

Получена: 21 марта 2020 / Принята: 10 апреля 2020 / Опубликовано online: 30 июня 2020

DOI 10.34689/SH.2020.22.4.011

УДК 614.256

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ ПРОФИЛЕЙ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ольга Б. Андреева¹, <http://orcid.org/0000-0002-2802-9441>

Тасболат А. Адылханов¹, <http://orcid.org/0000-0002-9092-5060>

Айдана М. Рахманкулова¹, <https://orcid.org/0000-0003-3307-413X>

Жансая Уагызханқызы¹, <https://orcid.org/0000-0002-0240-0097>

Елизавета С. Саяпина¹, **Мадина Е. Қабыкенова**¹, **Кәмила Н. Ергалиева**¹,

Әсем Е. Әсемжанова¹, **Жадыра М. Боранбаева**¹, **Толғанай А. Тұрсымбаева**¹,

Айжан Ж. Калдыкулова¹, **Дана Е. Камаданова**¹

¹ *НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.*

Резюме

Актуальность. С медицинской точки зрения «врачебная ошибка» - это невозможность проведения необходимой диагностики или применения лечения в рамках клинического протокола по объективным и субъективным причинам. Важно отметить, что большая доля врачебных ошибок происходят не из-за низкого профессионализма медицинских работников, а по причине сбоя коммуникации между врачами и пациентами и конфликтами между ними, поэтому изучение рисков возникновения врачебных ошибок всегда остается актуальным.

Цель работы: оценить риски возникновения медицинских ошибок врачей разных профилей Восточно-Казахстанской области.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы действующее законодательство в сфере здравоохранения, а также годовые отчеты Департамента контроля качества и безопасности товаров и услуг Восточно-Казахстанской области (ДККБТУ ВКО) за период 2014-2018 годы.

Результаты исследования. В результате анализа годовых отчетов ДККБТУ ВКО в разрезе по специальностям, было выявлено, что по обращениям физических и юридических лиц за 2014-2018 годы, лидирующие позиции занимают экспертизы с привлечением врачей терапевтов - 199 случаев (23,69%), хирургов 149 случаев (17,74%) и акушер-гинекологов 115 (13,69%). Специалисты: невропатологи, неонатологи, травматологи также достаточно часто привлекались для проведения экспертиз – в 96 (11,43%), 58 (6,90%), 46 (5,48%) случаях соответственно. При этом во всех разделах большое количество обращений на «некачественное лечение», «обоснованность выдачи листка нетрудоспособности», «нарушение норм этики и деонтологии». При этом стоит отметить, что большее количество экспертиз признаны «необоснованными» в вердикте врача-эксперта, тогда как «обоснованные» и «частично обоснованные» обращения физических и юридических лиц зарегистрированы в равных долях.

Выводы. Было выявлено, что наибольшее внимание требуют пациенты, получающие терапевтическую, хирургическую помощь, как на стационарном, так и на амбулаторном уровнях. Качество оказываемых услуг и обоснованная выдача листов нетрудоспособности должны контролироваться в медицинских учреждениях в несколько этапов, что позволит снизить количество обращений по этим причинам. Этика и деонтология – актуальный вопрос по всем специальностям, периодические профилактические беседы, тренинги или обучения с привлечением психологов или психотерапевтов на каждом этапе работы лечебных учреждений помогут наладить процесс взаимодействия и удовлетворить все ожидания пациента.

Ключевые слова: медицинские ошибки, врачебная ошибка, клиническая практика, врач.

Summary

ASSESSMENT OF THE RISK OF MEDICAL ERRORS OF DOCTORS OF DIFFERENT PROFILES OF THE EASTERN KAZAKHSTAN REGION

Olga Andreyeva¹, <http://orcid.org/0000-0002-2802-9441>

Tasbolat Adyikhanov¹, <http://orcid.org/0000-0002-9092-5060>

Aidana Rakhmankulova¹, <https://orcid.org/0000-0003-3307-413X>

Zhansaya Uagyzkhankyzy¹, <https://orcid.org/0000-0002-0240-0097>

Elizaveta Sayapina, Madina Kabykenova, Kamila Ergaliyeva,

Assem Assemzhanova, Zhadyra Boranbayeva, Tolganai Tursymbayeva, Aizhan

Kaldykulova, Dana Kamadanova

¹ *Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan.*

Relevance. From a medical point of view, “medical error” is the impossibility of carrying out the necessary diagnosis or treatment within the framework of the clinical protocol for objective and subjective reasons. It is important to note that a large proportion of medical errors occur not because of the low professionalism of medical workers, but because of a failure in communication between doctors and patients and conflicts between them, therefore, the study of the risks of medical errors always remains relevant.

The aim of the study: to assess the risks of medical errors of doctors of different profiles of the East Kazakhstan region.

Materials and research methods. We analyzed the current legislation in the field of healthcare, as well as the annual reports of the Department for Quality Control and Safety of Goods and Services of the East Kazakhstan region (DQCSGS EKR) for the period 2014-2018.

Research results. As a result of the analysis of the annual reports of the (DQCSGS EKR) in the context of the specialties, it was revealed that in the appeals of individuals and legal entities for 2014-2018, the leading positions are held by examinations involving physicians - 199 cases (23,69%), surgeons 149 cases (17,74%) and obstetrician-gynecologists 115 (13,69%). Specialists: neuropathologists, neonatologists, and traumatologists were also often enough involved in conducting examinations - in 96 (11,43%), 58 (6,90%), 46 (5,48%) cases, respectively. Moreover, in all sections there are a large number of appeals for “poor-quality treatment”, “the validity of issuing a certificate of incapacity for work”, “violation of ethical and deontological standards”. It is worth noting that a larger number of examinations were recognized as “unfounded” in the verdict of an expert doctor, while “substantiated” and “partially justified” appeals of individuals and legal entities were registered in equal shares.

Conclusion. Thus, as a result of the study, it was found that the greatest attention is required for patients receiving therapeutic and surgical care both at the inpatient and outpatient levels. The quality of the services provided and the reasonable issuance of disability certificates should be monitored in medical institutions in several stages, which will reduce the number of requests for these reasons. Ethics and deontology, a topical issue in all specialties, periodic preventive discussions, trainings or trainings with the involvement of psychologists or psychotherapists at each stage of the work of medical institutions will help to establish a process of interaction and satisfy all patient expectations.

Keywords: *medical errors, medical error, clinical practice, physician.*

Түйіндеме

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ МЕДИЦИНА САЛАСЫНЫҢ ӘРТҮРЛІ БАҒЫТЫНДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚАТЕЛЕРІНІҢ ПАЙДА БОЛУ ҚАУПІН БАҒАЛАУ

Ольга Б. Андреева¹, <http://orcid.org/0000-0002-2802-9441>

Тасболат А. Адылханов¹, <http://orcid.org/0000-0002-9092-5060>,

Айдана М. Рахманкулова¹, <https://orcid.org/0000-0003-3307-413X>

Жансая Уағызханқызы¹, <https://orcid.org/0000-0002-0240-0097>

Елизавета С. Саяпина, Мадина Е. Қабыкенова, Кәмила Н. Ергалиева,

Әсем Е. Әсемжанова, Жадыра М. Боранбаева, Толғанай А. Тұрсымбаева,

Айжан Ж. Калдыкулова, Дана Е. Камаданова

¹ *“Семей медицина университеті” КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.*

Тақырыптың өзектілігі. Медициналық тұрғыдан алғанда «медициналық қателік» - бұл объективті және субъективті себептер бойынша клиникалық хаттама аясында қажетті диагностикалық шараны немесе емдеуді жүргізудің мүмкін еместігі болып табылады. Медициналық қателіктердің көп бөлігі медицина қызметкерлерінің кәсіби деңгейінің төмендігінен емес, дәрігерлер мен науқастар арасындағы қарым-қатынастың бұзылуынан және олардың арасындағы келіспеушіліктердің салдарынан болатындығын ескеру маңызды, сондықтан медициналық қателіктердің пайда болу қаупін зерттеу әрқашан өзекті мәселе болып қала береді.

Жұмыстың мақсаты. Шығыс Қазақстан облысының медицина саласының әртүрлі бағытындағы дәрігерлердің медициналық қателіктерінің пайда болу қауіптерін бағалау.

Зерттеу материалдар мен әдістері. Денсаулық сақтау саласындағы қолданыстағы заңнамаға, сондай-ақ Шығыс Қазақстан облысы тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаментінің (ШҚО ТҚСҚБД) 2014-2018 жылдар кезеңіндегі жылдық есептеріне талдау жасалды.

