых из национальных бюджетов, защитная практика лечит меньшее количество пациентов при тех же финансовых ресурсах. В частных системах здравоохранения, в которых пациенты вносят свой вклад в оплату необходимого лечения, все меньше и меньше пациентов смогут позволить себе определенные виды лечения в результате постоянного роста затрат. Увеличение затрат на решение медицинских дел в результате неоправданного использования медицинских услуг приводит к блокированию человеческих ресурсов за счет привлечения большего количества медицинского персонала и быстрому расходованию выделенных финансовых ресурсов. Эти два элемента, которые обычно встречаются благодаря защитной медицинской практике [113].

Учитывая, что вопрос медицинской ответственности затрагивает все страны, в том числе и Республику Казахстан, необходимо разработать меры, направленные на надлежащее рассмотрение случаев злоупотребления

служебным положением, которые также должны включать более эффективные инициативы по обеспечению безопасности пациентов.

Актуальность проблемы определяется отсутствием проспективных исследований, посвященных определению барьеров препятствующих успешной реализации системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Целью данного диссертационного исследования является определение барьеров, связанных с реализацией внедрения системы страхования профессиональной ответственности и формулирование научно - обоснованных подходов к совершенствованию защиты профессиональной ответственности медицинских работников.

С целью успешной реализации внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников; нами был разработан на основании полученных результатов исследования «Механизм совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников», рекомендованный для использования при работе с пациентами и медицинскими работниками (рисунок 8). Проведение комплекса запланированных мероприятий потребует создания межпрофессиональных и межсекторальных команд, состоящих из врачей, юристов, экономистов, специалистов в области страхования, медицинских экспертов, медицинских психологов, немедицинских специалистов, которые привлекаются при необходимости. Нами были определены эффективные и применимые решения на уровне двух основных действующих лиц, а также на уровне правовой системы и системы здравоохранения, которые охватывают и регулируют отношения между медицинским работником и пациентом.

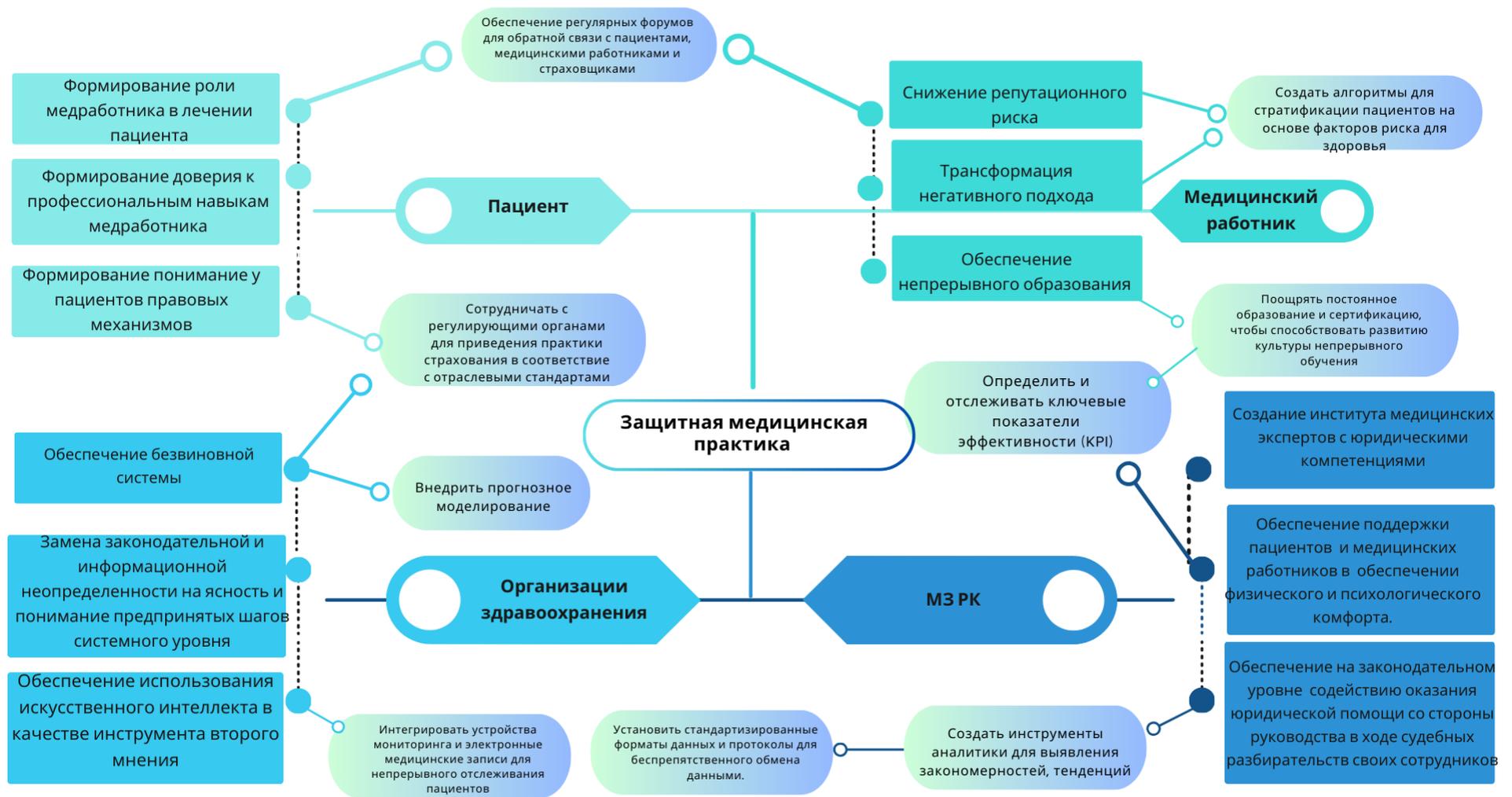


Рисунок 8 – Механизм совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

С точки зрения пациента решения начинаются с осознания и предположения о двойной миссии и роли медицинских работников как главных действующих лиц, обладающих юридической компетенцией вести лечение пациентов:

1. Роль медицинского работника в лечении пациента заключается в правильном воспитании пациента путем пропаганды положительного отношения к профилактике и подхода к здоровому образу жизни, обеспечение непрерывной информации, позволяющей пациенту быть в курсе всех деталей оказания медицинской помощи [114, 115].

2. Осознавая связь между образованием и лечением, медицинский работник будет иметь возможность строить правильные отношения с пациентом, основанные на доверии к профессиональным его навыкам [114, р. 669].

3. С целью снижения любой конфликтной склонности пациента должна быть определена определенность в отношении возмещения ущерба после злоупотребления служебным положением, с пониманием пациентом правовых механизмов покрытия причиненного ущерба, включая страхование профессиональной гражданской ответственности.

С точки зрения медицинского работника, который ведет оборонительную практику, решения включают следующее:

1. Необходимо усилить снижение репутационного риска за счет развития и повышения репутационного менталитета медицинского работника. Повышение репутационной безопасности может быть достигнуто за счет обучения критического мышления медицинского работника, которое представляет собой сплав оптимизма медработника в продолжении практики и способности анализировать подводные камни с точки зрения осознания определенности и степени рисков, которые влияют на их деятельность, поскольку в большинстве случаев медицинские работники освобождаются от ответственности в следствии злоупотребления служебным положением.

2. Трансформация негативного подхода в необходимость осознавать обстоятельства, при которых произошла ошибка [116].

3. Обеспечение непрерывного обучения [116, р. 157-162; 117], что позволило бы обеспечить адаптацию медицинского работника в ответ на новые требования профессии. Медицинским работникам необходимо понимать и интерпретировать законодательные нормы, приобретать социальные навыки (коммуникация, эмоциональный интеллект, тайм-менеджмент и т.д.), осваивать цифровизацию, понимать управление, основанное на экономической эффективности, и т.д. Рекомендуются, чтобы оборонительное, самозащитное поведение заменить непрерывным обучением [118], независимо от специальности и накопленного опыта работы, дополняя такое обучение важным компонентом межличностной эмпатии, что повысило бы безопасность пациентов [119].

При обсуждении решений, которые позволили бы улучшить

функциональность системы здравоохранения, обеспечение благоприятной среды для оказания медицинских услуг и минимизации многих экономических, социальных и законодательных нагрузок будет способствовать созданию зоны безопасности для медицинских работников и снижению риска ухудшения отношений с пациентом:

1. Перераспределение «законодательного внимания» от строгости наказания за профессиональную ошибку к удовлетворению потерпевшего, опора на замену карательной установки необходимостью выявления и исправления ошибок [120], в рамках безвиновная система .

2. Замена законодательной и информационной неопределенности на ясность и понимание предпринятых шагов системного уровня, в плане ориентации общественного сознания на устранение понятия обвинения совершившего ошибку [121] и поддержку этого человека с целью немедленного сообщения об ошибке.

3. Возможным решением лечения защитной практики является использование искусственного интеллекта в качестве инструмента второго мнения, функционирующего как элемент социального доказательства, основанного на статистике, тем самым снижая репутационную конкуренцию медицинских работников как поставщиков медицинских услуг. Искусственный интеллект, с точки зрения предоставления второго мнения, станет для медицинских работников союзником в плане правильности диагнозов и предлагаемых вариантов лечения на основе информации и статистических данных, тем самым снизив склонность медицинских работников к оборонительной практике, добавляя дополнительные лечебно-диагностические тесты либо отказываясь от введения сложных пациентов.

