



# Attitude towards medical errors in Kazakhstan and the world

Medet Toleubayev

Department of Public Health, Medical University Astana, Astana, Kazakhstan



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Received: 24-08-2016  
Accepted: 31-10-2016  
UDC: 614;614.2;614:33

*J Clin Med Kaz* 2016; 4(42):22-26

Автор для корреспонденции: Төлеубаев М. АО "Медицинский Университет Астана", кафедра Общественное здравоохранение. Адрес: ул Бейбитшилик 49/а, Астана, Казахстан, Тел.: +77017090409, e-mail: meeshch@mail.ru.

## Abstract

Development of the issue of medical malpractice for professional offense acute medical and legal challenge facing modern healthcare. Question about this issue becomes relevant because of the need for social and legal protection of health workers and ensuring patients' rights. In the course of the historical development of the health systems of many developed foreign countries in connection with the improvement of the quality and complexity of the various medical procedures, our colleagues are always faced with the question of responsibility of doctors. First of all, it is connected with the development of insurance systems in health care. The development of industries such as legal services, democracy, transparency, empower patients and the transition to a partnership model of treatment has led to the emergence of various kinds of trials. In such processes, the doctor has always acted as a defendant. Increasing the number of such processes has prompted health organizations to study the problem of medical errors, which were aimed at preventing and reducing such processes.

**Keywords:** medical errors - professional liability of physicians.

## ҚАЗАҚСТАН МЕН ДҮНИЕЖҮЗІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚАТЕЛІКТЕРГЕ КӨЗҚАРАСЫ.

Төлеубаев М.

"Медицинский университет Астана" АҚ, Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы, Астана, Қазақстан

### ТҰЖЫРЫМДАМА

Медициналық қызметкерлердің кәсіби құқық бұзушылықтары бойынша жауапкершілігі қазіргі денсаулық сақтау саласындағы өзекті медико-заңдық проблема болып табылады, алайда ол медициналық қызметкерлердің және пациенттердің құқықтарын қорғау, сонымен қатар әлеуметтік қамтамсыз ету мәселесімен негізделген. Дәрігерлердің жауапкершілігі бойынша сұрақтар көптеген шет елдердің денсаулық сақтау жүйесі дамуы және сапаның жоғарлауымен әртүрлі медициналық шаралардың күрделенуімен туындады. Бірінші ретте ол денсаулық сақтау жүйесіндегі сақтандыру қызметінің дамуымен тікелей байланысты. Қызметтің құқықтық дамуы, қоғамның демократизациялануы, пациенттердің құқықтарының кеңейуі және емдеудің бірлескен моделені көшуі әртүрлі дәрігерге қарсы соттық процестерге әкеп соқты. Осындай процестердің көбеюі денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық қызметкерлердің қателіктерін проблемасын алдын –алу және редуциялау арқылы зерттеуге талпындырды.

**Маңызды сөздер:** дәрігерлік қателіктер, медициналық қызметкерлердің жауапкершілігі.

## ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧЕБНЫМ ОШИБКАМ В КАЗАХСТАНЕ И МИРЕ.

Төлеубаев М.

АО "Медицинский Университет Астана", кафедра общественное здравоохранение, Астана, Казахстан

### РЕЗЮМЕ

Развитие вопроса ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения острая медико-юридическая проблема, стоящая перед современным здравоохранением, продиктованная необходимостью обеспечения социальной, правовой защиты медицинских работников и обеспечения прав пациентов. В ходе исторического развития системы здравоохранения многих зарубежных стран, в связи с повышением качества и усложнением различных медицинских процедур, неизбежно сталкивались с вопросами ответственности врачей. В первую очередь, это связано непосредственно с развитием системы страхования в сфере здравоохранения. Развитие правовой службы, демократизация общества, гласность, расширение прав пациентов и переход к партнерской модели лечения, неизбежно привело к появлению различного рода судебных процессов, в центре которых был врач, в качестве ответчика. Увеличение количества таких процессов, в свою очередь побудило организации здравоохранения к изучению проблемы медицинских ошибок, путям их предупреждения и редуцирования.

**Ключевые слова:** врачебная ошибка, ответственность медицинских работников

## Введение

Взаимоотношения врача и пациента зависят не только от выполнения прав последнего, они должны строиться на принципах терпимости, с соблюдением прав и основных свобод каждой из сторон. О правах и защите граждан и пациентов в области охраны здоровья написано много десятков страниц, в частности - в Конституции Республики Казахстан, в Гражданском и Уголовном кодексах, Кодексе Республики Казахстан “О здоровье народа и системе здравоохранения” и в других нормативно-правовых актах, регламентирующих права и свободы каждой из сторон. С таким объемом прав может сравниться только то, что написано об обязанностях и ответственности врача и других медработников.