Зерттеу нәтижелері. ШҚО ТҚСҚБД-ның жылдық есептерін мамандықтар бойынша бөліп талдау нәтижесінде жеке және заңды тұлғалардың өтініштеріне сәйкес 2014-2018 ж.ж. жетекші орындарда келесі дәрігерлердің қатысуымен сараптамалардың жетекші орын алатындығы анықталды: терапевттер - 199 жағдай (23,69%), хирургтар - 149 жағдай (17,74%) және акушер-гинекологтар 115 (13,69%). Невропатолог, неонатолог және травматолог сынды мамандар да сараптамаларға 96 (11,43%), 58 (6,90%), 46 (5,48%) жағдайларда жиі тартылған. Сонымен қатар, барлық бөлімдерде «сапасыз емдеу», «еңбекке уақытша жарамсыздық парақшасын берудің негізділігі», «этика және деонтология нормаларын бұзу», «науқастан пара алу» сияқты көптеген үндеулер бар. Айта кететін жайт, сараптамалардың көп бөлігі сарапшы дәрігердің үкімінде «негізсіз» деп танылды, ал жеке және заңды тұлғалардың «негізделген» және «жартылай негізделген» үндеулері тең үлестермен тіркелді.

Қорытынды. Қорытындылай келе, зерттеу нәтижесі бойынша стационарлық және амбулаторлық деңгейдегі терапиялық, хирургиялық көмекті алатын науқастарға ең көп назар аудару қажет екендігі анықталды. Көрсетілетін қызметтердің сапасы және уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын беру медициналық мекемелерде бірнеше кезеңде бақылануы тиіс, бұл осы себептерге байланысты берілетін өтініштер санын азайтуға мүмкіндік береді. Этика және деонтология барлық мамандықтар бойынша өзекті мәселе болып қала береді, сондықтан психологтар немесе психотерапевтердің тартылуымен кезеңді профилактикалық әңгімелер, тренингтер жүргізу медициналық мекемелер жұмысының әр кезеңінде дәрігер мен науқас арасындағы өзара қарым-қатынас процесін жақсартуға және науқастың барлық үміттерін қанағаттандыруға көмектеседі.

Негізгі сөздер: медициналық қателіктер, дәрігер қателігі, клиникалық тәжірибе, дәрігер.

Библиографическая ссылка:

Андреева О.Б., Адылханов Т.А., Рахманкулова А.М., Уағызханқызы Ж., Саяпина Е.С., Қабыкенова М.Е., Ерғалиева К.Н., Әсемжанова Ә.Е., Боранбаева Ж.М., Тұрсымбаева Т.А., Калдыкулова А.Ж., Камаданова Д.Е. Оценка риска возникновения медицинских ошибок врачей разных профилей Восточно-Казахстанской области // Наука и Здоровоохранение. 2020. 4 (Т.22). С. 105-118. doi 10.34689/SH.2020.22.4.011

Andreyeva O., Adyilkhanov T., Rakhmankulova A., Uagyzkhanqyzy Zh., Sayapina E., Kabykenova M., Ergaliyeva K., Assemzhanova A., Boranbayeva Zh., Tursymbayeva T., Kaldykulova A., Kamadanova D. Assessment of the risk of medical errors of doctors of different profiles of the Eastern Kazakhstan region // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2020, (Vol.22) 3, pp. 105-118. doi 10.34689/SH.2020.22.4.011

Андреева О.Б., Адылханов Т.А., Рахманкулова А.М., Уағызханқызы Ж., Саяпина Е.С., Қабыкенова М.Е., Ерғалиева К.Н., Әсемжанова Ә.Е., Боранбаева Ж.М., Тұрсымбаева Т.А., Калдыкулова А.Ж., Камаданова Д.Е. Шығыс Қазақстан облысының медицина саласының әртүрлі бағытындағы дәрігерлердің медициналық қателерінің пайда болу қаупін бағалау // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2020. 3 (Т.22). Б. 105-118. doi 10.34689/SH.2020.22.4.011

Введение

Вопрос ошибок, совершенных врачами при выполнении своих профессиональных обязанностей во все времена, и до сих пор, является чрезвычайно актуальным [22]. В Республике Казахстан каждый человек имеет право на охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь. Несмотря на это, ежегодно во всем мире неуклонно растет число обращений граждан по вопросу качества оказываемых медицинских услуг и причинения вреда здоровью в результате низкоквалифицированного исполнения своих профессиональных обязанностей работниками здравоохранения [23, 28]. Термин «врачебная ошибка» с позиции медицины - это отсутствие возможности проведения качественной диагностики или терапии в рамках существующего законодательства в сфере здравоохранения по тем или иным причинам объективного и субъективного характера. При этом чаще всего ошибки со стороны медицинских работников возникают не по причине низкого качества проводимых диагностических и терапевтических мероприятий, а в связи с отсутствием должного уровня коммуникативных навыков у врачей, как между собой, так и на уровне работы со средним мед.персоналом. Все вышесказанное подтверждает, что изучение рисков возникновения «ятрогенных преступлений» всегда остается актуальным [13, 20].

В целом термин «медицинская ошибка» носит медико-правовой характер и трактуется по-разному учеными в области теории и практики. Е.О. Костикова с точки зрения уголовного права под врачебной ошибкой считает «непреднамеренное ненадлежащее действие (бездействие) медицинского работника, которое несёт вред жизни или здоровью пациента, когда в свою

очередь медицинский работник имел реальную возможность избежать этого» [9]. А.А. Панков рассматривает врачебную ошибку как «добросовестное заблуждение врача в диагнозе, тактике лечения, сформировавшееся из-за несовершенства медицинских знаний, навыков, малого опыта работы» [8]. С криминалистической точки зрения врачебная ошибка определяется как «обусловленная объективными и субъективными факторами, взаимосвязанная со средой и в ней отображающаяся, возникающая и функционирующая в сфере здравоохранения из-за нарушения охраняемых уголовным законом правил оказания медицинской помощи сложная общественно опасная противоправная реальная динамическая повторяющаяся система действий и их последствий, обусловленных ненадлежащим выполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей» [18]. В судебной практике существует два понятия: «медицинская ошибка» и «несчастный случай в медицинской практике». При этом, с медицинской точки зрения характеризуется невозможностью правильно диагностировать заболевание или применением тактики лечения в связи с трудностями объективного и субъективного характера [15].

Ситуация в мире по вопросу медицинских ошибок и ятрогении аналогичная. Так согласно научным публикациям процент врачебных ошибок в США составляет 3–4 %, в Великобритании – 5 %, во Франции – 3 % [3]. На примере Российской Федерации видно, что в 2017 году в судебном порядке было проведено более 175 уголовных дел, связанных с качеством проведения мед. услуг и совершением ошибок медицинского характера, при этом в целом число обращений

составило более 6000, тогда как в 2018 году количество возбужденных дел было зарегистрировано свыше 2000. Медицинские ошибки можно условно разделить на диагностические, технические, лечебные, организационные и тактические [10]. Хотя по литературным данным существует много других видов классификации, при этом к ответственности врач будет привлечен только на основании юридических фактов вне зависимости от факторов, повлиявших на ситуацию [11].

Коммуникативные навыки занимают важное место во врачебной практике. И это обуславливается не только в налаживании контакта врача и пациента, но и во взаимодействии медицинского персонала внутри самого коллектива. При этом, как показывают исследования большая часть дефектов со стороны мед. работников происходит не из-за низкого профессионализма медицинских работников, а по причине сбоя коммуникации между врачами и пациентами и конфликтами между ними [25]. Важно отметить, что в медицине жизнь и здоровье человека напрямую зависит от действий целого коллектива, состоящего из представителей разных отраслей здравоохранения. При этом увеличения количества специалистов для разбора конкретного случая снижает риск допущения ошибки на всех уровнях диагностики и лечения. Необходимо учитывать, что ошибки со стороны мед. работников возникают не только на уровне врачей и администрации, но также на уровне среднего и младшего медицинского персонала [17]. Так, например, нарушение взаимодействия между фармацевтами и провизорами или производителями лекарственных препаратов, проблема коммуникации между пациентами и их родителями или опекунами могут значительно повлиять на исход заболевания, не смотря на верно выставленный диагноз и правильно назначенную терапию [27].

Кравченко Л.М. в своей работе описывает чек-лист, состоящий из пяти вопросов (5 Ws), который позволяет снизить риски возникновения ошибки при использовании информации об пациенте: 1) Кто? Wer? (немецкий язык) – это фамилия и инициалы пациента, основные данные и диагноз; 2) Почему? Warum? – причина обращения (острое заболевание, несчастный случай, плановая операция и прочее); 3) Что? Was? – методы диагностики и выбор терапии; 4) Как? Wie? – оценка самочувствия больного и применение лечения; 5) Куда? Wohin? – решение вопроса о дальнейшей тактике лечения [4].

Существуют официальные протоколы лечения, правила оказания медицинской помощи, которых должен придерживаться врач, но не всегда эти методы терапии могут подойти данному пациенту, ведь это всё сугубо индивидуально, поэтому придерживаясь, данной позиции это в какой-то доле и может стать причиной совершения медицинской ошибки. Практика показывает, что на здоровье пациента влияют как субъективные и объективные факторы [21]. С целью юридической квалификации необходимо выявить субъективные и объективные причины ошибок в медицинской практике. Объективными причинами являются дисциплинарные дефекты, совершенные не умышленно по причине наличия пробелов в знаниях

или отсутствия необходимого стажа работы, такие как неполноценный осмотр, халатность и другие. Из субъективных причин можно выделить: нарушение этики и деонтологии медицинского работника, сбой коммуникации между коллегами или на уровне работы со средним мед. персоналом, применение несовременных методов диагностики и лечения [1].