4. Учитывая значимость стимулирования деятельности медицинского персонала через КРІ, следует учесть, что включение мероприятий по улучшению медицинской помощи в их задачи может быть эффективным подходом. Это позволит медицинским организациям успешно реализовывать меры, направленные на повышение качества медицинской помощи:

1. Интеграция и анализ данных:

Цель: собрать и интегрировать данные от поставщиков медицинских услуг, страховщиков и соответствующих баз данных для создания комплексного представления о результатах лечения пациентов, эффективности лечения и затратах.

Шаги:

Установить стандартизированные форматы данных и протоколы для беспрепятственного обмена данными.

Внедрить расширенные инструменты аналитики для выявления закономерностей, тенденций и областей для улучшения.

2. Стратификация рисков:

Цель: выявлять пациентов с высоким риском и потенциальные области медицинских ошибок для активного управления и снижения рисков.

Шаги:

Разработать алгоритмы для стратификации пациентов на основе факторов риска для здоровья и исторических данных.

Внедрить прогнозное моделирование, чтобы предвидеть потенциальные проблемы и соответствующим образом распределять ресурсы.

3. Показатели эффективности для медицинских работников:

Цель: Определить и отслеживать ключевые показатели эффективности (KPI) для медицинских работников, чтобы обеспечить подотчетность и постоянное совершенствование.

Шаги:

Сотрудничать с медицинскими ассоциациями для установления стандартизированных показателей эффективности.

Разработать систему обратной связи для медицинских работников, чтобы получать регулярные оценки и возможности для профессионального развития.

4. Мониторинг и оповещения в реальном времени:

Цель: Внедрить систему мониторинга в режиме реального времени состояния здоровья пациентов и потенциальных рисков во время лечения.

Шаги:

Интегрировать устройства мониторинга и электронные медицинские записи для непрерывного отслеживания пациентов.

Настроить автоматические оповещения об отклонениях от ожидаемых результатов лечения или потенциальных ошибках.

5. Блокчейн для безопасности и прозрачности:

Цель: повысить безопасность, прозрачность и целостность данных с помощью технологии блокчейн.

Шаги:

Обеспечьте, чтобы медицинские работники имели доступ только к той информации, которая соответствует их обязанностям.

6. Обучение и вовлечение пациентов:

Цель: предоставить пациентам возможность активно участвовать в принятии медицинских решений и снизить вероятность ошибок.

Шаги:

Разработать образовательные программы и материалы для повышения медицинской грамотности.

Внедрить инструменты коммуникации, позволяющие пациентам взаимодействовать со своими медицинскими работниками и оставаться в курсе своих планов лечения.

7. Постоянное обучение и развитие:

Цель: обеспечить, чтобы медицинские работники были в курсе последних медицинских достижений и передового опыта.

Шаги:

Организовать регулярные программы обучения и семинары для медицинских работников.

Поощрять постоянное образование и сертификацию, чтобы способствовать развитию культуры непрерывного обучения.

8. Соблюдение нормативных требований и стандартизация:

Цель: Обеспечить соблюдение нормативных стандартов и продвигать стандартизованную практику в здравоохранении.

Шаги:

Сотрудничать с регулируемыми органами для приведения практики страхования в соответствие с отраслевыми стандартами.

Внедрить технологию для автоматизации проверок соответствия и снижения административного бремени.

9. Цикл обратной связи и итеративное улучшение:

Цель: Создать цикл обратной связи для постоянного улучшения на основе анализа данных и отзывов заинтересованных сторон.

Шаги:

Создать регулярные форумы для обратной связи с пациентами, медицинскими работниками и страховщиками.

Использовать обратную связь для итеративного улучшения системы страхования и профессиональной практики.

Реализация этих шагов потребует сотрудничества между поставщиками медицинских услуг, страховщиками, регулируемыми органами и технологическими экспертами для создания комплексной и интегрированной системы, в которой приоритетными будут результаты лечения пациентов, управление рисками и профессиональная ответственность.

3.2.6 Внедрение механизма совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Внедрение механизма по совершенствованию системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников проводилась на базе Больницы Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан г. Астана с 15 марта 2023 года по 15 июня 2023 года. Нами было принято решение провести апробацию механизма на уровне медицинской организации одного города для выяснения и устранения его недочетов прежде, чем он будет предложен к масштабированию на другие регионы республики.

Результаты промежуточного оценивания реализации предложенного нами механизма на базе Больницы Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан г. Астана, где в ходе проведенного промежуточного оценивания нами было установлено, что 100% отделений освоили рекомендации, 16,6% внедрили все предложенные рекомендации, 35% отделений внедрили не менее половины предложенных рекомендаций, 65% отделений не были готовы к выполнению внедрения предложенных рекомендаций, вероятно по причине карательной системы наказания.

Анализ обратной связи по внедрению механизма совершенствования

системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников показал, что, в целом, он был положительный. Однако были замечены жалобы со стороны медицинского персонала на недостаточное продумывание механизмов поощрения за участие в дополнительной неоплачиваемой работе. Для решения этой проблемы предлагается разработать меры по повышению мотивации, например, с использованием системы КРІ, которая уже внедрена в организациях здравоохранения. Включение мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с ГА в перечень КРІ послужит мерой финансовой мотивации. Еще одним подходом является пересмотр текущей нагрузки на персонал, включая обязанности, связанные с общественной работой. Очевидно, что инициативные и ответственные сотрудники вносят значительный вклад в работу любой организации здравоохранения. Кроме того, важно учитывать нематериальные методы поощрения, такие как выдача грамот, отправка благодарственных писем от руководства организации или медицинских учреждений, а также публичное признание и выражение благодарности в ходе собраний коллектива, с последующей записью в личное дело или трудовую книжку работника. Таким образом, опыт внедрения механизма совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников можно считать удовлетворительным, однако прежде, чем он будет рекомендован к репликации в других регионах страны, необходимо извлечь уроки из его пилотной реализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе диссертационного исследования мы выявили, что наблюдался рост показателей смертности по медицинским уголовным правонарушениям повлекшие смерть потерпевшего за период с 2020-2021 гг., в то время как показатели медицинских уголовных правонарушений постепенно снижались, что вероятно имеет связь с успешной реализацией пациент – ориентированного подхода. Также наибольшее количество медицинских правонарушений зарегистрировано в городе Астана, затем следует Южно-Казахстанская область. Преимущественно правонарушения в медицинской практике были связаны с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей, тем самым свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований, с целью определения основных тенденций медицинских правонарушений. Дополнительно, самые высокие показатели медицинских административных правонарушений отмечены в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в 2020 году. Далее следует, незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность, где самый высокий показатель отмечен в 2019 году. Важно отметить, что наибольшие размеры штрафа аналогично были взысканы в части нарушения правил фармацевтической деятельности и сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники и имели тенденцию к росту. Суммарно, отмечен значительный рост количества наложенных административных взысканий в 2018 году и с 2020-2021 гг. Также было выявлено, что наибольшее количество привлеченных к ответственности лиц было в виде административного штрафа за исследуемый период. Данная статистика также может указывать на то, что в большинстве постсоветских странах, в том числе и в Казахстане, отсутствуют общий понятийный аппарат в отношении неблагоприятных событий, связанных с медицинской безопасностью, что вероятно не всегда приводит к объективным судебным решениям. Кроме того, на сегодняшний день в Казахстане отсутствует система обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, что вероятно также влияет на осуществление более качественной экспертной деятельности.

Также мы выявили, что, что более половины респондентов среди лиц женского пола (64,7%) ответили, что требовали, но не получили возмещения денежных средств, также половина (50%) респондентов как среди лиц женского и мужского полов, ответили, что не требовали, так как считают, что тяжело добиться возмещения денежных средств. Также был выявлен ряд особенностей, а именно большинство респондентов среди лиц женского пола (78,0%) отметили долгое ожидание медицинского работника, как одну из основных жалоб с которыми столкнулись они либо их родственники, далее следует жалоба в отношении осложнений во время операций (73,3%). На вопрос:

Скажите пожалуйста, каким образом ответили на жалобу по поводу причинения вреда здоровью? Большинство респондентов также среди лиц женского пола (80,0%) отметили что их жалобы остались без ответа, далее (70,4%) женщин отметили, что им обещали рассмотреть поданную жалобу. На следующий вопрос: Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений, вызванных по вине медицинского работника/медицинской организации? Преимущественное количество женщин отметили что в другую государственную медицинскую организацию (83,3%). Отмечались статистически значимые различия только в отношении мнения о том, какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента: доля мужчин, считавших что суд должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента была выше (37,8%), чем доля женщин (17,6%), далее доля мужчин, считавших что независимая экспертная комиссия должна определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента составила более половины (54,1%) и практически аналогичная доля женщин (54,9%), касательно утверждения что медицинское утверждение должно определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента, где доля мужчин была ниже (8,1%), чем доля женщин (27,5%). Подавляющее большинство пациентов среди женщин считали, что возможно могут пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника. Вызывает интерес тот факт, что большинство мужчин (70,3%), и более половины женщин (60,8%) отметили положительное отношение касательно введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Пожалуй, лучшим объяснением этому факту является готовность медицинских работников и их индивидуальные отношения частично преодолели эффект системных ограничений. Тем не менее, необходима стратегическая поддержка со стороны лиц, принимающих решения по реформе здравоохранения, для укрепления позиций медработников и обеспечения устойчивости моделей системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. [96]. Была представлена информация касательно размера потраченных и возмещенных денег на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда в зависимости от факта оплаты денег, где были выявлены статистически значимые различия, которые касались 2-х вопросов. На вопрос о том, сколько Вам пришлось потратить денег на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда? Наибольшее количество респондентов (80%) ответили, что, от 15 тыс. до 20 тыс. тенге, далее следует респонденты (68,7%) которые потратили от 20 тыс. тенге и выше на восстановление здоровья вследствие причиненного вреда медицинским работником либо медицинской организацией. В нашем исследовании медианная заработная плата составила 250 тыс. тенге, максимальный доход среди участников исследования составил 700 тыс. тенге, а минимальный доход 50 тыс. тенге.

