

<https://doi.org/10.54500/2790-1203-2025-2-125-89-101>

Обзорная статья

Актуальные вопросы системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

[Кисикова С.Д.](#)¹, [Шаназаров Н.А.](#)², [Алчимбаева М.А.](#)³, [Бариев Г.Ж.](#)⁴

¹ Советник директора, Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, Астана, Казахстан. E-mail: almaty_saule@mail.ru

² Заместитель директора по стратегическому развитию, науке и образованию, Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, Астана, Казахстан. E-mail: nasrulla@inbox.ru

³ Специалист Отдела науки и инновации, Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, Астана, Казахстан. E-mail: Alchimbayeva@bmc.mcu.dp.kz

⁴ Специалист Отдела науки и инновации, Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, Астана, Казахстан. E-mail: Barieva@bmc.mcu.dp.kz

Резюме

Всемирная организация здравоохранения 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.

Цель обзора: проанализировать вопросы системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в разных странах мира.

Проведен комплексный сравнительный анализ международного и отечественного опыта нормативно-правовой базы по вопросам юридического регулирования медицинских ошибок. Анализ ведущих практик регулирования медицинской ответственности в разных юрисдикциях показывает, что, несмотря на различия в подходах, все они направлены на достижение баланса между защитой общественной безопасности и обеспечением гибкости регулирования.

Ключевые слова: медицинская ошибка, неблагоприятное событие, страхование профессиональной ответственности медицинских работников, безопасность пациентов, компенсационная выплата.

Corresponding author: Makpal Alchimbayeva, Specialist of the Department of Science and Innovation, Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan, Astana, Republic of Kazakhstan
Phone: +7 701 812 18 77
E-mail: Alchimbayeva@bmc.mcu.dp.kz

2025; 2 (125): 89-101
Received: 28-03-2025
Accepted: 21-04-2025



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

Введение

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 деликатными реформами, страхование медицинской ответственности повысило эффективность профилактики медицинской халатности [4].

Пандемия COVID-19 создала нагрузку на системы здравоохранения во всем мире, несмотря на расширение

Методология

Проведен комплексный сравнительный анализ международного и отечественного опыта нормативно-правовой базы по вопросам юридического регулирования медицинских ошибок). Проведен 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

Современные тенденции профессиональной ответственности медицинских работников среди передовых стран

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

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].

Цель обзора: проанализировать вопросы системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в разных странах мира.

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.

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 года) для защиты медицинских работников по данному вопросу [11].

В Португалии медицинская ответственность регулируется общим законодательством о гражданской ответственности [12]. 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]. 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.

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]. 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.

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].

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]. 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]. 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.

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.

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 «Bolam 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].

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]. Стоит отметить, что не было введено никаких конкретных законов или политик, касающихся медицинской ответственности за вакцинацию против COVID-19.

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 [32-34]. 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.).

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].

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.

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].

В Китае судебно-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 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].

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].

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 контрамерами против COVID-19. Таким образом, декларация обеспечивает иммунитет от ответственности по требованиям о возмещении убытков, возникающих, связанных или являющихся результатом введения или использования медицинских контрамер, таких как диагностика, лечение и вакцины [46,47].

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 вредодействием 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.

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). Верховный 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].

Уголовная ответственность медицинского работника в Российской Федерации, 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 [56].

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

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 ЗПК «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» [57] и по статье 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года №226-V ЗПК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» [58].

Также, отсутствие правовой ясности в отношении ответственности в период пандемии COVID-19 препятствует усилиям по поддержке участия медицинских работников в реагировании на чрезвычайные ситуации [59,60].

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 распространенности 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 [61] 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 определенных 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 [62].

На сегодняшний день страхование профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан (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 [63, 64].

Министерством здравоохранения Республики Казахстан (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 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).

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.



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

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:

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») [57], и уголовной ответственности за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими или фармацевтическими работниками, повлекшие по неосторожности вред здоровью человека (Уголовный Кодекс Республики Казахстан) [58].