В настоящее время медицина постоянно развивается и совершенствуются методы диагностики и лечения, но несмотря на это, дефекты и ошибки со стороны мед. работников имеют место быть. При этом, вопрос «врачебных ошибок» актуален не только для медицинских работников и самих пациентов, но и для специалистов юриспруденции, психологии, философии, а также общественных деятелей [19]. Случай возникновения дефекта оказания медицинской помощи не только нарушает взаимодействие между врачом, пациентом и его родственниками, но и может повлечь за собой за собой серьезные последствия: поставить под сомнения все регалии и достижения доктора, а в некоторых случаях привести к бесконечным судебным тяжбам. Ошибки возможны в работе различных профессий, но при этом дефекты в работе специалистов здравоохранения требуют особого внимания, так как врачебная ошибка может повлечь за собой недееспособность, инвалидность и летальный случай [5].

Любой врач может совершить ошибку, никто от этого не застрахован. Врач это в первую очередь такой же человек как и все люди, это не запрограммированная машина, которая в свою очередь тоже может дать сбой. Но так как врачевание это большая ответственность, это и обуславливает разумного отношения к своей профессии и заслуженного доверия пациента [16].

Люди разных профессий, которые так же несут ответственность за жизнь других людей, будь это водитель автотранспортного средства, пилот, авиадиспетчер, воспитатель, совершив одно неправильное действие, может сиюминутно подвергнуть смерти нескольких людей [14].

Резюмируя, необходимо осветить основные моменты вопроса медицинских ошибок:

1. Здравоохранение – это не область точных наук, риск возникновения ошибок очень высок. При этом, согласно литературным данным не существует точного понятия «врачебная ошибка», единого для всех медицинских работников.

2. Нужно четко различать стороны медицинской ошибки в виде простого несоблюдения медицинской этики, компетенций, небрежного отношения и преступного деяния. И этим вопросом занимается правовая сторона.

3. Такой фактор, как «случайность» в медицине тоже имеет место быть. Предугадать его бывает сложно, а вместе с ним и его последствия.

4. Особое внимание при совершении врачебных ошибок автоматически уделяется на такие ключевые моменты, как диагностика и лечения. И такое мнение уже само по себе не правильное, так как это еще больше ограничивает проблему поиска причины.

5. Во всех странах есть случаи ошибок со стороны мед. работников.

Таким образом, врачебная ошибка с точки зрения юриспруденции — это неумышленное нанесение ущерба здоровью пациента на различных этапах диагностики или лечения [6, 24].

Цель: оценить риски возникновения медицинских ошибок врачей разных профилей восточно-казахстанской области.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы приказы, положения и иные документы действующего законодательства в сфере здравоохранения, а так же годовые отчеты в разрезе по специальностям, по причинам обращения граждан и обоснованности жалоб

Департамента контроля качества и безопасности товаров и услуг Восточно-Казахстанской области (далее – ДККБТУ ВКО) Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан за период 2014-2018 годы.

Результаты исследования

По результатам проведенного анализа данных годовых отчетов ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы было выявлено, что лидирующие позиции занимают экспертизы, проведенные врачом терапевтом 199 (23,7%) и хирургом 149 (17,7%) случаев (Таблица 1).

Таблица 1.

Проведение экспертиз в рамках работы ДККБТУ ВКО за 2014-2018 годы в разрезе по специальностям.

(Conducting examinations within the framework of the work of the DQCSGS EKR for 2014-2018 in the context of specialties).

Специальность	2014	2015	2016	2017	2018	Итого
Педиатр	5 (3,7%)	4 (2,3%)	1 (0,5%)	3 (2,5%)	3 (1,3%)	16 (1,9%)
Акушер-гинеколог	12 (8,9%)	18 (10,5%)	36 (19,2%)	19 (15,6%)	30 (13,4%)	115 (13,9%)
Хирург	24 (17,9%)	41 (23,8%)	38 (20,2%)	13 (10,7%)	33 (14,7%)	149 (17,7%)
Терапевт	25 (18,7%)	41 (23,8%)	28 (14,9%)	31 (25,4%)	74 (33%)	199 (23,7%)
Суд.медэксперт	0	0	0	0	0	0
Неонатолог	7 (5,2%)	6 (3,5%)	14 (7,5%)	10 (8,2%)	21 (9,4%)	58 (6,9%)
Травматолог	10 (7,5%)	10 (5,8%)	8 (4,3%)	7 (5,7%)	11 (4,9%)	46 (5,4%)
Фтизиатр	7 (5,2%)	5 (2,9%)	5 (2,7%)	3 (2,5%)	1 (0,5%)	21 (2,5%)
Уролог	0 (0%)	1 (0,6%)	2 (1,1%)	0	1 (0,5%)	4 (0,5%)
Кардиолог	10 (7,5%)	0	4 (2,1%)	1 (0,8%)	6 (2,7%)	21 (2,5%)
Нейрохирург	5 (3,7%)	6 (3,5%)	8 (4,3%)	2 (1,6%)	0	21 (2,5%)
Онколог	2 (1,5%)	9 (5,2%)	2 (1,1%)	2 (1,6%)	7 (3,1%)	22 (2,6%)
Анестезиолог	2 (1,5%)	2 (1,2%)	3 (1,6%)	0	0	7 (0,8%)
Невропатолог	15 (11,2%)	21 (12,2%)	25 (13,3%)	18 (14,8%)	17 (7,6%)	96 (11,4%)
Окулист	0	0	3 (1,6%)	1 (0,8%)	0	4 (0,5%)
Нефролог	0	0	3 (1,6%)	0	0	3 (0,4%)
Гастрэнтеролог	0	0	1 (0,5%)	0	0	1 (0,1%)
Психиатр	7 (5,2%)	3 (1,7%)	0	2 (1,6%)	2 (0,9%)	14 (1,7%)
Стоматолог	3 (2,2%)	5 (2,9%)	7 (3,7%)	9 (7,4%)	5 (2,2%)	29 (3,5%)
Нарколог	0	0	0	0	2 (0,9%)	2 (0,2%)
Инфекционист	0	0	0	0	1 (0,5%)	1 (0,1%)
Рентгенолог	0	0	0	0	1 (0,5%)	1 (0,1%)
Организатор здравоохранения	0	0	0	0	9 (4,0%)	9 (1,1%)
Лаборант	0	0	0	1 (0,8%)	0	1 (0,1%)
Итого	134	172	188	122	224	840

В разрезе по специальностям по терапии наибольшее количество проверок в процентном отношении к другим специальностям было проведено в 2018 году - 74 (33,0%) экспертизы, при этом наименьшее количество было проведено в 2016 году - 25 случаев (14,9%). Аналогично, по хирургии больше количество экспертиз было проведено в 2015 году 41 (23,8%) и наименьшее – в 2014 году - 13 (10,7%) экспертизы. Следующее место занимают проверки, проведенные акушер-гинекологами за пятилетний период – 115 (13,9%) и невропатологами - 96 (11,4%) экспертиз. При этом, акушер-гинекологами наибольшее количество экспертиз среди других специальностей было проведено в 2016 году - 36 (19,2%) и наименьшее - в 2014 году 12 (8,9%) случаев. Невропатологами большее количество экспертиз по отношению к другим

специальностям за год было проведено в 2017 году - 18 (14,8%) и наименьшее – в 2018 году 17 (7,6%).

Неонатологи за пятилетний период привлекались в 58 (6,9%) случаях, травматологи – в 46 (5,4%). При этом, неонатологии чаще привлекались в 2018 году, что составило - 21 (9,4%) экспертиза, тогда как реже, чем другие специалисты - в 2015 году - 6 (3,5%) случаев. Наибольшее количество экспертиз в разрезе по специальностям по травматологическому профилю было проведено в 2014 году - 10 (7,5%). За исследуемый период стоматологи были привлечены в 29 (3,5%) случаях, при этом в результате анализа было отмечено, что наибольшее количество проверок в течении года по данному направлению было проведено в 2017 году - 9 (7,4%) и наименьшее - в 2014 и 2018 годах - 3 (2,2%) и 5 (2,2%) случая соответственно.

По профилю «онкология» за 2014-2018 годы было проведено 22 (2,6%) проверки, тогда как фтизиотерапевты, кардиологи и нейрохирурги привлекались одинаково часто - в 21 (2,5%) случаев. При этом важно отметить, что в 2018 году не было зарегистрировано проверок по нейрохирургическому профилю, а в 2015 году – по кардиологии. Проверки по педиатрии были зарегистрированы за пятилетний период в 16 (1,9%) случаях. На долю психиатрической службы пришлось - 14 (1,7%) случаев, при этом наибольшее количество экспертиз было проведено в 2014 году - 7 (5,2%), с годами отмечается снижение количества проводимых экспертиз психиатрами по отношению к остальным специальностям, при этом в 2016 году экспертиз зарегистрировано не было.