Большинство врачей (n=52) 78,8% не согласны со следующим утверждением «Если бы на меня была подана жалоба, я уверен (-а), что мое руководство поддержит меня», при этом преимущественное большинство участников исследования среди врачей - 71, 0% (n=44) и среднего медперсонала - 29,0% (n = 18) отмечают, что в случае возникшей жалобы они уверены, что коллеги их поддержат. Напротив, 81,4% (n=70) врачей и среднего медперсонала - 18,6% (n = 16) не согласны с предположением о том, что если бы на них была подана жалоба то, они были бы уверены, что профессиональная медицинская организация их поддержит. Также 83,6% (n=61) врачей и 16,4% (n=12) среднего медицинского персонала считают, что процесс рассмотрения жалоб несправедливый и ведется в не в соответствии с законом, кроме того 77,3% (n=51) врачей и 22,7% (n =15) согласны с тем, что процесс рассмотрения жалоб носит чрезмерно карательный характер. Всем группам было предложено оценить различные предложения по улучшению процесса рассмотрения жалоб по 8 пунктам из 5 вариантов ответа. Отмечались статистически значимые различия только в отношении мнения о том, что в случае, если медицинский работник оправдан, но во время следственного процесса понес финансовые убытки, будет возможность подать иск о возмещении утраченного заработка или затрат на юридические услуги: доля врачей, полностью согласных с этим утверждением была выше 49,5% (n=65), чем доля среднего медицинского персонала 29,3% (n =12). Данные показатели могут отражать как социальное давление со стороны пациентов и их родственников, а также отсутствие поддержки со стороны руководства, профсоюзов. Также подчеркивает присущую системе здравоохранения чрезмерную осторожность, что приводит, к необоснованным назначениям лекарственных средств и лабораторно-диагностическим процедурам, а также отказ от лечения сложных пациентов либо отказ от проведения определенных клинико-диагностических процедур. Преобладание чувства недоверия и неуверенности в медицинских решениях из-за действий врача по причине дополнительных и ненужных тестов. Таким образом, затраты на проведение лечения значительно возрастают, что увеличивает риск отказа от предложенного лечения и приводит к возможному ухудшению состояния здоровья пациента и требует в будущем больших финансовых ресурсов для выздоровления пациента.

Нами были получены результаты касательно оценки качества жизни и психологического благополучия и здоровья, как важного показателя ежедневной трудоспособности и продуктивности, в том числе фактора, влияющего на лечение и ведение пациентов, в зависимости от наличия или отсутствия жалоб, где были выявлены статистические значимые различия, а именно медицинские работники иногда испытывают плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности, половина 50% (n = 40) участников исследования, которые, когда-либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников. В отношении периодического наличия трудностей с засыпанием, поверхностного

сна или наоборот, чрезмерной сонливости, аналогично почти около половины 41,3% (n=33) медицинских работников, когда-либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников. Также, отмечалась тенденция к значимости ($p=0,066$) в отношении плохого аппетита или переедания, где треть участников исследования 33,8% (n=27) когда-либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников. Также нами были выявлены статистически значимые различия, в отношении снижения интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел, где больше половины участников исследования 52,6% (n=10), отметили что большую часть времени им либо их коллегам/медицинской организации приходилось возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Далее медицинские работники отметили, замедленность движений и речи, которую замечают окружающие. Либо наоборот, чрезмерная и не свойственная им суетливость и активность, где аналогично 52,0% (n=13) участников исследования отметили что большую часть времени им либо их коллегам/медицинской организации приходилось возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Кроме того, 51,4% (n=18) медицинских работников по большей части времени отметили наличие мыслей о том, что было бы лучше, если бы их не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое сообщили об наличии опыта возмещения расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения. Для многих медицинских работников перспектива столкнуться с жалобой или профессиональным спором вызывает значительный стресс. Это может проявляться в том, как они ведут себя в клинической практике и/или в личной жизни, и могут приводить к физическим и психологическим симптомам. Ясно, что жалобы и расследования, когда что-то идет не так, являются частью системы сдержек и противовесов, которая должна обеспечивать надлежащий надзор за работой медицинского работника, где общая цель которого состоит в том, чтобы защитить пациентов и поддерживать соответствующие клинические стандарты. Однако регулятивное бремя и стресс, связанные с процессом рассмотрения жалоб, могут не привести к желаемым результатам. В одном исследовании было показано, что суицидальные мысли у более чем 6% американских хирургов, что более чем в два раза превышает фоновый уровень среди населения. В этом исследовании выгорание, депрессия и участие в недавней медицинской ошибке были тесно и независимо связаны с суицидальными мыслями после учета других личных и профессиональных характеристик. Большинство хирургов, участвовавших в этом исследовании, не хотели обращаться за профессиональной помощью из-за опасений, что это может повлиять на их карьеру [122].

Важно отметить, что преимущественное большинство 35,2% (n=38) медицинских работников, отметивших некомпетентность как основную причину по которой допускается причинение вреда здоровью пациенту,

относятся весьма положительно к введению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Напротив, те участники исследования 50,0% (n=6), которые отметили недостаточное обеспечение и оснащенность материально-техническими средствами как основную причину по которой допускается причинение вреда здоровью пациенту, относятся отрицательно к введению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Преимущественное большинство медицинских работников 65,7% (n=71) не имеющих опыта по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения и 34,2% (n=37) медицинских работников, имеющих данный опыт отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Важно отметить, что медицинские работники 81,1% (n=43), не имеющие опыт по возмещению денежных расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения отметили нейтральное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, что может свидетельствовать о целенаправленном изучении ими возможных рисков, связанных с предстоящим введением системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Также были выявлены статистически значимые различия, где преимущественное большинство медицинских работников 41,7% (n = 45) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где в роли страховщика должен выступать Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения. Далее, по мнению медицинских работников 41,7% (n=45) отметили смешанную форма, где страховщиком могут быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения. Также преимущественное большинство медицинских работников 86,1% (n=93) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении обязательной формы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК. Преимущественное большинство медицинских работников отметили положительное отношение 55,6% (n=60) и 56,6% (n=30) нейтральное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где они готовы платить для страхования своей профессиональной ответственности от 10000 до 15000 тенге в год. Дополнительно, преимущественное большинство медицинских работников 58,3% (n=63) отметили положительное отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении формы единого взноса для всех специалистов медицинской организации. В свою очередь, 41,7% (n=45) участников исследования аналогично отметили положительное

отношение на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где отметили необходимость в ведении формы фиксированного взноса в зависимости от специальности, региона, стажа. Важно отметить, что преобладающее большинство медицинских работников 64,8% (n=70) отметили положительное отношение, далее следует нейтральное отношение 47,2% (n=25) на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, где участники исследования считают, что специальная квалифицированная комиссия должна решить вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая. Среди участников исследования 58,3% (n=7) ответили отрицательно на предмет того, чтобы судебные органы решали вопрос о выплате компенсации при наступлении страхового.

Таким образом, результаты диссертационного исследования позволили нам сделать следующие **выводы**:

1. Существующая система учета и регистрации медицинских инцидентов в РК, в части самооценки в рамках внутренней экспертизы качества медицинских услуг не позволяет должным образом определить структуру и ряд особенностей распространённости медицинских инцидентов. Отсутствие достоверных данных о медицинских инцидентах, анализ и разработка эффективных стратегий предотвращения и минимизации рисков оказываются затруднительными. Реформирование деликта в области здравоохранения становится ключевым моментом для улучшения системы учета инцидентов, создания прозрачных механизмов самооценки качества медицинских услуг и обеспечения наивысших стандартов безопасности для пациентов.

2. Подавляющее большинство зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений выявлено по ст. 317 «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником», где показатели варьируются от 2,05 на 100 тыс. населения в 2017 году до 1,92 на 100 тыс. населения в 2021 году, где наибольший показатель составил 2,51 на 100 тыс. населения в 2019 году. По остальным видам медицинских уголовных правонарушений за 5-летний период отмечены относительно стабильные показатели. Суммарно, отмечен значительный рост количества наложенных административных взысканий в 2018 году и с 2020 – 2021 гг. Также было выявлено, что наибольшее количество привлеченных к ответственности лиц было в виде административного штрафа за исследуемый период.