– 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

Обсуждение

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 [68].

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 [69]. Целью которого является обеспечение качественного и доступного здравоохранения для каждого гражданина. В ходе проведенного нами

Выводы

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 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. На сегодняшний день остаются ряд проблем, в части нормативно – правового регулирования, а именно недостаточно отражены принципы и подходы эффективного обеспечения безопасности пациентов.

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].

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.

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 счет 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.

Конфликт интересов. Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Marshall, D. C., Punglia, R. S., Fox, D., Recht, A., Hattangadi-Gluth, J. A. (2015). Medical malpractice claims in radiation oncology: a population-based study 1985-2012. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 93(2), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2015.05.040>
2. Lei, Y., Browne, M. J. (2017). Underwriting strategy and the underwriting cycle in medical malpractice insurance. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 42(1), 152-175. <https://doi.org/10.1057/gpp.2015.24>
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. (2020). Another medical malpractice crisis? try something different. *JAMA*, 324(14), 1395-1396. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.16557>
5. WHO COVID-19 dashboard // <https://data.who.int/>. 21.11.2023. Zakik, B. (2024). Koronapandemian vaikutus röntgenhoitajien työhyvinvointiin: scoping-katsaus. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/838212/Zakik_Busaina.pdf?sequence=5
6. Fact Sheet : Questions and Answers on EU ' s policies on GMOs. Website. [Cited 22 april 2015]. Available from URL: https://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-15-4778_en.htm
7. d'Aloja, E., Finco, G., Demontis, R., Napoli, P. E., Fossarello, M., Nioi, M. (2020). COVID-19 and medical liability: Italy denies the shield to its heroes. *EClinicalMedicine*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100470>
8. Napoli, P. E., Nioi, M., d'Aloja, E., Fossarello, M. (2020). Safety recommendations and medical liability in ocular surgery during the COVID-19 pandemic: an unsolved dilemma. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1403. <https://doi.org/10.3390/jcm9051403>
9. della Sanità, M. (1994). Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte (No. 582, p. 1994). Decreto. https://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/256/DM220894n582.pdf
10. FIGUEIREDO, A. M. D. ARTICOLO ORIGINALE. <https://scholar.google.com/>
11. Beccia, F., Amantea, C., Rossi, M. F., Daniele, A., Santoro, P. E., Borrelli, L., Moscato, U. (2021). Legal responsibility of vaccinating doctor. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 43(2), 93-98. <https://doi.org/10.4081/gimle.405>
12. Raposo, V. L., Vieira, D. N. (2013). Medical responsibility and liability in Portugal. In *Malpractice and Medical Liability: European State of the Art and Guidelines* (pp. 189-207). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-35831-9_10
13. Gomes, D. A., Sasaki, M., Mostardeiro, M. M., Carpinelli, C. C., Pereira, D. L., Saliba, P., Yamaguti, A. (2022). Impacto de vacinação contra Sarscov2 em pacientes hospitalizados por Covid19 acima de 60 anos. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 26, 101800. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101800>
14. Kachalia, A. B., Mello, M. M., Brennan, T. A., Studdert, D. M. (2008). Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Social science medicine*, 66(2), 387-402. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.020>
15. Bible, J. E., Spengler, D. M., Mir, H. R. (2014). A primer for workers' compensation. *The Spine Journal*, 14(7), 1325-1331. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.01.030>
16. Simard, J., Morency, M. A. (2002). Droit, déontologie et éthique: distinctions et applications en gestion. *Organisations et territoires*. 13-18. [https://constellation.uqac.ca/id/eprint/72/1/Droit_deontologie_ethique_distinctions\(2\).pdf](https://constellation.uqac.ca/id/eprint/72/1/Droit_deontologie_ethique_distinctions(2).pdf)
17. Coderch P.S. et al. El Derecho español de daños hoy: Características Diferenciales. 2003. <http://dx.doi.org/10.2202/1535-167X.1090>
18. Peti C. (2019). Un Código civil perfecto y bien calculado: el proyecto de 1821 en la historia de la codificación. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=4648518&publisher=FZ1825>
19. Civil, C. (1889). Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *BOE* 25 julio 1889, (206).
20. Tapia Herrero, I. (2021). Una mirada crítica hacia el derecho de desistimiento en los contratos de consumo y perspectivas de futuro. *Revista Jurídica: Universidad Autónoma de Madrid*: 43, 1, 2021, 59-77. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5000333&publisher=FZ1825>
21. Ley 40/2015. de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10566>
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>
23. Orgánica, L. (1995). 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 281(24), 33987-34058. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
24. Our World in Data, G. C. D. L., Hannah, R., Esteban, O. O., Joe, H. (2021). Coronavirus pandemic (COVID-19). *OurWorldInData.org*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Accessed, 29
25. Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C., Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature human behavior. Pharmaceutical technology covid-19 vaccination*. (2022). Retrieved from <https://www.pharmaceutical-technology.com/covid-19-vaccination-tracker>
26. La responsabilità professionale medica oggi. 2019. <https://www.italjmed.org/index.php/ijm/article/view/itjm.q.2019.3>
27. Sanzioni più severe per chi non rispetta le misure restrittive. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/>