Эксперты по специальности «организация здравоохранения» активно стали привлекаться в 2018 года, тогда количество проверок составило - 9 случаев (4,0%), при этом в процентном соотношении к другим специальностям за пятилетний период это составило - 9 (1,1%) случаев.

По данным таблицы 1 видно, что другие специалисты были привлечены намного реже, чем вышеперечисленные. Так анестезиологи за пять лет привлекались в 7 (0,8%), урологи и нефрологи в 4 (0,5%) и 3 (0,4%) случаях соответственно. Однократно привлекались лаборанты, рентгенологи, инфекционисты и гастроэнтерологи (1 (0,1%)).

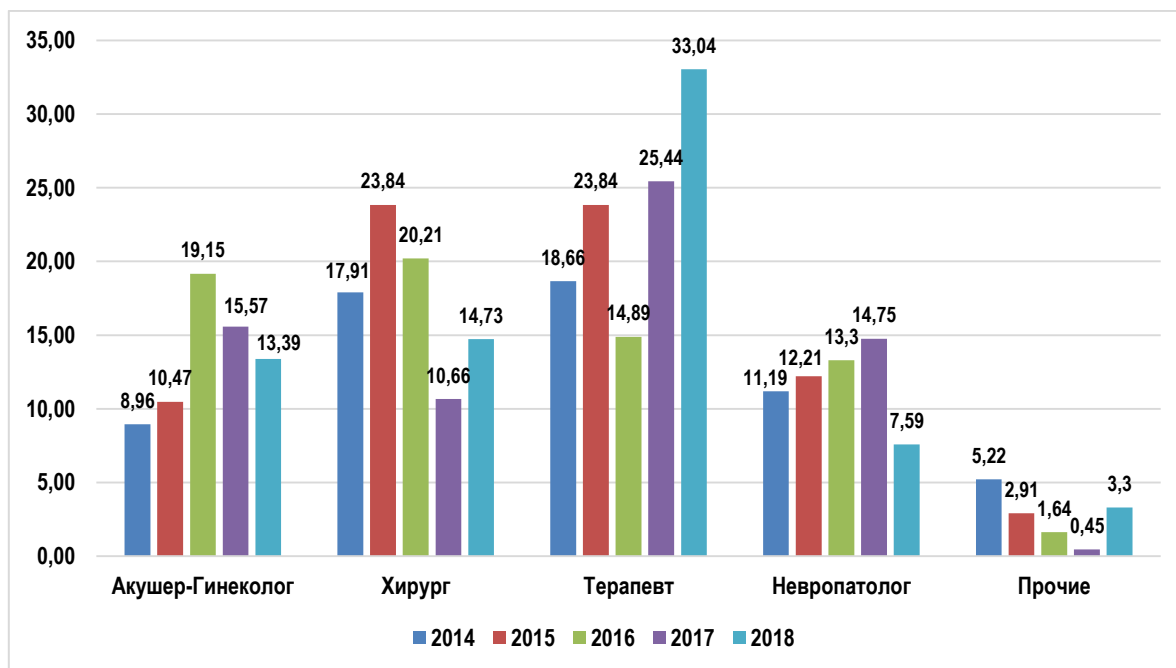


Рисунок 1. Результаты анализа годовых отчетов ДККБТУ ВКО в разрезе по специальностям.

(The results of the analysis of the annual reports of the DQCSGS EKR in the context of specialties).

Таким образом, в результате анализа годовых отчетов ДККБТУ ВКО в разрезе по специальностям, было выявлено, что по обращениям физических и юридических лиц за 2014-2018 годы лидирующие позиции занимают экспертизы с привлечением врачей терапевтов - 199 случаев (23,7%), хирургов 149 случаев (17,7%) и акушер-гинекологов 115 (13,7%). Специалисты: невропатологи, неонатологи, травматологи также достаточно часто привлекались для проведения экспертиз – в 96 (11,4%), 58 (6,9%), 46 (5,5%) случаях соответственно (Рисунок 1).

В ходе нашего исследования также был проведен анализ годовых отчетов ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы с учетом причин обращения граждан (Таблица 2,3).

При ведении учета обращений были учтены следующие виды причин:

1. Некачественное лечение и/или обследование.
2. Обоснованность выдачи листка нетрудоспособности.

3. Недостатки в организации приема больных.
4. Нарушение норм этики и деонтологии.
5. Нарушения, связанные с работой руководителей.
6. Жалобы на качество оказания высокоспециализированной помощи (ВСМП).
7. Жалобы на качество и обоснованность судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).
8. На качество и обоснованность судебно-наркологической экспертизы (СНЭ).
9. На качество и обоснованность военно-врачебной экспертизы (ВВЭ).
10. Взимание денежных средств пациента
11. Приобретение медикаментов, входящих в список жизненно важных лекарственных средств (ЖВЛС).
12. Прочие.

Таким образом, первым этапом были проанализированы причины обращения граждан в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы по службам терапии, хирургии и педиатрии (Таблица 2).

Таблица 2.

Причины обращения граждан в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы по службам терапии, хирургии и педиатрии.

(Reasons for citizens applying to the DQCSGS EKR for the period 2014-2018 for the services of therapy, surgery and pediatrics).

Профиль	Годы	Некачественное лечение, обследование,	Отказ в госпитализации	Обоснованность выдачи листка нетрудоспособности	Нарушение норм этики и деонтологии	нарушения, связанные с работой руководителей	на качество и обоснованность СПЭ	на качество и обоснованность СНЭ	взимание денежных средств с пациента	приобретение медикаментов, входящих в список ЖВЛС	прочие
Терапевтическая служба	2014	38 (76,0%)	1 (2,0%)	11 (22,0%)	0	0	0	0	0	0	0
	2015	45 (60,0%)	0	30 (40,0%)	0	0	0	0	0	0	0
	2016	52 (57,1%)	1 (1,1%)	36 (39,6%)	0	1 (1,1%)	0	1 (1,1%)	0	0	0
	2017	46 (47,9%)	1 (1,0%)	42 (43,8%)	2 (2,1%)	0	0	0	2 (2,1%)	1 (1,0%)	2 (2,1%)
	2018	131 (74,0%)	0	1 (0,6%)	15 (8,5%)	1 (0,6%)	0	0	7 (3,9%)	9 (5,1%)	13 (7,3%)
Хирургическая служба	2014	39 (84,8%)	0	6 (13,0%)	0	0	1 (2,2%)	0	0	0	0
	2015	53 (77,9%)	0	14 (20,6%)	0	0	0	0	1 (1,5%)	0	0
	2016	45 (76,3%)	1 (1,7%)	10 (16,9%)	1 (1,7%)	0	0	0	0	0	2 (3,4%)
	2017	40 (75,5%)	1 (1,9%)	7 (13,2%)	1 (1,9%)	0	0	0	0	0	4 (7,5%)
	2018	36 (85,7%)	0	0	3 (7,1%)	0	0	0	3 (7,1%)	0	0
Педиатрическая служба	2014	19 (95,0%)	0	1 (5,0%)	0	0	0	0	0	0	0
	2015	17 (94,4)	0	1 (5,6%)	0	0	0	0	0	0	0
	2016	18 (78,3%)	0	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	0	0	1 (4,3%)	0	0
	2017	14 (87,5%)	0	0	0	0	0	0	0	0	2 (12,5%)
	2018	8 (72,75)	0	0	2 (18,2%)	1 (9,1%)	0	0	0	0	0

Анализ обращений по терапевтическому профилю показал, что наиболее частой причиной обращения послужило некачественное обследование и/или лечение, за 5 летний период частота проверок по этому направлению составила от 47,9% до 76,0%. Второй по частоте причиной послужила обоснованность выдачи листка нетрудоспособности, при этом наиболее часто обращения по данной причине были зарегистрированы в 2015 и 2017 годах – 30 (40,0%) и 42 (43,8%) экспертиз соответственно. Нарушение норм этики и деонтологии послужило причиной обращения наиболее часто в 2018 году - 15 (8,5%) случаев. По нарушениям, связанным с работой руководителей было зарегистрировано по 1 случаю в 2016 и 2018 годах, что составило 1,1% и 0,6% соответственно.

В результате анализа обращений хирургического профиля было выявлено, что наиболее часто граждане обращались с вопросом качества лечения и обследования, так в 2018 году процент таких обращений составил 85,7% в отношении других причин. При этом однократно причиной обращения послужил отказ в госпитализации в 2016 и 2017 годах – в 1 (1,7%) и 1 (1,9%) случаях соответственно. Достаточно чате причиной обращения была обоснованность выдачи листка нетрудоспособности, так в 2015 году было зарегистрировано 14 (20,6%) экспертиз. Нарушение норм этики и деонтологии было зарегистрировано однократно в период с 2016 по 2018 годы – 1 (1,7%), 1 (1,9%) соответственно. Обращения по поводу взимания денежных средств пациента были

зарегистрированы 2018 году - 3 (7.1%) случая, однократно в 2015 году (1 (1.5%)), в другие года проверок по данному направлению не было. Проверок по нарушениям, связанным с работой руководителей, жалоб на качество и обоснованность СНЭ и приобретение медикаментов, входящих в список ЖВЛС проведено не было.