3. Было выявлено, что более половины респондентов среди лиц женского пола (64,7%) ответили, что требовали, но не получили возмещения денежных средств. Также 78,8% участников исследования считают, что, если бы на них была подана жалоба, они уверены, что руководство их не поддержит. Доля врачей 49,5%, считают, что, если во время следственного процесса понесли финансовые убытки, должна быть возможность подать иск о возмещении утраченного заработка или затрат на юридические услуги (p=0,030).

Дополнительно, были выявлены статистические значимые различия ($p=0,059$), а именно то, что 50% медицинских работников иногда испытывают плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности, которые, когда –либо были подвержены неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов, либо их родственников. В целом, медицинские работники, относятся весьма положительно к введению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

4. Был разработан и внедрен механизм совершенствования системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК, который охватывает комплекс организационных мероприятий, оказываемых межпрофессиональной командой.

Практические рекомендации:

1. Выявленный рост показателей медицинских правонарушений демонстрирует важность реализации обязательной системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, тем самым будет способствовать развитию защитной медицины через призму совершенствования экспертной деятельности, дальнейшего развития института медиации для разрешения медицинских споров, как наиболее доступного и эффективного способа досудебного урегулирования конфликтов.

2. Необходимо обеспечить чтобы на законодательном уровне руководство организаций здравоохранения содействовали оказанию юридической помощи своим медицинским работникам в ходе судебных разбирательств по вопросам, касающимся ответственности сотрудников.

3. Рекомендовать на законодательном уровне осуществлять рассматривание жалоб медицинской организацией с привлечением службы внутреннего аудита и профильных медицинских ассоциаций с применением элементов медиации.

4. Необходимо обеспечить возможность подать иск о возмещении утраченной заработной платы либо финансовых затрат на юридические услуги в случае, если медицинский работник оправдан, но во время следственного процесса понес финансовые убытки.

5. Рекомендовать для внедрения методические рекомендации, в которых представлены основные требования к изменению культуры безопасности в медицинских организациях, с учетом ведения отчетности и принципов обучения связанных с медицинскими инцидентами, на основе передового международного опыта (Приложение Б).

6. Будет уместным задействовать медицинских психологов для обеспечения физического и психологического комфорта пациентов и медицинских работников во время и после судебных разбирательств. Это позволит своевременно выявлять и решать психологические проблемы, включая депрессию, а также оказывать социальную поддержку тем, которые нуждаются в ней.

7. С целью повышения мотивации членов межпрофессиональной

команды, задействованных в мероприятиях по реализации методических рекомендаций и механизма системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, необходимо использовать комплекс мер, в которые может входить оплата труда на основе системы КРІ, пересмотр и/или перераспределение нагрузки на медицинский персонал, нематериальные способы поощрения, а также другие мотивационные инструменты менеджеров здравоохранения.

8. Провести разъяснительную работу среди представителей медицинского сообщества, представителей пациентов и обсудить предлагаемые изменения со всеми заинтересованными сторонами и учесть их мнения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Marshall D.C. et al. Medical malpractice claims in radiation oncology: A population-based study 1985-2012 // International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. - 2015. - Vol. 93, №2. - P. 241-250.
- 2 Lei Y., Browne M.J. Underwriting strategy and the underwriting cycle in medical malpractice insurance // Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice. - 2017. - Vol. 42, №1. - P. 152-175.
- 3 Pokrywka G.S. Malpractice risk according to physician specialty // Cardiology Review. - 2012. - Vol. 28, №1. - P. 35-46.
- 4 Sage W.M., Boothman R.C., Gallagher T.H. Another Medical Malpractice Crisis?: Try Something Different // Journal of the American Medical Association. - 2020. - Vol. 324, №14. - P. 1395-1396.
- 5 WHO COVID-19 dashboard // <https://data.who.int/>. 21.11.2023.
- 6 Fact Sheet: Questions and Answers on EU 's policies on GMOs // https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_15_4778. 10.11.2023.
- 7 d'Aloja E. et al. COVID-19 and medical liability: Italy denies the shield to its heroes // EClinicalMedicine. - 2020. - Vol. 25. - P. 100470.
- 8 Napoli P.E. et al. Safety recommendations and medical liability in ocular surgery during the covid-19 pandemic: An unsolved dilemma // Journal of Clinical Medicine. - 2020. - Vol. 9, №5. - P. 117-123.
- 9 Ministero Della Sanità. Decreto 22 agosto 1994, №582. Regolamento modalità per l'accertamento e la certificazione di morte // <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/10/19/094G0623/sg>. 10.11.2023.
- 10 Figueiredo A.M. de. Tanatologia: Approccio storico-filosofico alla morte nel contesto della medicina legale e del diritto // Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. - 2020. - Vol. 9. - P. 26-55.
- 11 Beccia F. et al. Legal responsibility of vaccinating doctor // Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. - 2021. - Vol. 43, №2. - P. 93-98.
- 12 Raposo V.L., Vieira D.N. Medical Responsibility and Liability in Portugal // In book: Malpractice and Medical Liability. - Berlin, 2013. - P. 189-207.
- 13 Gomes e Costa D.A. et al. Impacto De Vacinação Contra Sarscov2 Em Pacientes Hospitalizados Por Covid19 Acima De 60 Anos // The Brazilian Journal of Infectious Diseases. - 2022. - Vol. 26. - P. 101800.
- 14 Kachalia A.B. et al. Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation // Social Science and Medicine. - 2008. - Vol. 66, №2. - P. 387-402.
- 15 Bible J.E., Spengler D.M., Mir H.R. A primer for workers' compensation // Spine Journal. - 2014. - Vol. 14, №7. - P. 1325-1331.
- 16 Simard J., Morency M.-A. Droit, déontologie et éthique: distinctions et applications en gestion // Revue Organisations & territoires. - 2002. - Vol. 11, №2. - P. 13-18.
- 17 Coderch P.S. et al. El Derecho español de daños hoy: características diferenciales // <https://www.degruyter.com/document/doi/10.2202>. 11.11.2023.
- 18 Petit C. Un Código civil perfecto y bien calculado. El proyecto de 1821 en

la historia de la codificación. - Madrid, 2020. - 409 p.

19 Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil // <https://pdf4pro.com/view/real-decreto-de-24-de-julio-de-1889-por-el>. 11.11.2023.

20 Tapia Herrero I. mirada crítica hacia el derecho de desistimiento en los contratos de consumo y perspectivas de futuro // Revista Jurídica. 2021. - **Nº43**. - P. 59-77.

21 Ley 40/2015. de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público / Jefatura del Estado// Boletín Oficial del Estado. - 2015. - Vol. 236. - P. 89411-89530.

22 Domínguez A.O. La congruencia en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa // <https://vlex.es/vid/congruencia-reguladora-administrativa-434262782>. 11.11.2023.

23 Martínez I.A. et al. Código Penal: Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. - Madrid, 2014. - 777 p.

24 Ritchie H. et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19) // <https://ourworldindata.org/coronavirus>. 11.11.2023.

25 Mathieu E. et al. A global database of COVID-19 vaccinations // Nature Human Behaviour. - 2021. - Vol. 5, Nº7. - P. 947-953.

26 Fontanella G.E.A., Gnerre P., Nardi R. La responsabilità professionale medica oggi // Italian Journal of Medicine. - 2019. - Vol. 7. - P. 1-98.

27 Sanzioni più severe per chi non rispetta le misure restrittive // <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizie>. 11.11.2023.

28 Fenger N., Broberg M. The physician's civil liability under danish law // International Journal of Risk and Safety in Medicine. - 1991. - Vol. 2. - P. 65-82.

29 Alpa G. Il diritto giurisprudenziale e il diritto 'vivente'. convergenza o affinità dei sistemi giuridici? // Sociologia del Diritto. - 2021. - Nº3. - P. 47-81.

30 Samanta J., Samanta A. Medical Law Concentrate. - Oxford, 2021. - 336 p.

31 Kennelly B. et al. The COVID-19 pandemic in Ireland: An overview of the health service and economic policy response // Health Policy and Technology. - 2020. - Vol. 9, Nº4. - P. 419-429.

32 Lievre A. Le Dossier Médical : Concepts Et Evolutions (Droits Des Patients Et Impact Sur La Relation Soignants-Soignés). I-Introduction // Astrid Lièvre et Grégoire Moutel. - 2010. - Nº1. - P. 1-25.

33 Yilshal Fabian A., Noel N W. Doctor-pharmacist collaborative role in patient management: perception of patients, doctors and pharmacists // West African Journal of Pharmacy. - 2014. - Vol. 25, Nº1. - P. 55-67.

34 Desmedt M. Patient âgé et demande d'euthanasie // Gérontologie et société. - 2002. - Vol. 101, Nº2. - P. 93-102.

35 Arr A. Arrêté du 24 juin 2014 établissant la liste des plantes, autres que les champignons, auto... Side 1 af 34 // Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique. - 2014. - Vol. 6. - P. 1-34.

36 Govaerts L. et al. Evaluation of precision medicine assessment reports of the Belgian healthcare payer to inform reimbursement decisions // International J of Technology Assessment in Health Care. - 2020. - Vol. 36, Nº4. - P. 410-417.