Вклад авторов. Концептуализация – М.А., С.К.; методология – М.А.; проверка – Г.Б.; формальный анализ – М.А. Г.Б.; написание (оригинальная черновая подготовка) – М.А.; написание (обзор и редактирование) – М.А., Г.Б., С.К.

Все авторы прочитали, согласились с окончательной версией рукописи и подписали форму передачи авторских прав.

[nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4324](https://nuovocoronavirus.dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4324)

28. Fenger, N., & Broberg, M. (1991). The physician's civil liability under Danish law. *International Journal of Risk Safety in Medicine*, 2(2-3), 65-82. <https://doi.org/10.3233/jrs-1991-22-302>
29. Alpa, G. (2008). Il diritto giurisprudenziale e il diritto vivente: convergenza o affinità dei sistemi giuridici? *Sociologia del diritto*. Fascicolo 3, 2008, 1000-1035. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=2199391&publisher=FM0520>
30. Samanta J., Samanta A. *Medical Law Concentrate*. 2021. <https://global.oup.com/academic/product/medical-law-concentrate-9780198871354>
31. Kennelly, B., O'Callaghan, M., Coughlan, D., Cullinan, J., Doherty, E., Glynn, L., Queally, M. (2020). The COVID-19 pandemic in Ireland: An overview of the health service and economic policy response. *Health Policy and Technology*, 9(4), 419-429. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.021>
32. Lievre, A., Moutel, G. (2010). Le dossier médical: concepts et evolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). *Faculté de médecine Paris Ile de France Ouest Faculté de médecine Paris Descartes*. https://etica.uazuay.edu.ec/sites/etica.uazuay.edu.ec/files/public/dossier_11.pdf
33. Yilshal Fabian, A., Noel, N. (2014). Doctor-pharmacist collaborative role in patient management: perception of patients, doctors and pharmacists. *West African Journal of Pharmacy* 2014; 25: 55, 67.
34. Desmedt, M. (2002). Patient âgé et demande d'euthanasie. *Gérontologie et société*, 25101(2), 93-102. https://shs.cairn.info/article/GS_101_0093?tab=texte-integral
35. DU, P. L. O., & ECONOMIE, D. M. O. E. La forêt, élément clé du développement soutenable. http://biblio.univ-antananarivo.mg/pdfs/rasolofloHenintsoaS_ECO_M1_15.pdf
36. Govaerts, L., Waeytens, A., Van Dyck, W., Simoens, S., Huys, I. (2020). Evaluation of precision medicine assessment reports of the Belgian healthcare payer to inform reimbursement decisions. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 36(4), 410-417. <https://doi.org/10.1017/S0266462320000604>
37. Van Hoof, V., Barglazan, D., Blairon, L., Braekevelt, B., Debois, R., De Vos, N. V. J., Verstraete, A. G. (2022). 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*, 77(2), 329-336. <https://doi.org/10.1080/17843286.2020.1868906>
38. Conklin, L. S., Bernstein, C., Bartholomew, L., Oliva-Hemker, M. (2008). Medical malpractice in gastroenterology. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 6(6), 677-681. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2008.02.047>
39. Sommer, S. A., Geissler, R., Stampfl, U., Wolf, M. B., Radeleff, B. A., Richter, G. M., Sommer, C. M. (2016, April). Medical Liability and Patient Law in Germany: Main Features with Particular Focus on Treatments in the Field of Interventional Radiology. In *RöFo-Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren* (Vol. 188, No. 04, pp. 353-358). © Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/s-0041-108198>