Аналогичный анализ работы педиатрической службы показал, что наибольшее количество проверок было проведено по причине некачественного обследования или лечения. Так в 2014 и 2015 годах количество экспертиз по данному направлению составило – 19 (95,0%) и 17 (94,4) случаев соответственно. По случаю обоснованности выдачи

листка нетрудоспособности эксперты привлекались однократно в 2014, 2015 и 2016 годах – 1 (5,0%), 1 (5,6%) и 1 (4,3%) случая соответственно. Нарушение норм этики и деонтологии было зарегистрировано дважды в 2016 (2 (8,7%)) и 2018 (2 (18,2) годах. По нарушениям, связанным с работой руководителей проверки открывались однократно в 2016 (1 (4,3%)) и 2018 (1 (9,1%)) годах. В 2016 году однократно поступила жалоба по случаю взимание денежных средств пациента - 1 (4,4%) случай.

Далее в нашем исследовании был проведен анализ причин обращения за пятилетний период по специальностям «акушерство и гинекология» и «стоматология» и прочие (Таблица 3).

Таблица 3.

Причины обращения граждан в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы по специальностям «акушерство и гинекология» и «стоматология» и прочие.

(Reasons for citizens applying to the DQCSGS EKR for the period 2014-2018 in the specialties "obstetrics and gynecology" and "dentistry" and others).

Профиль	Годы	Некачественное лечение, обследование	Обоснованность выдачи листка нетрудоспособности	Недостатки в организации приема больных	Нарушение норм этики и деонтологии	на качество оказания ВСМП	на качество и обоснованность СПЭ	на качество и обоснованность СНЭ	взимание денежных средств пациента	прочие
Акушерство и гинекология	2014	25 (96,1%)	1 (3,8%)	0	0	0	0	0	0	0
	2015	31 (64,6%)	17 (35,4%)	0	0	0	0	0	0	0
	2016	29 (50,0%)	26 (45,6%)	1 (1,7%)	0	1 (1,7%)	0	0	0	0
	2017	18 (42,9%)	19 (45,2%)	0	1 (2,4%)	0	0	0	0	4 (9,5%)
	2018	11 (9,0%)	111 (91,0%)	0	0	0	0	0	0	0
Стоматологическая служба	2014	3 (100,0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0	0	0	0	0	0	0
	2016	12 (85,7%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	0	0	0	0	0	0
	2017	4 (100,0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
	2018	8 (100,0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
Прочие	2014	30 (85,7%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	0	0	1 (2,9%)	2 (5,7%)	0	0
	2015	33 (94,3%)	1 (2,9%)	0	0	0	0	1 (2,9%)	0	0
	2016	35 (94,6%)	1 (2,7%)	0	0	1 (2,7%)	0	0	0	0
	2017	29 (93,5%)	0	1 (3,2%)	0	0	0	0	1 (3,2%)	0
	2018	22 (50,0%)	0	0	0	1 (2,3%)	0	0	0	21 (47,7%)

По данным таблицы 3 прослеживается аналогичная ситуация – лидирующие причины обращений по специальности «акушерство и гинекология» занимают некачественное обследование и/или лечение, а также обоснованность выдачи листка нетрудоспособности. Так в 2014 году зарегистрировано наибольшее количество проверок по поводу качества мед.услуг – 25 (96,1%), в 2018 году больший процент открытых экспертиз был по поводу обоснованности выдачи листка нетрудоспособности – 111 (91,0%) случай. Однократно зарегистрирована проверка по поводу организации приема больных в 2016 году - 1 (1,7%) случай и по причине нарушения норм этики и деонтологии – 1 (2,4%) случай в 2017 году. На качество оказания ВСМП была открыта 1 (1,7%) проверка в 2016 году. В работе стоматологической службы наибольшее количество проверок было открыто по поводу некачественного оказания мед.услуг (обследование и/или лечение). Так в 2014, 2017 и 2018 годах число проверок составило 3 (100,0%), 4 (100,0%) и 8 (100,0%) экспертиз соответственно. В 2015 году однократно была зарегистрирована проверка по поводу обоснованности выдачи листка нетрудоспособности – 1 (10,0%) случай. В 2016 году по 1 (7,1%) проверке было открыто по поводу выдачи листка нетрудоспособности и организации приема больных. Экспертизы,

проведенные по другим специальностям, не имели принципиальных отличий в процентном соотношении между причинами обращений. В большинстве случаев, причиной послужило некачественное лечение и обследование, так в 2015 году это число составило 33 (94,3%), а в 2016 – 35 (94,6%) проверок. Важно отметить, что в 2014 и 2015 годах также имели место быть обращения на качество и обоснованность СНЭ – 2 (5,7%) и 1 (2,9%) случая соответственно. На качество оказания ВСМП были однократно открыты проверки в 2016 (1 (2,7%)) и 2018 (2,3%) годах.

В ходе нашего исследования был проведен анализ обоснованности обращений в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы (Таблица 4,5).

По представленным данным в таблице 4 видно, что в результате проведенных экспертиз по терапевтическому профилю за пятилетний период больший процент обращений были необоснованны. Так в 2018 году 91 (81,98%) случай были признаны не обоснованными и только 9 (8,1%) – обоснованными и 11 (9,9%) частично обоснованными.

Важно отметить, что соотношение обоснованности жалоб в 2016 году было иным, так 29 (31,9%) обращений были признаны обоснованными со стороны граждан, 10 (11,0%) – частично обоснованными и 52 (57,1%) необоснованными.

Таблица 4.

Обоснованность обращения граждан в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы по службам терапии, хирургии и педиатрии.

(Reasonableness of citizens' appeal to the DQCSGS EKR for the period 2014-2018 for the services of therapy, surgery and pediatrics).

Профиль	Годы	Обоснованно	Обоснованно частично	Необоснованно
Терапевтическая служба	2014	11 (22,0%)	6 (12,0%)	33 (66,0%)
	2015	17 (22,7%)	11 (14,7%)	47 (62,7%)
	2016	29 (31,9%)	10 (11,0%)	52 (57,1%)
	2017	27 (29,0%)	9 (9,7%)	57 (61,3%)
	2018	9 (8,1%)	11 (9,9%)	91 (82,0%)
Хирургическая служба	2014	12 (26,1%)	5 (10,9%)	29 (63,0%)
	2015	15 (22,1%)	7 (10,3%)	46 (67,7%)
	2016	17 (28,8%)	13 (22,0%)	29 (49,2%)
	2017	14 (26,4%)	11 (20,8%)	28 (52,8%)
	2018	5 (14,7%)	3 (8,8%)	26 (76,5%)
Педиатрическая служба	2014	4 (20,0%)	5 (25,0%)	11 (55,0%)
	2015	7 (38,9%)	6 (33,3%)	5 (27,8%)
	2016	6 (26,1%)	9 (39,1%)	8 (34,8%)
	2017	3 (18,8%)	7 (43,8%)	6 (37,5%)
	2018	4 (36,4%)	2 (18,2%)	5 (45,5%)

Аналогичная ситуация прослеживается при анализе жалоб по хирургическому профилю - большее количество экспертиз по заключению эксперта были необоснованными. За 2014 – 2018 годы на долю необоснованных жалоб пришлось от 49,2% (2016 год) до 26 (76,5%) (2018 год) случаев. При этом наибольшее количество обоснованных и частично обоснованных обращений пришлось на

2016 год – число экспертиз составило 17 (28,8%) и 13 (22,0%) соответственно.

По педиатрической службе картина несколько иная. Более высокие проценты приходятся на долю как необоснованных, так и частично обоснованных жалоб. При этом обоснованными были признаны обращения в 2015 и 2018 году – 7 (38,9%) и 4 (36,4%) случая соответственно.

Таблица 5.