37 Van Hoof V. et al. Organisation and quality monitoring for point-of-care

testing (POCT) in Belgium: proposal for an expansion of the legal framework for POCT into primary health care // *Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*. - 2022. - Vol. 77, №2. - P. 329-336.

38 Conklin L.S. et al. Medical Malpractice in Gastroenterology // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. - 2008. - Vol. 6, №6. - P. 677-681.

39 Sommer S.A. et al. Medical Liability and Patient Law in Germany: Main Features with Particular Focus on Treatments in the Field of Interventional Radiology // *RoFo Fortschritte auf dem Gebiet der Rontgenstrahlen und der Bildgebenden Verfahren*. - 2016. - Vol. 188, №4. - P. 353-358.

40 Maeda H., Kurokawa T. Involvement of anticancer drugs in the relief system for adverse drug reactions in Japan // *Japanese Journal of Clinical Oncology*. - 2013. - Vol. 43, №12. - P. 1273-1281.

41 Cascão R. Comparative medical liability law: Some practical notes on methodology // *Medicine and Law*. - 2018. - Vol. 37, №1. - P. 87-100.

42 Fang D. Editorial: medical professional liability crisis in Asia Pacific. // *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*. - 2007. - Vol. 15, №3. - P. 261-263.

43 Michalak M. Medical Malpractice Liability in the United States of America in the Light of the 19th Century Origins of the American Legal System // *Krakowskie Studia z Historii Państwa i Prawa*. - 2021. - Vol. 14, №3. - P. 287-305.

44 McMichael B.J., Van Horn R.L., Viscusi W.K. “Sorry” Is Never Enough: How State Apology Laws Fail to Reduce Medical Malpractice Liability Risk // *Stanford Law Review*. - 2019. - Vol. 71, №2. - P. 341-409.

45 Bal B.S. An introduction to medical malpractice in the United States // *Clinical Orthopaedics and Related Research*. - 2009. - Vol. 467, №2. - P. 339-347.

46 Womach J. et al. Economic impact of simulated increased Soviet purchases of US corn and wheat // *CRS report / Congressional Research Service, the Library of Congress*. - Washington, 1987. - P. 87-252.

47 Heller T.A. Vaccines Immunize People; Legislation Immunizes Vaccine Manufacturers. Legislation in the United States Regulating Liability for the Manufacture, Distribution and Administration of Vaccines // *Medicine, Law & Society*. - 2021. - Vol. 14, №1. - P. 1-42.

48 Yan S.C. et al. International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa, and the United States // *World Neurosurgery*. - 2016. - Vol. 95. - P. 53-61.

49 Biswas A., Shroff M.M. Abusive head trauma: Canadian and global perspectives // *Pediatric Radiology*. - 2021. - Vol. 51, №6. - P. 876-882.

50 Lefebvre G.G., Calder L.A., Bell D. The Medico-Legal Climate in Canada: A Reflection on 75 Years for Obstetrics and Gynaecology // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. - 2019. - Vol. 41. - P. S267-S270.

51 Wu A.W. et al. Disclosing adverse events to patients: International norms and trends // *Journal of Patient Safety*. - 2017. - Vol. 13, №1. - P. 43-49.

52 McBride B. et al. Harms of third party criminalisation under end-demand legislation: undermining sex workers’ safety and rights // *Culture, Health and Sexuality*. - 2021. - Vol. 23, №9. - P. 1165-1181.

53 Shenoy G. Medical Negligence and Medical Law // In book: Recent Advances in Forensic Medicine and Toxicology. - New Delhi, 2018.- P. 3-18.

54 Carver T., Smith M.K. Medical Negligence, Causation and Liability for Non-Disclosure of Risk: a post-wallace framework and critique // Northwestern University Law Review. - 2014. - Vol. 98, №3. - P. 773-826.

55 Cheluvappa R., Selvendran S. Medical negligence - Key cases and application of legislation // Annals of Medicine and Surgery. - 2020. - Vol. 57. - P. 205-211.

56 Mărcău F.C., Purec S., Niculescu G. Study on the Refusal of Vaccination against COVID-19 in Romania // Vaccines. - 2022. - Vol. 10, №2. - P. 261-1-261-11.

57 Pospelova S.I. et al. Negligence in Russia: Expert Legal Analysis of Adverse Outcomes of Medical Care // Ius Gentium. - 2022. - Vol. 94. - P. 225-244.

58 Кодекс Республики Казахстан. Об административных правонарушениях: принят 5 июля 2014 года, №235-V ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235>. 11.11.2023.

59 Уголовный кодекс Республики Казахстан: принят 3 июля 2014 года, №226-V ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226>. 11.11.2023.

60 Алчимбаева М.А. и др. Медико-правовые риски ответственности в системе здравоохранения в период пандемии COVID-19 // Наука и Здравоохранение. - 2021. - Т. 6, №23. - С. 6-14.

61 Alchimbayeva M. et al. Medical Liability, Defensive Medicine, and Introduction to Professional Insurance in the Republic of Kazakhstan // Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. - 2022. - Vol. 10. - P. 495-500.

62 Benton D.C., González-Jurado M.A., Beneit-Montesinos J.V. A structured policy review of the principles of professional self-regulation // International Nursing Review. - 2013. - Vol. 60, №1. - P. 1322.

63 Vincent C., Phillips A., Young M. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action // The Lancet. - 1994. - Vol. 343, №8913. - P. 1609-1613.

64 Alchimbayeva M. et al. The public's views on responsibility for medical errors in the Republic of Kazakhstan // European Journal of Public Health. - 2021. - Vol. 31, №3. - P. iii507-iii508.

65 Законопроект о страховании профессиональной ответственности медицинских работников // <https://www.inform.kz/ru/zakon-o>. 11.11.2023.

66 Lambert B.L. et al. The “Seven Pillars” Response to Patient Safety Incidents: Effects on Medical Liability Processes and Outcomes // Health Services Research. - 2016. - Vol. 51. - P. 2491-2515.

67 Адаптированную модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников планируется ввести в РК // <https://uchet.kz/news/adaptirovannuyu-model-strakhovaniya>. 11.11.2023.

68 Abdrasulov E.B. The Constitution of the Republic of Kazakhstan and International Law // The Bulletin of Academy of Law Enforcement Agencies. - 2021. - №1. - P. 20-31.

69 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе

здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. 11.11.2023.

70 Махамбетчин М.М. О врачебных ошибках // Здравоохранение Российской Федерации. - 2018. - Т. 62, №6. - С. 323-330.

71 Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии. Об утверждении Правил проведения мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий: утв. 22 декабря 2015 года, №174 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/H15EK000174/info>. 11.11.2023.

72 Tsigengagel O. et al. Prevalence and medical error management (review) // Georgian medical news. - 2020. - Vol. 3, №308. - P. 155-160.

73 Tsigengagel O. et al. Epidemiology of Offences against Health in the Republic of Kazakhstan: 2015-2019 // Journal of law and medicine. - 2021. - Vol. 28, №2. - P. 492-502.

74 Kucherenko V.Z., Ekkert N.V. Organizational and managerial problems of the risks in the health service system and the safe medical practice // Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk. - 2012. - Vol. 3, №3. - P. 4-9.

75 Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы: утв. 26 декабря 2019 года, №982 // <https://primeminister.kz/ru/gosprogrammy/gosudarstvennaya-programma>. 10.08.2023.

76 Постановлением Правительства Республики Казахстан. Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина 'Здоровая нация': утв. 12 октября 2021 года, №725 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725#z10>. 10.08.2023.

77 Morisky D.E., Dimatteo M.R. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response // Journal of Clinical Epidemiology. - 2011. - Vol. 64, №3. - P. 262-263.

78 Musa-Juroš K. et al. Measuring healthcare quality – Paradigm of medqual // Acta Clinica Croatica. - 2018. - Vol. 57, №2. - P. 235-242.

79 Jones D.N. et al. Where failures occur in the imaging care cycle: Lessons from the radiology events register // Journal of the American College of Radiology. - 2010. - Vol. 7, №8. - P. 593-602.

80 Bates D.W. et al. Global priorities for patient safety research // BMJ (Online). - 2009. - Vol. 338, №7705. - P. 1242-1244.

81 Classen D.C. et al. 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured // Health Affairs. - 2011. - Vol. 30, №4. - P. 581-589.

82 Noble D.J., Pronovost P.J. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction // Journal of Patient Safety. - 2010. - Vol. 6, №4. - P. 247-250.

83 Chaneliere M. et al. Assessment of patient safety culture: what tools for medical students? // BMC Medical Education. - 2016. - Vol. 16, №1. - P. 1-9.

84 10 facts on patient safety // World Health Organization // <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts>. 10.08.2023.