40. Maeda, H., Kurokawa, T. (2013). Involvement of anticancer drugs in the relief system for adverse drug reactions in Japan. *Japanese journal of clinical oncology*, 43(12), 1273-1281. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyt146>
41. Cascao, R. (2018). Comparative medical liability law: Some practical notes on methodology. *Med. L.*, 37, 87. <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/mlv37&div=10&id=&page=>
42. Fang, D. (2007). Medical professional liability crisis in Asia Pacific. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 15(3), 261-263. <https://doi.org/10.1177/230949900701500301>
43. Michalak, M. (2021). 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*, 14(3), 287-305. <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=1011106>
44. McMichael, B. J., Van Horn, R. L., Viscusi, W. K. (2019). "Sorry" Is Never Enough. *Stanford Law Review*, 71(2), 341-409. <https://www.jstor.org/stable/48564520>
45. Bal, B. S. (2009). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical orthopaedics and related research*, 467, 339-347. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0636-2>
46. Heller, T. A. (2021). 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*, 14(1), 1-42. <http://dx.doi.org/10.18690/mls.14.1.1-42.2021>
47. Yan, S. C., Hulou, M. M., Cote, D. J., Roytowski, D., Rutka, J. T., Gormley, W. B., Smith, T. R. (2016). International defensive medicine in neurosurgery: comparison of Canada, South Africa, and the United States. *World neurosurgery*, 95, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.07.069>
48. Biswas, A., Shroff, M. M. (2021). Abusive head trauma: Canadian and global perspectives. *Pediatric radiology*, 51(6), 876-882. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04844-5>
49. Lefebvre, G. G., Calder, L. A., Bell, D. (2019). The Medico-Legal Climate in Canada: A Reflection on 75 Years for Obstetrics and Gynaecology. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC= Journal D'obstetrique et Gynecologie du Canada: JOGC*, 41, S267-S270.
50. Wu, A. W., McCay, L., Levinson, W., Iedema, R., Wallace, G., Boyle, D. J., Gallagher, T. H. (2017). Disclosing adverse events to patients: international norms and trends. *Journal of Patient Safety*, 13(1), 43-49. <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000107>
51. McBride, B., Shannon, K., Murphy, A., Wu, S., Erickson, M., Goldenberg, S. M., Krüsi, A. (2021). Harms of third party criminalisation under end-demand legislation: undermining sex workers' safety and rights. *Culture, Health Sexuality*, 23(9), 1165-1181. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1767305>
52. Gopinath S. *Chapter-01 Medical Negligence and Medical Law*. 2018. https://doi.org/10.5005/jp/books/14137_2
53. Carver, T., Smith, M. K. (2014). Medical negligence, causation and liability for non-disclosure of risk: A post-'wallace'framework and critique. *University of New South Wales Law Journal*, The, 37(3), 972-1018. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/JNF0RMIT778756216905415>
54. Cheluvappa, R., Selvendran, S. (2020). Medical negligence-Key cases and application of legislation. *Annals of Medicine and Surgery*, 57, 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.07.017>
55. Mărcău, F. C., Purec, S., Niculescu, G. (2022). Study on the Refusal of Vaccination against COVID-19 in Romania. *Vaccines*,