Обоснованность обращения граждан в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы по службам терапии, хирургии и педиатрии.*(Reasonableness of citizens' appeal to the DQCSGS EKR for the period 2014-2018 for the services of therapy, surgery and pediatrics).*

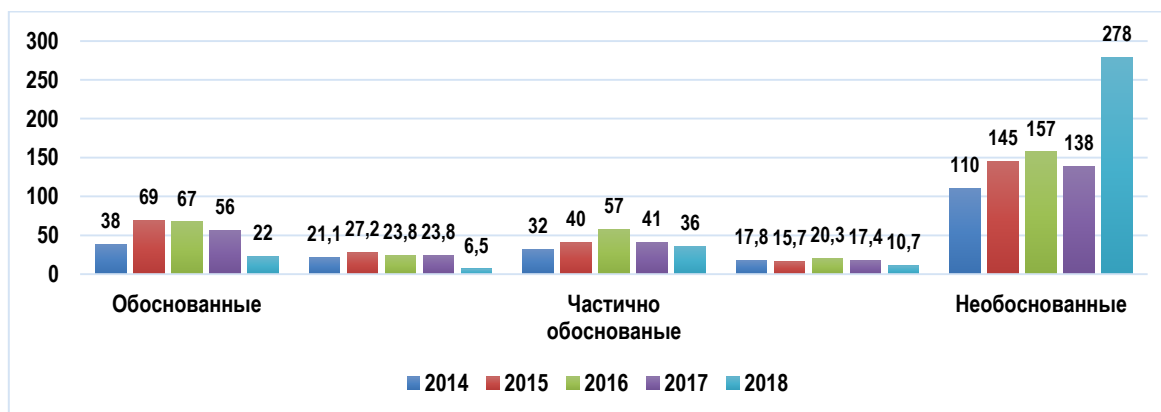
Профиль	Годы	Обоснованно	Обоснованно частично	Необоснованно
Акушерство и гинекология	2014	3 (11,5%)	9 (34,6%)	14 (53,9%)
	2015	16 (33,3%)	9 (18,8%)	23 (47,9%)
	2016	7 (12,3%)	15 (26,3%)	35 (61,4%)
	2017	7 (18,4%)	7 (18,4%)	24 (63,2%)
	2018	4 (3,5%)	7 (6,0%)	105 (90,5%)
Стоматологическая служба	2014	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
	2015	5 (50,0%)	3 (30,0%)	2 (20,0%)
	2016	2 (14,3%)	2 (14,3%)	10 (71,4%)
	2017	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)
	2018	0	3 (50,0%)	3 (50,0%)
Прочие	2014	8 (22,9%)	5 (14,3%)	22 (62,9%)
	2015	9 (25,7%)	4 (11,4%)	22 (63,0%)
	2016	6 (16,2%)	8 (21,6%)	23 (62,2%)
	2017	4 (12,9%)	6 (19,4%)	21 (67,7%)
	2018	0	10 (17,2%)	48 (82,8%)

При анализе обращений по профилю «акушерство и гинекология» было выявлено, что наибольшее количество жалоб были необоснованными. Так в 2018 году их количество составило 105 (90,5%). При этом в период с 2014 по 2017 годы в среднем были колебания от 47,9% (2015 год) до 63,2% (2017 год). Большая часть обоснованных обращений данного профиля пришлось на 2015 год, когда их число составило 16 (33,3%).

Анализ жалоб по стоматологии показал, что в 2015 году процент обоснованных обращений составил 5 (50,0%), при этом частично обоснованных - 3 (30,0%)

случая, и 2 (20,0%) не обоснованными. Далее соотношение менялось, процент необоснованных жалоб увеличивалось. Так в 2018 году среди всех обращений по данному профилю обоснованных жалоб зарегистрировано не было, тогда как, частично и необоснованные случаи составили по 3 (50,0%) обращения.

Таким образом, в 2014 году на долю обоснованных жалоб пришлось 38 (21,1%) экспертиз, при этом частично обоснованными - 32 (17,8%) и необоснованными 110 (31,1%) (Рисунок 2).

**Рисунок 2. Анализ обоснованности обращений в ДККБТУ ВКО за период 2014-2018 годы.***(Analysis of the validity of appeals to DQCSGS EKR for the period 2014-2018).*

Анализ обращений 2015 года показал, что обоснованными были признаны 69 (27,2%) случая, частично обоснованными 40 (15,7%) и необоснованными 145 (57,1%) случаев. 2016 год не имел существенных отличий в процентном соотношении, так обоснованы и частично обоснованы были обращения в 69 (27,2%) и 40 (15,7%) случаях соответственно, тогда как необоснованными по заключению эксперта были зафиксированы 145 (57,1%) обращений. В 2017 году обоснованных жалоб было 56 (23,8%), частично обоснованных - 41 (17,4%), на долю

необоснованных жалоб пришлось 138 (58,7%) экспертиз. Проведенный анализ обращений 2018 года показал, что обоснованных и частично обоснованных жалоб было зарегистрировано 22 (6,5%) и 36 (10,7%) соответственно, при этом необоснованных - 278 (82,7%) экспертиз.

Обсуждение результатов исследования.

Анализ полученных данных показал, что исследование вопроса врачебных дефектов и ошибок дает возможность изучить их причины и разработать профилактические мероприятия по снижению риска их

возникновения. По мнению Баринаова Е.Х. современные тенденции развития юриспруденции и науки в сфере здравоохранения требуют новых методов анализа как теории, так и практики, что представляет собой медико-юридическую проблему большого значения, решение которой актуально для правового поля и практической медицины. Понятия "врачебная ошибка" и "дефект медицинской помощи" изучаются на протяжении длительного времени в связи с широким использованием данных терминов [9, 11, 12]. Вместе с соавторами приводят несколько примеров классификации медицинских ошибок, при этом отмечают, что наиболее частыми причинами медицинских ошибок являются: низкий профессионализм (качество оказываемых мед.услуг) – в 24,7% случаях; недостаточно полная диагностика пациентов - 14,7%; нарушение этики и деонтологии при общении с пациентом - 14,1%; вопросы организационного характера - 13,8%; ошибки оценки общего соматического статуса пациента - 2,6%. Полученные результаты в ходе нашего исследования имели сопоставимые данные с литературными данными.

Доктор юридических наук Лопатина Т. М. считает врачебную ошибку дефектом оказания медицинской помощи. Учитывая данные проведенного нами анализа, не можем с ней не согласиться – некачественно проведенные диагностические и лечебные мероприятия – одна из основных причин обращений граждан (в среднем выше 50,0% случаев). Также Лопатина Т.М. рекомендует использование искусственного интеллекта при оказании медицинской услуги, что поможет снизить риск ошибок диагностики и индивидуального выбора препаратов и прочее [7, 26].

Криминалист Тузлукова М.В. также затрагивает тему медицинских ошибок как в своем диссертационном исследовании так и во множестве публикаций данного направления. При этом называет это умышленным или неосторожным деянием медицинских сотрудников, которые нарушают принципы и условия, прописанные в протоколах лечения и диагностики, а также идут в разрез с установленными конституцией законодательными актами, которые важны при исполнении своих профессиональных обязанностей, что ставит под угрозу здоровье граждан [18]. В целом это достаточно справедливо, учитывая, что в Республике Казахстан, и в частности доктора и эксперты ВКО, работающие над обращениями, действуют исключительно в рамках законодательства и нормативно-правовых актов (НПА), используя утвержденные протокола лечения и данные доказательной медицины. По данным диссертационного исследования М.В. Тузлуковой более 70% разбирательства по поводу жалоб в отношении действий врачей приостанавливаются до передачи дела в суд. По результатам нашей работы также большая часть обращений являются необоснованными (60-70% в среднем). При этом она отмечает, что только 15% случаев обращения на непрофессиональные действия докторов признаны обоснованными [18]. Важно отметить, что процент обоснованных жалоб по заключениям экспертов в разрезе по специальностям за

5-летний период в нашем исследовании в среднем также не превысил 20%.

Еще в 2010 году Тихомиров А. в своей работе писал о проблемах медицинского права и рисках возникновения ошибок со стороны врачей при оказании медицинской помощи. В целом, отмечал, что это обусловлено недочетами и отсутствием специфических инструментов правовой оценки судебной медицинской экспертизы и процессуальных механизмов их верификации [9, 17]. В ходе нашего исследования за основу были взяты заключения экспертов, в выводах которых часто упоминается необходимость знания и соблюдения НПА на всех уровнях оказания медицинской помощи, что подтверждает значимость правовой квалификации в снижении риска возникновения медицинских ошибок.

Заключение

В результате анализа годовых отчетов ДККБТУ ВКО в разрезе по специальностям, было выявлено, что по обращениям физических и юридических лиц за 2014-2018 годы лидирующие позиции занимает экспертизы с привлечением врачей терапевтов - 199 случаев (23,7%), хирургов 149 случаев (17,7%) и акушер-гинекологов 115 (13,7%). Специалисты: невропатологи, неонатологи, травматологи также достаточно часто привлекались для проведения экспертиз – в 96 (11,4%), 58 (6,9%), 46 (5,5%) случаях соответственно.

В рамках данной работы был проведен анализ отчетов терапевтической, хирургической, педиатрической и стоматологической служб, а также стат.отчетов по профилю «Акушерство и гинекология» за 5-летний период с разделением по причинам обращения в ДККБТУ ВКО и их обоснованности. При этом во всех разделах большое количество обращений на «некачественное лечение», «обоснованность выдачи листа нетрудоспособности», «нарушение норм этики и деонтологии», «взимание денежных средств с пациента». При этом стоит отметить, что большее количество экспертиз признаны «необоснованными» в вердикте врача-эксперта, тогда как «обоснованные» и «частично обоснованные» обращения физических и юридических лиц зарегистрированы в равных долях.