- 85 Medication Without Harm // <https://www.who.int/initiatives>. 10.11.2023.
- 86 Donaldson L.J. et al. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge // *The Lancet*. - 2017. - Vol. 389, №10080. - P. 1680-1681.
- 87 Tingle J. Considering claims against the NHS // *British Journal of Nursing*. / 2021. - Vol. 30, №15. - P. 936-937.
- 88 Tingle J. An end-of-year report card from NHS Resolution // *British Journal of Nursing*. - 2019. - Vol. 28, №16. - P. 1094-1095.
- 89 The number of CNST and DHSC legacy clinical negligence cases reported by estimate damages range in each financial year from 2016/17 to 2020/21 // https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/07/NHS_Resolution. 10.11.2023.
- 90 Wilson R.M. et al. Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital // *BMJ (Online)*. - 2012. - Vol. 344. - P. e832.
- 91 Makeham D. et al. *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research*. - Geneva, 2008. - 50 p.
- 92 Soukavong M. et al. Signal detection of adverse drug reaction of amoxicillin using the Korea adverse event reporting system database // *Journal of Korean Medical Science*. - 2016. - Vol. 31, №9. - P. 1355-1361.
- 93 Rutherford J.S., Flin R., Irwin A. The non-technical skills used by anaesthetic technicians in critical incidents reported to the Australian Incident Monitoring System between 2002 and 2008 // *Anaesthesia and Intensive Care*. - 2015. - Vol. 43, №4. - P. 512-517.
- 94 Shaqdan K. et al. Root-cause analysis and health failure mode and effect analysis: Two leading techniques in health care quality assessment // *Journal of the American College of Radiology*. - 2014. - Vol. 11, №6. - P. 572-579.
- 95 McCleary N. et al. Abstracts from the Society for Clinical Trials Annual Meeting, Miami, May 21-23, 2012 // *Clinical Trials*. - 2012. - Vol. 9. - P. 450-554.
- 96 Howell A.M. et al. International recommendations for national patient safety incident reporting systems: An expert Delphi consensus-building process // *BMJ Quality and Safety*. - 2017. - Vol. 26, №2. - P. 150-163.
- 97 Rashed A., Hamdan M. Physicians' and Nurses' Perceptions of and Attitudes Toward Incident Reporting in Palestinian Hospitals // *Journal of Patient Safety*. - 2019. - Vol. 15, №3. - P. 212-217.
- 98 *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: technical report and guidance* / World Health Organization. - Geneva, 2020. - 51 p.
- 99 *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance* // <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>. 10.11.2023.
- 100 *Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action* / WHO. - Geneva, 2005. - Vol. 16. - 80 p.
- 101 *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives* / WHO. - Geneva, 2009. - 133 p.
- 102 Glance L.G. et al. National quality forum guidelines for evaluating the scientific acceptability of risk-adjusted clinical outcome measures: A report from the national quality forum scientific methods panel // *Annals of Surgery*. - 2020. -

Vol. 271, №6. - P. 1048-1055.

103 Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа: утв. 22 октября 2020 года, №Кр Дсм-147/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511>. 10.1.2023.

104 Bourne T. et al. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: A cross-sectional survey // *BMJ Open*. - 2015. - Vol. 5, №1. - P. e006687.

105 Spitzer R.L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7 // *Archives of Internal Medicine*. - 2006. - Vol. 166, №10. - P. 1092-1097.

106 Smajdor A., Herring J., Wheeler R. Doctors and the General Medical Council (GMC) // In book: *Oxford Handbook of Medical Ethics and Law*. - Oxford, 2022. - P. 201-210.

107 Marcovitch H. GMC must recognise and deal with vexatious complaints fast [2] // *British Medical Journal*. - 2002. - Vol. 324. - P. 167-168.

108 Balch C.M. et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons // *Journal of the American College of Surgeons*. - 2011. - Vol. 213, №5. - P. 657-667.

109 Shanafelt T.D. et al. Special report: Suicidal ideation among American surgeons // *Archives of Surgery*. - 2011. - Vol. 146, №1. - P. 54-62.

110 Dyer C. GMC and vulnerable doctors: Too blunt an instrument? // *BMJ (Online)*. - 2013. - Vol. 347. - P. f6230.

111 Gadjaradj P.S., Ghobrial J.B., Harhangi B.S. Experiences of neurological surgeons with malpractice lawsuits // *Neurosurgical Focus*. - 2020. - Vol. 49, №5. - P. 1-7.

112 Mello M.M. et al. National costs of the medical liability system // *Health Affairs*. - 2010. - Vol. 29, №9. - P. 1569-1577.

113 Tapuria A. et al. Impact of patient access to their electronic health record: systematic review // *Informatics for Health and Social Care*. - 2021. - Vol. 46, №2. - P. 192-204.

114 Lester G.W., Smith S.G. Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits? // *Obstetrical and Gynecological Survey*. - 1993. - Vol. 48, №10. - P. 669-670.

115 Katz E. Defensive Medicine: A Case and Review of Its Status and Possible Solutions // *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*. - 2019. - Vol. 3, №4. - P. 329-332.

116 Shepherd L. et al. How Medical Error Shapes Physicians' Perceptions of Learning: An Exploratory Study // *Academic Medicine*. - 2019. - Vol. 94, №8. - P. 1157-1163.

117 Howard N.M. et al. Learning Curves in Health Professions Education Simulation Research: A Systematic Review // *Simulation in healthcare: journal of the Society for Simulation in Healthcare*. - 2021. - Vol. 16, №2. - P. 128-135.

118 Babenko O. et al. Lifelong learning along the education and career

continuum: meta-analysis of studies in health professions // Journal of advances in medical education & professionalism. - 2017. - Vol. 5, №4. - P. 157-163.

119 Osti M., Steyrer J. A perspective on the health care expenditures for defensive medicine // European Journal of Health Economics. - 2017. - Vol. 18, №4. - P. 399-404.

120 Vento S., Cainelli F., Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic // World Journal of Clinical Cases. - 2018. - Vol. 6, №11. - P. 406-409.

121 Rodziewicz T.L., Houseman B., Hipskind J.E. Medical Error Reduction and Prevention // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>. 10.11.2023.

122 West C.P. et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study // Journal of the American Medical Association. - 2006. - Vol. 296, №9. - P. 1071-1078.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Свидетельства об авторском праве

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

КҮӘЛІК
2022 жылғы «3» қазан № 29182

Автордың (лардың) жөні, аты, әжесінің аты (егер ол және басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
Цигенгагель Оксана Павловна, Алчимбаева Мақпал Асқаровна

Авторлық құқық объектісі: **адеби туынды.**

Объектінің атауы: **НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕХАНИЗМА ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ
ЗАЩИТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.**

Объектіні жасаған күні: **30.10.2020**





Аудит: www.kazpatent.kz сайтында
Ақпарат көзі: www.kazpatent.kz сайтында www.kazpatent.kz

Патенттік құқықпен қорғалатын объектінің атауы мен авторының
аты және «Авторлық құқық» тізіміндегі қазандағы

ЭЦҚ қол қойылды **Е. Оспанов**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 23567 от «11» февраля 2022 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
Цитенгагель Оксана Павловна, Алчимбаева Макпал Аскарловна, Глушкова Наталья Егоровна

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Инструмент по изучению мнения о медицинских ошибках среди пациентов в Республике Казахстан.

Дата создания объекта: 12.05.2021



Құжат тұлғасына қатысты: <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады: <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Е. Қуантыров

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

ҚУӘЛІК

2022 жылғы «3» қазан № 29177

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
Цингетгелъ Оксана Павловна, Алғамбаева Мақпал Асқаровна

Авторлық құқық объектісі: **адеби туынды.**

Объектінің атауы: **Инструмент по изучению мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане.**

Объектіні жасаған күні: **13.02.2022**



Автор: <http://www.kazpatent.kz> сайтымен
Авторлық құқық белгісімен қамтамасыз етілген. <http://www.kazpatent.kz>
Патенттік құқықпен қамтамасыз етілген. <http://www.kazpatent.kz>
в разделе «Авторское право» <http://www.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӨЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК

2022 жылғы «3» қазан № 29183

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
Патентгегель Оксана Павловна, Алчимбаева Мақпал Асқаровна

Авторлық құқық объектісі: **адеби туынды.**

Объектінің атауы: **Инструмент по изучению мнения пациентов относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в в Республике Казахстан.**

Объектіні жасаған күні: **13.02.2022**



Ақпарат алу үшін: <http://www.kazpatent.kz> сайтына;
Авторлық құқық: www.kazpatent.kz сайты; www.kazpatent.kz

Патенттік құқықтарды қорғауға қатысты ақпараттың қолжетімділігіне
иә рәсімдерді Ақпараттық қызметінің сайтында қараңыз.