10(2), 261. <https://www.mdpi.com/2076-393X/10/2/261#>

56. Pospelova, S. I., Kamenskaya, N. A., Pavlova, Y. V., Erofeev, S. V. (2022). Negligence in Russia: Expert Legal Analysis of Adverse Outcomes of Medical Care. *Medical Liability in Asia and Australasia*, 225-244. https://doi.org/10.1007/978-981-16-4855-7_14

57. Об административных правонарушениях. Кодекс Республики Казахстан от 5 июля 2014 года №235-V ЗРК. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235>

Ob administrativnykh pravonarusheniyaх (On administrative offenses) [in Russian]. Kodeks Respubliki Kazaxstan ot 5 iyulya 2014 goda №235-V ZRK. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235>

58. Уголовный кодекс Республики Казахстан. Кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года, №226-V ЗРК. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226>

Ugolovny'y kodeks Respubliki Kazaxstan (Criminal Code of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Kodeks Respubliki Kazaxstan ot 3 iyulya 2014 goda, №226-V ZRK. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226>

59. Алчимбаева, М. А., Рахымбеков, Т. К., Аскаров, Б. Б., Турсынбекова, А. Е., Хисметова, З. А., Самарова, У. С., Цигенгагель, О. П. (2021). Медико-правовые риски ответственности в системе здравоохранения в период пандемии COVID-19. *Наука и здравоохранение*, (6), 6-14. <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-pravovye-riski-otvetstvennosti-v-sisteme-zdravooxraneniya-v-period-pandemii-covid-19>

Alchimbaeva, M. A., Raxy'pbekov, T. K., Askarov, B. B., Tursy'nbekova, A. E., Xismetova, Z. A., Samarova, U. S., Cigengagel', O. P. (2021). Mediko-pravovy'e riski otvetstvennosti v sisteme zdravooxraneniya v period pandemii COVID-19 (Medical and legal risks of liability in the healthcare system during the COVID-19 pandemic) [in Russian]. *Nauka i zdravooxranenie*, (6), 6-14. <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-pravovye-riski-otvetstvennosti-v-sisteme-zdravooxraneniya-v-period-pandemii-covid-19>

60. Alchimbayeva, M., Rakhypbekov, T., Bazarova, G., Baimagambetova, A., Tsigengagel, O. (2022). Medical Liability, Defensive Medicine, and Introduction to Professional Insurance in the Republic of Kazakhstan. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(F), 495-500. <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8410>

61. Benton, D. C., González-Jurado, M. A., Beneit-Montesinos, J. V. (2013). A structured policy review of the principles of professional self-regulation. *International nursing review*, 60(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/inr.12003>

62. Vincent, C., Phillips, A., Young, M. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet*, 343(8913), 1609-1613. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)93062-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)93062-7)

63. Tsigengagel, O., Glushkova, N., Khismetova, Z., Korostova, Y., Kussainova, D., Sovetbekov, D., Rakhypbekov, T. (2021). The public's views on responsibility for medical errors in the Republic of Kazakhstan. *European Journal of Public Health*, 31 (Supplement_3), ckab165-445. <https://academic.oup.com/eurpub/article-pdf/doi/10.1093/eurpub/ckab165.445/40780034/ckab165.445.pdf>

64. Lambert, B. L., Centomani, N. M., Smith, K. M., Helmchen, L. A., Bhaumik, D. K., Jalundhwala, Y. J., McDonald, T. B. (2016). The "Seven Pillars" response to patient safety incidents: effects on medical liability processes and outcomes. *Health services research*, 51, 2491-2515. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12548>

65. Закон о страховании ответственности медработников вернет всеобщее уважение к медицинской профессии – Даулет Алдынгуров. Веб-сайт. [Дата обращения 29 октября марта 2021 года]. Режим доступа: <https://www.inform.kz/ru/zakon-o-strahovanii-otvetstvennosti-medrabotnikov-vernet-vseobschee-uvazhenie-k-meditsinskoy-prof>