Что же касается прав медицинского работника, его социальной и особенно правовой защиты, актуальность которой повышается с каждым днем, то здесь мало что законодательно определено. Все права медицинских работников регламентированы всего несколькими пунктами в Кодексе Республики Казахстан “О здоровье народа и системе здравоохранения”.

Расширение прав и свобод пациента, неизбежно будет сопровождаться повышением уровня конфликтов во взаимоотношениях пунктами “врач-пациент”, особенно в случаях возможных врачебных ошибок.

В настоящее время повышается актуальность вопроса ответственности медицинских работников при осуществлении ими своей профессиональной деятельности. Причиной тому стал рост претензий и исков в адрес медицинских работников и организаций здравоохранения на неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи. Данная тенденция может быть связана с ростом уровня правовой культуры населения, доступностью информации, правовой неграмотностью самих медицинских работников

### **К истории вопроса**

История изучения врачебных ошибок, качества оказания медицинской помощи напрямую связана с самим развитием истории медицины. Впервые о существовании медицинских трактатов в Древнем Египте упоминается в записи на стене гробницы Уаш-Птаха - главного архитектора царя V династии Неферирка-Ра (XXV в. до н.э.).

“Стандарты лечения” характерны и для медицины Древнего Вавилона. По 228 законам вавилонского царя Хаммурапи (около 2 тыс. лет до н.э.), обозначенных на глиняных табличках как “Справедливые законы, которые великий и справедливый царь Хаммурапи установил на пользу и добро слабым, больным, вдов и сирот”, в зависимости от исхода лечения и классовой принадлежности пациента, лечащего врача наказывали, вплоть до смертной казни.

В дальнейшую историческую веху можно рассмотреть римский период. Знаменитое “Римское право” ввело регламентацию обязанностей врача и установило ответственность за профессиональные правонарушения. Впервые к врачебной деятельности было применено понятие “ошибка” (закон Аквилы). К ошибкам относили и неопытность, и неосторожность, и неоказание медицинской помощи, причем закон, достаточно четко, разграничивал умышленные и неосторожные действия

врачей. Врачи могли быть привлечены к ответственности за умышленное убийство, продажу ядов с целью отравления, за аборт и кастрацию [2].

В эпоху раннего христианства появились суровые законы за неоказание помощи больному. В Палестине, за неоказание медицинской помощи врач приговаривали к позорной смерти с конфискацией имущества, - а за увечье, вследствие неудачной операции, - отсекали руку.

Для защиты своих интересов врачи объединялись в корпорации, внутри которых существовала строгая иерархия. Наиболее почитаемыми были придворные лекари. Ступенью ниже стояли врачи, лечившие население города и округа и жившие за счет платы, получаемой от пациентов. Но уже в XII-XIII вв. сформировался институт, так называемых, городских врачей. Их назначали на определенный срок для безвозмездного лечения чиновников и бедных граждан. Жалованье этим врачам выплачивали за счет городского управления.

В период зарождения и развития капитализма ответственность врача за профессиональные правонарушения стали рассматривать с точки зрения частных взаимоотношений врача и пациента, основанных, прежде всего на коммерческих началах, при этом законодательство четко ограничивало ошибку от умысла. Поскольку отношения “врач - больной” стали строиться на договорных началах, то врач при благоприятном исходе лечения получал гонорар. В случае же неудачи врачу могли предъявить гражданский иск. Однако, в законодательстве Франции, уже в те времена, прозвучал принцип исключения ответственности врача за результаты лечения, поскольку, по условиям контракта, пациент выбирал врача сам. В случае неблагоприятного исхода лечения истец мог обратиться только в гражданский суд по поводу возмещения расходов, понесенных в процессе лечения. Обязанности доказывать в суде законность предъявленного иска возлагались на истца, а врачу было дано право приглашать на заседания своих коллег, согласных взять на себя функции его защитников.

Изучению проблемы медицинских ошибок, путям их предупреждения, анализу причин возникновения во все времена уделялось огромное внимание.

В России большое внимание врачебным ошибкам уделяли такие видные ученые, как Н.И. Пирогов, В.В. Вересаев, И.В. Давыдовский, С.С. Юдин, И.А. Кассирский, А.П. Громов, Н.В. Эльштейн и др.