Таким образом, в результате исследования было выявлено, что наибольший риск возникновения врачебной ошибки может присутствовать у пациентов, получающих терапевтическую, хирургическую помощь, как на стационарном, так и на амбулаторном уровнях, в 23,7% и 17,7% случаев соответственно. Риски возникновения ошибок у акушер-гинекологов и неонатологов в среднем составляет 13,5% и 6,8% соответственно. Работу данных специалистов необходимо совершенствовать с учетом заключений экспертов в работе по обоснованным обращениям рожениц в службы контроля.

При этом, необходимо уделять особое внимание контролю качества оказываемых услуг и обоснованности выдачи листов нетрудоспособности. В мед.учреждениях различного профиля желательно осуществлять контроль в несколько этапов: врач - заведующий отделением – зам.директора по качеству или иному аналогичному направлению, а также привлекать средний мед. персонал (старшая

мед.сестра). Данный метод контроля позволит снизить количество обращений по этим причинам.

Этика и деонтология, актуальны по всем специальностям, периодические профилактические беседы, тренинги или обучения с привлечением психологов или психотерапевтов на каждом этапе работы лечебных учреждений помогут наладить процесс взаимодействия и удовлетворить все ожидания пациента, при этом снизить риски возникновения врачебных ошибок данного направления.

Антикоррупционный комитет или иной орган, выполняющий данные функции, регулярно должен проводить профилактические беседы в отношении взимания средств с пациента в «личном порядке» (не через кассу) и/или без учета тарификатора учреждения. Дальнейшее изучение проблемы риска медицинских ошибок будет продолжено, результаты освещены.

Вклад авторов:

Адылханов Т.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедры клинической и радиационной онкологии НАО "Медицинский университет Семей" - научное руководство, концепция исследования, тел. +7-701-503-44-07, e-mail: tasbolat.adylkhanov@nao-mus.kz.

Андреева О.Б. - научное руководство, критический анализ, научное сопровождение статьи, статистическая обработка материала.

Рахманкулова А.М., Уағызханқызы Ж. - менеджмент ресурсов исследования, формальный анализ.

Кабькенова М.Е., Ергалиева К.Н., Әсемжанова Ә.Е. - набор данных, написание драфта статьи.

Саяпина Е.С. - ревизия драфта статьи, концептуализация исследования.

Тұрсымбаева Т.А., Калдыкулова А.Ж. - программное обеспечение анализа данных.

Камаданова Д.Е., Боранбаева Ж.М. - набор данных, ревизия статьи.

Финансирование. Источников финансирования нет.

Конфликта интересов нет.

Авторы заверяют, что результаты данного исследования не были опубликованы ранее в других изданиях и не находятся на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Учебное пособие, – 2013. – 139 с.

2. *Баринев Е.Х. и др.* Юридическая квалификация дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок - помощь практическому здравоохранению // Медицинское право. 2010. №. 5. С. 3-8.

3. *Батюкова В.Е.* Об ответственности врачей за допущенные ошибки // Государственная служба и кадры. 2019. №. 1. С. 108-110

4. *Варданян Г.Д. и др.* Врачебные ошибки: современное состояние проблемы // Армянская медицина. 2019. Т. 59. №. 4. С. 105-120.

5. *Зарецкий М.М., Черникова Н.М.* Врачебная ошибка: невежество или халатность? // Новости медицины и фармации. 1-2 (267-268) 2009. – № 2.

6. *Ибатулина Ю.Ф.* Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками и врачебная ошибка: уголовно-правовой аспект // Российский следователь. 2010. №. 1. С.12.

7. *Костикова Е.О.* Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки. М.: НОУ ВПО «ИМПЭ им. А.С. Грибоедова. 2009. –11 с.

8. *Кравченко Л.М.* Проблемы коммуникации в медицине как ведущая причина врачебных ошибок // Colloquium - journal. – Голопристанський міськрайонний центр зайнятості, 2019. №. 7. 31 с.

9. *Лопатина Т.М.* Профессиональная ошибка в условиях функционирования право цифровой медицины // Российское право: Образование. Практика. Наука. 2019. №. 5. С. 68-74.

10. *Панков А.А., Исаев А.А., Ермолаева Е.В.* Риски в медицине. Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. Т.5. №.12. 1568 с.

11. *Сергеев Ю.Д., Козлов С.В.* Основные виды дефектов оказания медицинской помощи (по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз) // Медицинское право. 2012. №. 3. С. 35-38.

12. *Субботина Е.В.* Критерии установления пределов осуществления субъективных гражданских прав // Вестник Магнитогорского государственного технического университета им. ГИ Носова. 2010. №.3. С. 24-28.

13. *Субботина Е.В.* Характеристика шиканы как формы злоупотребления правом // Юрист. 2013. №.5. С. 37-40.

14. *Султанов И.Я.* Некоторые этические и правовые аспекты проблемы врачебных ошибок в свете истории медицины // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2001. №.1. С. 54-60.

15. *Сучков А.В.* Анализ дефиниций понятия "врачебная ошибка", с целью формулирования определения "профессиональные преступления медицинских работников" // Медицинское право. 2010. №. 5. С. 45-50.

16. *Сучкова Т.Е., Семенов А.В.* О юридической ответственности медицинских работников при совершении ими профессиональных правонарушений // Вестник Вятского государственного университета. 2011. №. 2-1. С. 91-98.

17. *Тихомиров А.В.* Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг. Автореф. канд. диссерт. 2008. 180 с.

18. *Тузлукова М.В.* Актуальные вопросы расследования ятрогенных преступлений // Вестник Московского университета МВД России. 2012. №.11. 35с.

19. *Battard J.* Nonpunitive response to errors fosters a just culture // Nursing management. 2017. Vol. 48. №. 1. pp. 53-55.

20. *Becher E.C., Chassin M.R.* Improving quality, minimizing error: making it happen // Health Affairs. 2001. Vol. 20. №. 3. pp. 68-81.

21. *Bouldin E.D. et al.* Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends // Journal of patient safety. 2013. Vol. 9. №. 1. p. 13.

22. *Delacroix R.* Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach // *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2017. Vol. 29. №. 7. pp. 403-409.

23. *Donaldson M.S. et al. (ed.)*. To err is human: building a safer health system. – National Academies Press, 2000. Vol. 6. pp. 27 – 32.

24. *Helo S., Moulton C.A.* Complications: acknowledging, managing, and coping with human error // *Translational andrology and urology*. 2017. Vol. 6. №. 4. p. 773.

25. *Hines S., Kynoch K., Khalil H.* Effectiveness of interventions to prevent medication errors: an umbrella systematic review protocol // *JB I database of systematic reviews and implementation reports*. 2018. Vol. 16. №. 2. pp. 291-296.

26. *James J.T.* A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care // *Journal of patient safety*. 2013. Vol. 9. №. 3. pp. 122-128.

27. *Kellogg K.M. et al.* Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? // *BMJ quality & safety*. 2017. Vol. 26. №. 5. – pp. 381-387.

28. *Mascioli S., Carrico C.B.* Spotlight on the 2016 national patient safety goals for hospitals // *Nursing 2020 Critical Care*. 2016. Vol. 11. №. 6. pp. 19-22.

29. *Oyebode F.* Clinical errors and medical negligence // *Medical Principles and Practice*. 2013. Vol. 22. №.4. pp. 323-333.

30. *Palojoki S. et al.* Electronic health record-related safety concerns: a cross-sectional survey of electronic health record users // *JMIR medical informatics*. 2016. Vol. 4. №. 2. p. 13.

31. *Revelas A.* Healthcare-associated infections: A public health problem // *Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association*. 2012. Vol. 53. №. 2. p. 59.

32. *Robertson J.J., Long B.* Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers // *The Journal of emergency medicine*. 2018. Vol. 54. №. 4. pp. 402-409.

33. *Saleem A. M. et al.* Initial assessment of patient handoff in accredited general surgery residency programs in the United States and Canada: a cross-sectional survey // *Canadian Journal of Surgery*. 2015. Vol. 58. №. 4. p. 269.

34. *Singh H. et al.* The global burden of diagnostic errors in primary care // *BMJ quality & safety*. 2017. Vol. 26. №. 6. pp. 484-494.

35. *Tarrac S.E.* Medical Error and Harm: Understanding, Prevention, and Control // *Aorn Journal*. 2011. Vol. 4. №. 93. p. 513.

36. *Wolf Z.R. et al.* Nursing student medication errors involving tubing and catheters: A descriptive study // *Nurse Education Today*. 2009. Vol. 29. №. 6. pp. 681-688.

References

1. *Bagmet A.M., Cherkasova L.I.* *Taktika i metodika rassledovaniya prichineniya smerti po neostorozhnosti vsledstvie nenadlezhazhchego ispolneniya meditsinskimi rabotnikami svoikh professional'nykh obyazannostei* [Tactics and methods of investigation of death caused by negligence due to improper performance by medical

workers of their professional duties]. *Uchebnoe posobie [Tutorial]*, 139 p. – 2013. – p. 58 [in Russian].