Zakon o strahovanii otvetstvennosti medrabotnikov vernet vseobshhee uvazhenie k medicinskoj professii – Daulet Aldy'ngurov (The law on liability insurance for medical workers will restore universal respect for the medical profession – Daulet Aldyngurov) [in Russian]. Veb-sajt. [Data obrashheniya 29 oktyabrya marta 2021 goda]. Rezhim dostupa: <https://www.inform.kz/ru/zakon-o-strahovanii-otvetstvennosti-medrabotnikov-vernet-vseobschee-uvazhenie-k-meditsinskoy-prof>

66. Адаптированную модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников планируется ввести в РК. Веб-сайт. [Дата обращения 21 декабря 2022 года]. Режим доступа: <https://uchet.kz/news/adaptirovannuyu-model-strahovaniya-professionalnoy-otvetstvennosti-meditsinskikh-rabotnikov-planiru/>

Adaptirovannuyu model' strahovaniya professional'noj otvetstvennosti medicinskikh rabotnikov planiruetsya vvesti v RK (An adapted model of professional liability insurance for medical workers is planned to be introduced in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Veb-sajt. [Data obrashheniya 21 dekabrya 2022 goda]. Rezhim dostupa: <https://uchet.kz/news/adaptirovannuyu-model-strahovaniya-professionalnoy-otvetstvennosti-meditsinskikh-rabotnikov-planiru/>

67. Абдрасулов, Е. Б. (2021). Конституция Республики Казахстан и международное право. *Вестник Академии правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан*, (1), 20-31. Режим доступа: <https://parlaminst-mtqb.qr-pib.kz/images/attachments/vestnik-apo-1-19-2021-653636e343247610783925.pdf#page=19>

Abdrasulov, E. B. (2021). Konstituciya Respubliki Kazaxstan i mezhdunarodnoe pravo (The Constitution of the Republic of Kazakhstan and International Law) [in Russian]. Vestnik Akademii pravooxranitel'ny'x organov pri General'noj prokurature Respubliki Kazaxstan, (1), 20-31. Rezhim dostupa: <https://parlaminst-mtqb.qr-pib.kz/images/attachments/vestnik-apo-1-19-2021-653636e343247610783925.pdf#page=19>

68. Об утверждении Правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-147/2020. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511>

Ob utverzhdenii Pravil opredeleniya sluchaev (sobytij) medicinskogo incidenta, ix ucheta i analiza (On approval of the Rules for determining cases (events) of a medical incident, their recording and analysis) [in Russian]. Prikaz Ministra Zdravooxraneniya Respubliki Kazaxstan ot 22 oktyabrya 2020 goda, №QR DSM-147/2020. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511>

69. Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина 'Здоровая нация. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 сентября 2023 года №828. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725>

Ob utverzhdenii nacional'nogo proekta "Kachestvennoe i dostupnoe zdravooxranenie dlya kazhdogo grazhdaninа 'Zdorovaya naciya (On approval of the national project "Quality and affordable healthcare for every citizen 'Healthy Nation)

[in Russian]. Postanovleniem Pravitel'stva Respubliki Kazaxstan ot 22 sentyabrya 2023 goda №828. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725>

Медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру жүйесінің өзекті мәселелері

[Кисикова С.Д.](#)¹, [Шаназаров Н.А.](#)², [Алчимбаева М.А.](#)³, [Бариева Г.Ж.](#)⁴

¹ Директордың кеңесшісі, Қазақстан Республикасы Президентінің Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы, Астана, Қазақстан. E-mail: almaty_saule@mail.ru

² Директордың стратегиялық даму, ғылым және білім жөніндегі орынбасары, Қазақстан Республикасы Президентінің Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы, Астана, Қазақстан. E-mail: nasrulla@inbox.ru

³ Ғылым және инновация бөлімінің маманы, Қазақстан Республикасы Президентінің Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы, Астана, Қазақстан. E-mail: Alchimbayeva@bmc.mcupd.kz