Так, Н.И. Пирогов писал: “Я считаю священной обязанностью добросовестного преподавателя немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для предостережения других, еще менее опытных от подобных заблуждений” [3].

По мнению академика Н.Н. Амосова: “Сердечнососудистая хирургия - область чрезвычайно сложная: асы, корифеи, скрупулезно добросовестные хирурги - и те порой ошибаются. Но если мы умолчим наш просчет, он неизбежно повторится” [4].

Врачебная ошибка считается наиболее противоречивым явлением правового осмысления медицинской практики, существенным значением которого является вопрос об ответственности врача при совершении им ошибки. Всеми признается, что, несмотря на успехи медицины, безошибочная работа врачей в принципе является невозможной, поэтому чрезвычайно

важной проблемой является выработка взвешенного подхода к правовому регулированию медицинской деятельности и определению однозначного подхода относительно юридической квалификации ошибочных действий врачей [5].

В настоящее время отсутствует четкое определение понятия “врачебная ошибка”, существует не менее 65 определений медицинской (врачебной) ошибки, при этом диапазон вариантов ответов достигает диаметрально противоположных значений: от небрежных, недобросовестных, неосторожных действий и приемов до добросовестного заблуждения без признаков халатности и невежества; это свидетельствует об отсутствии единства взглядов на проблему врачебной ошибки [5].

Одно из наиболее распространенных определений понятия “врачебная ошибка” основывается на мнении И.В. Давыдовского, который определил ее как “добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, либо в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности и медицинского невежества” [6].

Авторы, придерживающиеся второго подхода, в частности М.Н.Малеина (1995), Мнацаканян А.С. (2008) и Пальчун В.Т (2008) и др., считают что “...это несоответствие диагностических, лечебных и профилактических и иных действий (или бездействия) врача в отношении больного и узаконенным соответствующим нормам, приведших к ухудшению здоровья или к смерти [7,8,9].

По мнению авторов придерживающих третьего подхода: А.В. Тихомиров (1998), считает, что понятие врачебная ошибка - это не распознавание или несоответствие действий врача характеру и тяжести патологического процесса или недобросовестные, неверные, невежественные действия медицинских работников при оказании медицинской помощи [10]; А.В.Саверский (2009) определяет что, “... это неправильное действие (бездействие) при оказании медицинской помощи, совершенное в состоянии обоснованной уверенности в том, что он действует правильно и по обстоятельствам дела не мог их предвидеть” [11]; а в понимании А.В. Кудаква (2011) врачебная ошибка - незнание либо самонадеянное игнорирование специальных юридически значимых требований, предъявляемых к профессиональному поведению медицинского работника, приведшее избранию опасных для жизни или здоровья пациента методов диагностики и лечения [12].

Данная проблема основательно изучалась в западных странах, в первую очередь, в силу наличия страховой медицины. И развитие, и широкое участие страховых организаций в медицине, привело к большому количеству исследований в сфере медицинских ошибок.

В самых ранних исследованиях безопасности пациента, западными учеными в 1950-х, медицинские ошибки в основном считали “болезнями медицинского прогресса” [13] и отклоняли их как “цену, которую мы платим за современный диагноз и терапию” [14].

Эти доклады, как правило, ограничивались необычными реакциями пациента на лечение, и как осложнения. [13,14].

В “Опасностях госпитализации”, новаторском исследовании по ошибкам в медицине, Schimmel [15]

утверждал что “оценка всех неблагоприятных реакций, независимо от серьезности, важна, чтобы определить их полный уровень и указать на совокупный риск, полученный пациентом, подвергнутым воздействию многих препаратов и процедур, используемых в его лечении”.

С помощью этого исследования, он принял термин “вредный эпизод” в качестве замены термина для врачебной ошибки, и им проспективно были изучены тип и частота таких эпизодов у пациентов, госпитализированных в университетские клиники. Вместе с этим, им сформулировано определение: Вредный эпизод- все неблагоприятные события, осложнения и неудачи, вследствие от полученных диагностических или терапевтических мер, проведенных в больнице [15].

С ростом участия в 1970-х страховых компаний в экономике здравоохранения, The California Medical Insurance Feasibility Study [16] был принят термин “потенциально компенсируемое событие”, чтобы обозначить ошибки, которые потенциально могут привести к претензиям за небрежное отношение к лечению пациента.

Потенциально компенсируемое событие: событие из-за медицинского управления, приведшее к инвалидности, длительному пребыванию или госпитализации (The California Medical Insurance Feasibility Study, 1977).