2. *Barinov E.H. i dr.* *Yuridicheskaya kvalifikatsiya defektov okazaniya meditsinskoj pomoshchi i vrachebnykh oshibok - pomoshch' prakticheskomu zdravookhraneniyu* [Legal qualification of defects in the provision of medical care and medical errors - assistance to practical health care]. *Meditsinskoe pravo* [Medical law]. 2010. №. 5. pp. 3-8 [in Russian].

3. *Batyukova V.E.* *Ob otvetstvennosti vrachei za dopuschennye oshibki* [About the responsibility of doctors' mistakes for the service made mistakes]. *Gosudarstvennaya sluzhba i kadry* [Civil service and personnel]. 2019. №. 1. pp. 108-110 [in Russian].

4. *Vardanyan G.D. i dr.* *Vrachebnye oshibki: sovremennoe sostoyanie problem* [Medical errors: current state of the problem]. *Armenyanskaya meditsina* [Armenian medicine]. 2019. Vol. 59. №. 4. pp. 105-120 [in Russian].

5. *Zareckij M.M., Chernikova N.M.* *Vrachebnaya oshibka: nevezhestvo ili khalatnost'?* [Medical error: ignorance or negligence?]. *Novosti meditsiny i farmatsii*. (News of Medicine and Pharmacy). 1-2 (267-268) 2009. – №. 2 [in Russian].

6. *Ibatulina Yu.F.* *Nenadlezhashee ispolnenie professional'nykh obyazannostei meditsinskimi rabotnikami i vrachebnaya oshibka: ugovovno-pravovoi aspekt* [Improper performance of professional duties by health workers and medical error: criminal law aspect]. *Rossiiskii sledovatel'* [Russian investigator]. 2010. №. 1. p. 12 [in Russian].

7. *Kostikova E.O.* *Vozmeschenie vreda, prichinnogo zhizni ili zdorov'yu grazhdan vsledstvie meditsinskoj oshibki* [Compensation for harm caused to the life or health of citizens as a result of a know-how of a medical error]. *M.: NOU VPO «IMPIE im. A.S. Griboedova*. 2009. p.11 [in Russian].

8. *Kravchenko L.M.* *Problemy kommunikatsii v meditsine kak vedushchaya prichina vrachebnykh oshibok* [Communication problems in medicine as a leading cause of medical errors]. *Colloquium-journal. – Golopristans'kii mis'kraionnii centr zanyatosti* [Colloquium-journal. - Holopristansky mis'kraionnij center zajnyatosti], 2019. №. 7 p. 31 [in Russian].

9. *Lopatina T.M.* *Professional'naya oshibka v usloviyakh funktsionirovaniya tsifrovoi meditsiny* [Professional error in the functioning of digital medicine]. *Rossiiskoe pravo: Obrazovanie. Praktika. Nauka* [Russian law: Education. Practice. The science]. 2019. №. 5. pp. 68-74 [in Russian].

10. *Pankov A.A., Isaev A.A., Ermolaeva E.V.* *Riski v meditsine* [Risks in medicine]. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferencii. – Obschestvo s ogranichennoi otvetstvennost'yu «Nauka i innovatsii»* [Limited Liability Company "Science and Innovations"], 2015. Vol. 5. №. 12. – 1568 [in Russian].

11. *Sergeev Yu.D., Kozlov S.V.* *Osnovnye vidy defektov okazaniya meditsinskoj pomoshchi (po dannym komissionnykh sudebno-meditsinskikh ekspertiz)* [The main types of defects in the provision of medical care (according to Commission forensic medical examinations)]. *Meditsinskoe pravo* [Medical law]. 2012. №. 3. pp. 35-38 [in Russian].

12. Subbotina E.V. Kriterii ustanovleniya predelov osushchestvleniya sub"ektivnykh grazhdanskikh prav [Criteria for setting limits on the exercise of subjective civil rights]. *Vestnik Magnitogorskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta im. G.I. Nosova* [Bulletin of the Magnitogorsk State Technical University G.I. Nosova]. 2010. №. 3. pp. 24-28 [in Russian].
13. Subbotina E.V. Kharakteristika shikany kak formy zloupotrebleniya pravom [Characteristic of chicanes as a form of abuse of law]. *Yurist* [Lawyer]. 2013. №. 5. pp. 37-40. [in Russian].
14. Sultanov I.Ya. Nekotorye aspekty eticheskikh i vrachebnykh pravovykh aspekty v problemy vrachebnykh istorii oshibok v svete istorii universiteta mediciny [Some aspects of ethical and medical legal aspects in the problem of medical history of errors in the journal of medical history of the University of medicine]. *Vestnik narodov Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina* [Bulletin of the peoples of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine]. 2001. №. 1. pp. 54-60 [in Russian].
15. Suchkov A.V. Analiz definitsii ponyatiya "vrachebnaya oshibka", s tsel'yu formulirovaniya opredeleniya "professional'nye prestupleniya meditsinskikh rabotnikov" [Analysis of definitions of the concept "medical error", in order to formulate the definition of "professional crimes of medical workers"]. *Meditsinskoe pravo* [Medical law]. 2010. №. 5. pp. 45-50 [in Russian].
16. Suchkova T.E., Semeno A.V. O yuridicheskoi otvetstvennosti meditsinskikh rabotnikov pri sovershenii imi professional'nykh pravonarushenii [About legal liability of medical workers when they commit professional offenses]. *Vestnik Vyatskogo gosudarstvennogo universiteta* [Vyatka State University Bulletin]. 2011. №. 2-1. pp. 91-98. [in Russian].
17. Tihomirov A.V. *Problemy pravovoi kvalifikatsii vreda zdorov'yu pri okazanii meditsinskikh uslug* [Problems of legal qualification of harm to health in the provision of medical services]. Kand. dissertat [Cand. Dissertate.] – 2008. – 160 p. [in Russian]
18. Tuzlukova M.V. Aktual'nye voprosy rassledovaniya yatrogennykh prestuplenii [Topical issues of investigation of iatrogenic crimes]. *Vestnik Moskovskogo str universiteta MVD Rossii* [Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia]. 2012. №.11. - pp. 35 [in Russian].
19. Battard J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nursing management*. 2017. Vol. 48. №.1. pp. 53-55.
20. Becher E.C., Chassin M.R. Improving quality, minimizing error: making it happen. *Health Affairs*. 2001. Vol. 20. №.3. pp. 68-81.
21. Bouldin E.D. et al. Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends. *Journal of patient safety*. 2013. Vol. 9. №. 1. 13 p.
22. Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2017. Vol. 29. №.7. pp. 403-409.
23. Donaldson M.S. et al. *To err is human: building a safer health system*. – National Academies Press, 2000. – Vol. 6. pp. 27 – 32.
24. Helo S., Moulton C.A. Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Translational andrology and urology*. 2017. Vol. 6. №.4. p. 773.
25. Hines S., Kynoch K., Khalil H. Effectiveness of interventions to prevent medication errors: an umbrella systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2018. Vol. 16. №. 2. pp. 291-296.
26. James J.T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*. 2013. Vol. 9. №. 3. pp. 122-128.
27. Kellogg K.M. et al. Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ quality & safety*. 2017. Vol. 26. №. 5. pp. 381-387.
28. Mascioli S., Carrico C. B. Spotlight on the 2016 national patient safety goals for hospitals. *Nursing. 2020 Critical Care*. 2016. Vol. 11. №. 6. pp. 19-22.
29. Oyeboode F. Clinical errors and medical negligence // *Medical Principles and Practice*. 2013. Vol. 22. №. 4. pp. 323-333.
30. Palojoki S. et al. Electronic health record-related safety concerns: a cross-sectional survey of electronic health record users. *JMIR medical informatics*. 2016. Vol. 4. №. 2. p. 13.
31. Revelas A. Healthcare-associated infections: A public health problem. *Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association*. 2012. Vol. 53. №. 2. p. 59.
32. Robertson J.J., Long B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. *The Journal of emergency medicine*. 2018. Vol. 54. №. 4. pp. 402-409.
33. Saleem A.M. et al. Initial assessment of patient handoff in accredited general surgery residency programs in the United States and Canada: a cross-sectional survey. *Canadian Journal of Surgery*. 2015. Vol. 58. №. 4. p. 269.
34. Singh H. et al. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ quality & safety*. 2017. Vol. 26. №. 6. pp. 484-494.
35. Tarrac S.E. Medical Error and Harm: Understanding, Prevention, and Control. *Aorn Journal*. 2011. Vol. 4. №. 93. p. 513.
36. Wolf Z. R. et al. Nursing student medication errors involving tubing and catheters: A descriptive study. *Nurse Education Today*. 2009. Vol. 29. №. 6. pp. 681-688.

Контактная информация:

Андреева Ольга Борисовна - докторант PhD, ассистент кафедры клинической и радиационной онкологии НАО "Медицинский университет Семей".

Почтовый индекс: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, ул. Абая д.103.

E-mail: olga.andreyeva@nao-mus.kz

Телефон: +7-705-125-30-90