⁴ Ғылым және инновация бөлімінің маманы, Қазақстан Республикасы Президентінің Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы, Астана, Қазақстан. E-mail: Barieva@bmc.mcupd.kz

Түйіндеме

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы елдердің үкіметтері мен денсаулық сақтау органдары мен мекемелерінің басшыларын медицина қызметкерлері мен пациенттердің денсаулығы мен қауіпсіздігіне жүйелі түрде қауіп төндіретін факторларды жою үшін шаралар қабылдауға шақырады. Оларға медицина қызметкерлерін зорлық-зомбылықтан қорғау сияқты салалардағы шаралар жатады; олардың психикалық денсаулығын нығайту; оларды физикалық және биологиялық қауіп көздерінен қорғау; медицина персоналының қауіпсіздігі саласындағы ұлттық бағдарламаларды іске асыру, сондай-ақ медицина қызметкерлерінің қауіпсіздігін және пациенттердің қауіпсіздігін бірыңғай кешен ретінде қару. Бірқатар зерттеулерге сәйкес медициналық қателіктердің таралуы 1-ден 40% - ға дейін өзгереді. Медициналық ұйымдардағы қабылдаулардың шамамен 17%-ы жағымсыз құбылыстарға әкеледі деп есептеледі.

Шолудың мақсаты: әлемнің әртүрлі елдеріндегі медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру жүйесінің мәселелерін талдау. Медициналық қателерді құқықтық реттеу мәселелері бойынша нормативтік-құқықтық базаның халықаралық және отандық тәжірибесіне кешенді салыстырмалы талдау жүргізілді.

Әртүрлі юрисдикциялардағы медициналық жауапкершілікті реттеудің жетекші тәжірибелерін талдау тәсілдердегі айырмашылықтарға қарамастан, олардың барлығы қоғамдық қауіпсіздікті қорғау мен реттеудің икемділігін қамтамасыз ету арасындағы тепе-теңдікке қол жеткізуге бағытталғанын көрсетеді.

Түйін сөздер: медициналық қателер немесе медициналық оқиға, қолайсыз оқиға, медициналық жауапкершілікті сақтандыру, немқұрайлылық, пациенттің қауіпсіздігі, өтемақы төлеу.

Current issues of the medical workers' professional liability insurance system

[Saule Kisikova](#)¹, [Nasrulla Shanazarov](#)², [Makpal Alchimbayeva](#)³, [Gulzada Bariyeva](#)⁴

¹ Advisor to the Director, Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of The Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan. E-mail: almaty_saule@mail.ru

² Deputy Director for Strategic Development, Science and Education, Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of The Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan. E-mail: nasrulla@inbox.ru

³ Specialist of the Department of Science and Innovation, Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of The Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan. E-mail: Alchimbayeva@bmc.mcupd.kz

⁴ Specialist of the Department of Science and Innovation, Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of The Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan. E-mail: Barieva@bmc.mcupd.kz

Abstract

The World Health Organization calls on national Governments and heads of health authorities and institutions to take measures to eliminate factors that systematically threaten the health and safety of medical workers and patients. These include measures in areas such as protecting health workers from violence, strengthening their mental health, and protecting them from sources of physical and biological danger; implementation of national programs in the field of medical personnel safety, as well as consideration of the safety of medical workers and patient safety as a single complex. According to a number of studies, the prevalence of medical errors varies from 1 to 40%. It is estimated that about 17% of appointments in medical organizations lead to undesirable events.

Objective: To analyze the issues of the insurance system of professional liability of medical workers in different countries of the world. A comprehensive comparative analysis of the international and domestic experience of the regulatory framework on the legal regulation of medical errors has been carried out.

An analysis of the leading practices of regulating medical liability in different jurisdictions shows that, despite the differences in approaches, they are all aimed at achieving a balance between protecting public safety and ensuring regulatory flexibility.

Keywords: medical errors OR medical incident, adverse event, medical liability insurance, malpractice, patient safety, compensation payment.