В 1990-е годы, издание 3-х самых обширных исследований по медицинским ошибкам - Harvard Medical Practice Study,[17,18] the Quality in Australian Health Study,[19,20],и the Utah and Colorado Medical Practice Study[21] - ввели в обращение термин “неблагоприятное событие”.

Непреднамеренные травмы или осложнения, которое приводит к инвалидности, смерти или длительному пребыванию в стационаре и вызванное (включая бездействие и действие) медико-санитарной помощью, а не болезнью пациентов (Quality in Australian Health Study, 1995 [19,20]. Хотя неблагоприятные события, как правило, являются результатом медицинского вмешательства, не все неблагоприятные исходы лечения пациентов являются результатом ошибок. С учетом этого факта, многие исследователи предполагают, что только предотвратимые нежелательные явления можно отнести к врачебной ошибке. [17,19, 22, 23, 24].

Основными целями этих исследований явилось снижение количества ненадлежащего лечения больных и снижение судебных разбирательств в отношении медицинских работников [25].

Профессор Высшей школы здравоохранения Гарварда доктор Lucian Leape, в своем выступлении сказал, что единственное самое большое препятствие для предотвращения ошибок в медицинской отрасли - “что мы наказываем людей за сделанные ошибки”. Leape (2009) указал, что в здравоохранении требуется по меньшей мере шесть изменений для безопасности (как пациентов, так и медицинских работников): Мы должны отойти от рассмотрения ошибок как отдельных неудач к пониманию, что они вызваны системными сбоями. Мы должны переместиться от культуры наказания до культуры справедливости. Мы должны перейти от тайны к прозрачности. Наши изменения должны переместить акцент с поставщиков услуг на пациентов. Мы должны поменять наши модели медицинских услуг от самоуверенной, единоличной работы к взаимозависимой, совместной,



межпрофессиональной работе в команде. Ответственность должна быть универсальной и взаимной, не сверху вниз [23].

Среди казахстанских авторов есть немало трудов посвященных ответственности медицинского работника, в частности труды Т. Рахыпбекова (2008) и А. Жаппаровой (2010) посвящены ответственности медицинского работника за правонарушения и права человека в сфере здравоохранения [26, 27]. Вместе с этим, А.М. Ауезовой в своей работе описывает преимущества внедрения страхования профессиональной ответственности медицинских работников [28].

### **Ситуация в Республике Казахстан.**

Исходя из статистических данных, представленными Комитетом по правовой статистике Генеральной прокуратуры Республики Казахстан, можно сделать заключение об увеличении количества административных и уголовных дел связанных с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей медицинскими и фармацевтическими работниками. Что на наш взгляд связано со следующими факторами:

- Широкое освещение данных вопросов в СМИ, создающих большой общественный резонанс.
- Отсутствие фонда страхования профессиональной ответственности медицинских работников
- Отсутствие юридического термина “врачебная ошибка”
- Неосведомленность медицинских работников в вопросах собственной правовой защиты.
- Недостаточная проработка нормативно-правовых документов, регулирующих взаимоотношения “пациент-врач”.
- Слабая работа профессиональных союзов и медицинских общественных организаций.
- Незаинтересованность руководящих органов в проведении глубокого анализа инцидента, послужившего поводом для обращения в правоохранительные органы.

Существующая система учета дефектов медицинской помощи “СУКМУ” недостаточно эффективна. Основная работа данной системы направлена на выявление дефектов

медицинской помощи в картах стационарных больных, акцентирует внимание на строгое соответствие принятым стандартам без индивидуального рассмотрения каждого конкретного случая с выяснением причины возникшего дефекта.

В нашей системе здравоохранения дефекты, выявленные при проверке, рассматриваются не как системный недостаток оказания медицинской помощи, а как личная неудача того или иного медицинского работника или продукта медицинского назначения, и для устранения их во многих случаях до сих пор используются традиционный метод – порицание и наказание медицинского работника.

Перенимая богатый опыт систем здравоохранения развитых стран, наше государство, в рамках развития системы здравоохранения, проводит различные реформы, направленные на улучшение качества медицинских услуг. Ключевым показателем качества системы здравоохранения является безопасность пациентов. В свою очередь безопасная медицинская практика строится на принципах гласности и признания существования медицинских ошибок, как неотъемлемого компонента сложной комплексной системы здравоохранения. Признание и предотвращение медицинских ошибок, системные решения направленные на нивелирование причин возникающих дефектов, обучение медицинских работников и защита их профессиональной ответственности – меры необходимые для улучшения качества медицины, позволяющие войти в ряд стран с высоким уровнем медицины.