ӘЦҚ қол қойылды

Е. Оспанов

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Заключение научно-медицинской экспертизы

№ 907 от 28.06.2022

Заключение научно-медицинской экспертизы № 375 от «28» 06 2022 года на методические рекомендации

Название методических рекомендаций: «Методические рекомендации организациям практического здравоохранения по внедрению системы ведения учёта и анализа инцидентов с целью повышения безопасности пациентов»

Авторы: О.П. Цигенгагель, Н.Е. Глушкова, З.А. Хисметова, Г.Ж. Сарсенбаева, М. А. Алчимбаева

Организация: НАО «Медицинский университет Семей»

Рецензенты:

1. Рахыпбеков Тoleбай Косиябекович – Президент Национальной Ассоциации «Primary Health Care», доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент НАН, доктор Ph.D (Япония), профессор Университета Shimane (Япония), визитинг профессор Manav University (Индия)

2. Матишев Алиакпар Болатович -
Председатель ОО «Национальное общество по защите прав потребителей «САПА»

Критерий оценки	Уровень соответствия, замечания
<i>Соответствие требованиям к оформлению</i>	
Структурные элементы МР (наличие всех необходимых разделов)	Соответствует. Все структурные элементы имеются
Титульный лист и обратная сторона	Соответствует
Перечень сокращений	Соответствует
Содержание	Соответствует
Введение	Соответствует
Основная часть	Соответствует
Заключение	Соответствует
Список литературы – используемой литературы – соответствие ГОСТу	Соответствует
Приложения	-
Общие требования (шрифт, поля, интервалы, нумерация страниц, грамматические и орфографические ошибки)	Соответствует
Иллюстрации и таблицы	Соответствует
Ссылки	Соответствует
<i>Соответствие по содержанию</i>	

Результаты проверки на уникальность текста	Уникальность 73 %
Научная стилистика	Достаточная
Соответствие содержания названию МР и его отдельных разделов	Соответствует
Доказательность сделанных выводов и рекомендаций	Достаточная.
Методологический подход	Достаточный
Наглядность представления материала	Достаточная

Экспертное заключение: «Методические рекомендации организациям практического здравоохранения по внедрению системы ведения учёта и анализа инцидентов с целью повышения безопасности пациентов» могут быть рекомендованы к утверждению.

Решение: Утвердить методические рекомендации «Методические рекомендации организациям практического здравоохранения по внедрению системы ведения учёта и анализа инцидентов с целью повышения безопасности пациентов» и разрешить издание типографским способом.

Экспертная группа:

Председатель экспертной группы,
Директор Департамента
образования, науки и кадровой
политики в здравоохранении, к.м.н.



Байгожина З.А.

Члены Экспертной группы:

1. Независимый эксперт по направлению «Общественное здравоохранение», (из базы независимых экспертов по проведению научно-медицинской экспертизы)

2. Группа методологической и технической поддержки:

Начальник отдела развития
медицинской науки и этики, к.х.н.



Абдуажитова А.М.

Главный специалист, магистр



Аубакирова А.С.

Главный специалист, магистр



Отаргалиева Д.Д.



Данный документ согласно пункту 1 статьи 7 ЗРК от 7 января 2003 года N370-II «Об электронном документе и электронной цифровой подписи», удостоверенный посредством электронной цифровой подписи лица, имеющего полномочия на его подписание, равнозначен подписанному документу на бумажном носителе.

Данный электронный документ DOC24 ID KZSIU9420221001051466177A1 подписан с использованием электронной цифровой подписи и отправлен посредством информационной системы «Казахстанский центр обмена электронными документами» Doculite.kz.

Для проверки электронного документа перейдите по ссылке:

<https://doculite.kz/landing?verify=KZSIU9420221001051466177A1>

Тип документа	Исходящий документ
Номер и дата документа	№ 907 от 28.06.2022 г.
Организация/отправитель	РГП "ПХВ "РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН"
Получатель (-и)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ Г.СЕМЕЙ
Электронные цифровые подписи документа	<p> РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИМЕНИ САЛИДАТ КАИРБЕКОВОЙ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Подписано: КОСТЮК АЛЕКСАНДР MIIWjwYJ...pS1EnCw== Время подписи: 28.06.2022 16:09</p> <p> РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИМЕНИ САЛИДАТ КАИРБЕКОВОЙ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЭЦП канцелярии: АБДУХАЛИКОВА НУРЖАМАЛ MIIWuAYJ...m+Du6jbYb Время подписи: 28.06.2022 16:18</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для изучения мнения пациентов относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан

Уважаемые пациенты! Просим Вас уделить время и ответить на все вопросы анкеты. Мы будем благодарны Вам за искренние и точные ответы. Мы стремимся найти путь обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи для пациента. Ваше мнение очень важно для нас!

Основной целью опроса является изучение мнения населения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.

Полученные нами результаты будут детально проанализированы. Они будут использоваться в рамках диссертационного исследования на тему «Научное обоснование механизма внедрения инструментов защиты профессиональной деятельности медицинских работников» способствуя разработке рекомендаций в целях улучшения системы здравоохранения, которые должны отражать интересы граждан Республики Казахстана.

Информация, предоставленная Вами, будет храниться в условиях строгой конфиденциальности. Ни ваше имя, ни имя Ваших родственников не будут использоваться в документах данного исследования.

Ваше участие в исследовании является полностью добровольным, и вы всегда можете отказаться отвечать на наши вопросы.

Если вы согласны, просим Вас уделить нам свое время и ответить на вопросы анкеты.

Блок А. Демографические вопросы

1. Укажите, пожалуйста, Ваш пол?

- муж
- жен

2. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст?

3. Укажите, пожалуйста, Ваш регион проживания?

- город
- село

4. Напишите, пожалуйста, название региона в котором Вы проживаете?

- А. Акмолинская область.
- Б. Актюбинская область.
- В. Алматинская область.
- Г. Атырауская область.
- Д. Восточно-Казахстанская область.

- Е. Жамбылская область.
- Ж. Западно-Казахстанская область.
- З. Карагандинская область.
- И. Костанайская область.
- К. Кызылординская область.
- Л. Мангистауская область.
- М. Павлодарская область.
- Н. Северо-Казахстанская область.
- О. Туркестанская область.

5. Укажите, пожалуйста Ваше образование?

- среднее;
- среднее специальное;
- неоконченное высшее;
- высшее;
- академическая степень;
- научная степень

6. Укажите пожалуйста, Ваш социальный статус?

- руководитель;
- служащий;
- рабочий;
- пенсионер;
- гражданин льготной категории;
- студент;
- безработный;
- предприниматель;
- другое (укажите) _____

Блок В. Основные вопросы

В1. Как Вы считаете, насколько актуальна проблема возникновения осложнения у пациентов по вине медицинского работника в нашей стране?

- а) очень актуальна;
- б) актуальна;
- в) не очень актуальна;
- г) не актуальна.

В2. Считаете ли Вы, что можете пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника в Казахстане?

- а) обязательно;
- б) возможно;
- в) маловероятно;
- г) ни в коем случае.

В3. Как Вы считаете, какой из нижеперечисленных специалистов имеет

наиболее высокий риск причинения вреда Вашему здоровью?

- а) стоматолог;
- б) терапевт;
- в) педиатр;
- г) акушер-гинеколог;
- д) хирург;
- е) анестезиолог;
- ж) медицинская сестра;
- и) другое (укажите).

В4. За последний год были ли у Вас или у Ваших родственников случаи нанесения вреда здоровью в результате вины медицинских работников?

- а) да; б) нет.

В5. Обращались ли Вы или Ваши родственники куда-либо с жалобами на причинение вреда здоровью по вине медицинских работников?

- а) да; б) нет.

В6. Куда Вы обращались с жалобой на причинение вреда здоровью пациента медицинским работником?

- а) к главному врачу медицинской организации, где был зарегистрирован данный случай;
- б) в Управление здравоохранения Вашего региона;
- в) в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности;
- г) в Министерство здравоохранения РК;
- д) в правоохранительные органы;
- е) в суд;
- ж) в СМИ;
- и) другие (запишите свой вариант): _____

В7. Какие жалобы на оказанные медицинские услуги были у Вас и у Ваших родственников?

- а) несвоевременность оказания медицинской помощи;
- б) неправильное диагностирование заболевания;
- в) неправильное назначение лечения;
- г) неправильное назначение лекарственных средств;
- д) заражение инфекцией во время медицинских манипуляций;
- е) осложнения во время хирургических манипуляций;
- ж) другое (запишите свой вариант) _____

В8. В отношении, какого специалиста имелись жалобы на причинение вреда здоровью пациента медицинским работником у Вас или у Ваших родственников?

- а) стоматолога;
- б) терапевта;
- в) педиатра;

- г) акушер-гинеколога;
- д) хирурга;
- е) анестезиолога;
- ж) медицинской сестры;
- и) другие (запишите свой вариант): _____

В9. Каким образом Вам ответили на жалобу по поводу причинения вреда здоровью по вине медицинского работника?

- а) обещали в рассмотрении жалобы;
- б) принесли извинения за случившееся;
- в) наказали виновного медицинского работника выговором, штрафом или увольнением;
- г) возместили причиненный вред здоровью;
- д) другие (запишите свой вариант): _____

В10. Приходилось ли Вам тратить личные денежные средства на устранение последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинских работников?

- а) да; б) нет.

В 10.1 В каком объеме Вам пришлось потратить личные средства на восстановление здоровья вследствие вреда, причиненного медицинским работником?

- а) до 5 тыс. тенге;
- б) от 5 тыс. до 10 тыс. тенге;
- в) от 10 тыс. до 15 тыс. тенге;
- г) от 15 тыс. до 20 тыс. тенге;
- е) от 20 тыс. и выше.

В 10.2 Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинских работников?

- а) в медицинскую организацию, где причинили вред вашему здоровью, к виновному специалисту;
- б) в медицинскую организацию, где причинили вред вашему здоровью, но к другому специалисту;
- в) в другую государственную медицинскую организацию;
- г) в другую частную медицинскую организацию;
- д) другие (запишите свой вариант): _____

В11. Требовали ли Вы возмещения причиненного вреда здоровью или потраченных личных средств на восстановление здоровья вследствие вины медицинских работников?