### **Заключение**

На сегодняшний день мы можем наблюдать процессы демократизации общества, перехода медицинской помощи в разряд медицинских услуг, а соответственно и перехода статуса врача в поставщика услуг. Увеличение количества юридической ответственности медицинских работников, в свою очередь требует детального изучения вопроса об ответственности медицинских работников и защите их прав путем внедрения нормативных рекомендаций, основанных на опыте зарубежных стран.

### **Литература**

1. I.M. Razdorskaya, S.P. SchavelYov. Ocherki istorii farmatsii Vyipusk pervyy Rozhdenie tselitel'ya i ego apteki: drevnie tsivilizatsii, 2006].
2. Bobrov O.E. Meditsina (nravyi, sudbyi, bespravie). - Kirovograd: “Polinum”, 2003. - S. 5-56
3. N. I. Blinov. Oshibki, opasnosti i oslozhneniya v hirurgii. —Izdatelstvo “Meditsina”. Leningradskoe otdelenie 1972 .
4. Akopov V.I., Maslov E.N.. Pravo v meditsine. - M.: Kniga-servis. - 352 s., 2002
5. Ryikov V. A. Vrachebnaya oshibka: meditsinskie i pravovyye aspekty // Meditsinskoe pravo. 2005. N 1.
6. Popov V.L. Pravovyye osnovy meditsinskoy deyatel'nosti / V. L. Popov, N.P. Popova. — SPb. :Dean, 1997. — S. 56-57.)
7. Maleina M.N. Chelovek i meditsina v sovremennom prave. — M., 1995. — S.162 – 163.
8. Mnatsakanyan A.S. Grazhdansko-pravovaya otvetstvennost ispolnitelya meditsinskih uslug: Avtoref.dis ...kand.yuridich. nauk:12.00.03. — Krasnodar, 2008. — 25s.
9. Palchun V.T. Vrachebnaya oshibka – klassifikatsiya i preduprezhdenie // Vestnik otorinolaringologii. — 2008. — # 1. <[http:// www.mediasphera.ru/journals/oto/detail/413/6122/](http://www.mediasphera.ru/journals/oto/detail/413/6122/)>.
10. Tihomirov A.V. Meditsinskoe pravo. Prakticheskoe posobie. M., Staut, 1998. — S. 235.
11. Saverskiy A.V. Prava patsientov na bumage i v zhizni. — M.: Eksmo, 2009 544s. — S. 78.
12. Kudakov A.V. Vrachebnaya oshibka i ee ugolovno-pravovaya otsenka: Avtoref.dis. ...kand.yuridich.nauk:12.00.08. — Saratov, 2011. — 22s.
13. Moser RH. Diseases of medical progress.N Engl J Med 1956;255:606.
14. Barr DP. Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. JAMA 1955;159:1452-6.

15. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964;60:100-9.
16. Mills DH, Boyden JS, Rubamen DS. Report on The Medical Insurance Feasibility Study. San Francisco (CA): Sutter Publications; 1977].
17. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
18. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377-84.
19. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
20. Wilson RM, Harrison GB, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1999;170:411-5.
21. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado.
22. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
23. Leape L. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272:1851-7.
24. Nora PF. Improving safety for surgical patients: suggested strategies. *Bull Am Coll Surg* 2000;85(9):11-4.
25. Defining medical error Ethan D. Grober, MD, MEd,\* John M.A. Bohnen, MD].
26. Rahyipbekov T.K., Adyilhanov T.A. *Osnovy zakonodatelnogo i normativnogo regulirovaniya otvetstvennosti vracha za meditsinskie oshibki za rubezhom i v Respublike Kazahstan*. - Semey: Printmaster, 2008. 9965-514-89-5.
27. Zhapparova Pravovyye aspekty vrachebnoy oshibki Pravo i gosudarstvo, # 4 (61), 2013.
28. Auezova A.M. *Nauchnoe obosnovanie sovershenstvovaniya mehanizma obespecheniya zaschityi konstitutsionalnykh prav meditsinskih rabotnikov v Respublike Kazahstan*. Avtoreferat na soiskanie nauchnoy stepeni PhD, Almaty 2013

**How to cite this article:** Toleubayev M. Attitude towards medical errors in Kazakhstan and the world [in Russian]. *J Clin Med Kaz*. 2016;4(42):22-26.