- а) да, получил (а) возмещение;
- б) да, но не получил (а);
- в) нет, так как тяжело добиться возмещения;
- г) нет, не думал (а) об этом.

В11.1 В каком объеме Вам возместили причиненный вред или потраченные личные средства на восстановление здоровья?

- а) до 10 тыс. тенге;
- б) от 10 тыс. до 30 тыс. тенге;
- в) от 30 тыс. до 100 тыс. тенге;
- г) от 100 тыс. тенге и выше.

В12. Как Вы относитесь на введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников, что позволит облегчить процедуру возмещения вреда, нанесенного Вашему здоровью медицинским работником?

- а) положительно;
- б) отрицательно;
- в) нейтрально.

В13. Как Вы считаете, кто должен выступить в роли страховщика при введении страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

- а) фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения;
- б) частные страховые компании;
- в) профессиональная ассоциация медицинских работников;
- г) смешанная форма, где страховщиком может быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения.

В14. Какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента?

- а) суд;
- б) независимая экспертная комиссия;
- в) медицинское учреждение.

Благодарим Вас за уделенное нам время!

Дата

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета для изучения мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстане

Уважаемый респондент! Основной целью опроса является изучение мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстане. Вторичной целью было оценить, связаны ли медицинские работники, сообщающие о процессе рассмотрения жалоб, с защитной медицинской практикой, а также изучение влияния жалоб на психологическое благополучие и здоровье медицинских работников.

Полученные нами результаты будут детально проанализированы. Они будут использоваться в рамках диссертационной работы на тему «Научное обоснование механизма внедрения инструментов защиты профессиональной деятельности медицинских работников» способствуя разработке рекомендаций в целях улучшения системы здравоохранения, которые должны отражать интересы граждан Республики Казахстана.

Информация, предоставленная Вами, будет храниться в условиях строгой конфиденциальности. Ни ваше имя, ни наименование Вашей медицинской организации не будут использоваться в документах данного исследования.

Ваше участие в исследовании является полностью добровольным, и вы всегда можете отказаться отвечать на наши вопросы.

Если вы согласны, просим Вас уделить нам свое время и ответить на вопросы анкеты.

Блок А. Просим Вас указать краткую информацию о себе:

1. Укажите, пожалуйста, Ваш пол?

- муж;
- жен.

2. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст, только количество полных лет?

3. Укажите, пожалуйста, Ваш регион проживания?

- город;
- село.

4. Напишите, пожалуйста, название региона в котором Вы проживаете?

- А. Акмолинская область.
- Б. Актюбинская область.
- В. Алматинская область.
- Г. Атырауская область.

- Д. Восточно-Казахстанская область.
- Е. Жамбылская область.
- Ж. Западно-Казахстанская область.
- З. Карагандинская область.
- И. Костанайская область.
- К. Кызылординская область.
- Л. Мангистауская область.
- М. Павлодарская область.
- Н. Северо-Казахстанская область.
- О. Туркестанская область.
- П. Нур-Султан.
- Р. Алматы.

5. Укажите, пожалуйста, сферу Вашей деятельности?

- врач;
- средний мед. персонал.

6. Укажите, пожалуйста, Ваш стаж работы (в количестве лет)?

7. Укажите, пожалуйста, Вашу ежемесячную заработную плату (тыс. тенге)?

8. Тип Вашего медицинского учреждения _____ (областная больница, городская больница, районная больница, городская поликлиника, районная поликлиника, диспансер, НИИ, НЦ)

Блок В. Основные вопросы анкеты

1. Подвергались ли Вы когда-нибудь неофициальной жалобе/официальной жалобе со стороны пациентов либо их родственников?

- а) да; б) нет.

2. Как Вы считаете, какие из нижепредставленных специалистов имеют наиболее высокий риск причинения вреда здоровью пациента?

- а) стоматолог;
- б) терапевт;
- в) педиатр;
- г) акушер-гинеколог;
- д) хирург;
- е) анестезиолог;
- ж) медицинская/-ий сестра/брат;
- е) укажите свой вариант _____.

3. В какой степени Вы согласны/не согласны со следующими утверждениями? (отметьте все поля, относящиеся к Вам):

а) если бы на меня была подана жалоба, я уверен, что мое руководство поддержит меня:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

б) если бы на меня была подана жалоба, я уверен, что мои коллеги поддержат меня:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

в) Если бы на меня была подана жалоба, я уверен, что моя профессиональная медицинская организация поддержит меня:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

г) Я считаю, что процесс рассмотрения жалоб справедливый и ведется в соответствии с законом:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

д) Я считаю, что процесс рассмотрения жалоб носит чрезмерно карательный характер:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;

– не подходит в моем случае.

4. Скажите пожалуйста, приходилось ли Вам или Вашим коллегам/медицинскому учреждению возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения?

а) да; б) нет.

5. Как Вы считаете, по какой причине допускается причинение вреда здоровью в отношении пациента?

б) по причине некомпетентности;

в) по причине халатности;

г) по причине недостаточного обеспечения и оснащенности материально-технических средств;

д) по причине сложности медицинского случая;

е) другое (указать)_____.

6. Скажите пожалуйста, как Вы относитесь на введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

а) положительно;

б) отрицательно;

в) нейтрально.

7. Скажите пожалуйста, какую форму страхования профессиональной ответственности Вы считаете приемлемой для нашей страны?

а) в роли страховщика выступает фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения;

б) в роли страховщика выступает профессиональная ассоциация медицинских работников;

в) в роли страховщика выступают различные страховые компании;

г) смешанная форма, где страховщиком может быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения;

д) другое (укажите свой вариант)_____

8. По Вашему мнению, страхование профессиональной ответственности медицинского работника должно быть обязательным?

а) да; б) нет.

9. Скажите пожалуйста, готовы ли Вы платить определенную сумму денег в целях страхования своей профессиональной ответственности?

а) да, полностью ;

б) да, на условиях, когда 50% покрывает ваша медицинская организация, а 50% сам медицинский работник;

в) нет;

г) другое (укажите свой вариант)_____

10. Скажите пожалуйста, какую сумму Вы готовы платить для страхования своей профессиональной ответственности?

- а) от 15000 до 20000 тенге в год;
- б) от 10000 до 15000 тенге в год;
- в) от 5000 до 10000 тенге в год;
- г) до 5000 в год;
- д) другое (укажите свой вариант) _____

11. Какой позиции Вы придерживаетесь относительно размера взносов при страховании профессиональной ответственности медицинских работников?

- а) единый взнос для всех специалистов медицинского учреждения;
- б) фиксированный взнос в зависимости от специальности, региона, стажа

12. По Вашему мнению, какой орган должен решить вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая?

- а) специальная квалифицированная комиссия;
- б) судебные органы;
- в) главный врач медицинской организации, где зафиксирован случай причинения вреда здоровью пациента;
- г) другое (укажите свой вариант) _____

В. Укажите пожалуйста, насколько, по вашему мнению, любое из следующих изменений улучшит процесс рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения

1. Получить четкий письменный протокол для любого вида медицинской деятельности

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае

2. Строгое соблюдение установленных законом сроков рассмотрения и расследования жалоб.

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае

3. Информировать коллег о жалобах и процессе их расследования, чтобы обеспечить чёткую внутреннюю коммуникацию

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае

4. Установить ограничение на период времени, когда разрешено подавать несколько жалоб, касающихся одного и того же медицинского инцидента или от одного и того же человека или группы лиц.

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

5. В случае, если медицинский работник оправдан, но во время следственного процесса понес финансовые убытки, тогда у него будет возможность подать иск о возмещении утраченного заработка или затрат на юридические услуги:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

6. Обеспечить полную прозрачность любых коммуникаций руководства по предмету жалобы, предоставив доступ к ней представителям медицинского работника:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае

7. Обеспечить обучение медицинских работников по вопросам медицинской этики и права:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;

- не подходит в моем случае

8. Создание института медицинских экспертов с юридическими компетенциями, а также внедрить в судебных и правоохранительных органах специализацию по отрасли медицинского права:

- полностью согласен;
- согласен;
- скорее согласен, чем не согласен;
- не согласен;
- полностью не согласен;
- не подходит в моем случае.

1. Ваши предложения _____

2.

E1. Следующий блок вопросов будет посвящен оценки вашего собственного качества жизни и психологического благополучия и здоровья, как важного показателя ежедневной трудоспособности и продуктивности, в том числе фактора, влияющего на лечение и ведение пациентов.

E1.1 За последние 2 недели, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

1. Снижение интереса или ощущения удовольствия при выполнении своих дел:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

2. Плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

3. Трудности с засыпанием, поверхностный сон или наоборот, чрезмерная сонливость:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

4. Ощущение усталости или пониженной энергии:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

5. Плохой аппетит или переедание:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

6. Негативные представления о себе: например, что у Вас ничего не получается в жизни, или Вы подвели кого-то:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

7. Трудности с концентрацией внимания, например, при чтении или просмотре телепередач, или на работе:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

8. Замедленность движений и речи, которую замечают окружающие. Или, наоборот, чрезмерная и не свойственная Вам суетливость и активность:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

9. Мысли о том, что было бы лучше, если бы Вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое:

- совсем нет;
- иногда;
- большую часть времени;
- почти каждый день.

Благодарим за участие!

Дата