

УДК: 614.256- 618.5-06

DOI: 10.37800/RM.1.2023.16-24

АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

М.А. Алчимбаева¹, Т.К. Рахымбеков², Б.Б. Аскарров³, Н.А. Шаназаров⁴, Ф.Н. Ержанова⁴, С.Д. Кисикова⁴, Г.С. Базарова¹, А.А. Баймагамбетова¹, Ш. У. Алиева⁵, О.П. Цигенгагель⁶

¹НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан;

²Национальная Ассоциация «Primary Health Care», Астана, Республика Казахстан;

³АО «Казахстанский фонд инвестиционного развития», Астана, Республика Казахстан;

⁴РГП на ПХВ «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента РК», Астана, Республика Казахстан;

⁵ТОО Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Республика Казахстан;

⁶НАО «Атырауский университет им. Халела Досмухамедова», Атырау, Республика Казахстан

Аннотация

Актуальность: Акушерство и гинекология занимаются благополучием как плода, так и матери, тем самым в большинстве клинических случаев профессиональная ответственность удваивается. Во всем мире наблюдается рост судебных исков против медицинских работников различных специальностей. Акушерство и гинекология считается одной из специальностей связанной с высоким риском возникновения неблагоприятных событий. В этой связи, поставщики медицинских услуг и родильные дома должны тщательно учитывать аспекты медицинской ответственности. В этой работе рассматриваются данные, оценивающие или сравнивающие эффективность реформ медицинской ответственности и стратегий повышения качества медицинской помощи, связанных с судебными разбирательствами в области акушерства и гинекологии.

Цель исследования – изучить имеющиеся литературные данные об опыте проведения эффективной реформы медицинской ответственности в разных странах для совершенствования стратегий повышения качества в части судебных компенсаций, связанных с медицинскими ошибками в акушерстве и гинекологии.

Материалы и методы: Проведен поиск научных публикаций в поисковых системах PubMed, Scopus, Google Scholar, e-Library на английском, казахском и русском языках, по ключевым словам, и медицинским тематическим заголовкам среди материалов, опубликованных с 2012 по 2022 гг. В обзор было включено 20 статей.

Результаты: В данном обзоре обобщается опыт инициатив по совершенствованию системы судебного разбирательства в отношении медицинской ответственности, в том числе подходы без вины, инициативы в отношении политики обеспечения безопасности пациентов, коммуникация и разрешение конфликтных ситуаций, ограничения судебных компенсаций и гонораров адвокатов, альтерна-

тивная система оплаты и медицинской ответственности, а также ограничений в части права на возмещение судебных издержек.

Заключение: Проведенный обзор литературы продемонстрировал, что государственные стратегии развивающихся стран по сокращению судебных разбирательств в отношении медицинской ответственности имеют тесную связь со снижением частоты неблагоприятных событий и случаев злоупотребления служебным положением в акушерстве и гинекологии.

Ключевые слова: медицинская ошибка, акушерство и гинекология, медицинская ответственность, судебные компенсации, страхование профессиональной ответственности

Введение: Концепция защитной медицины возникла в Соединенных Штатах Америки (США) в период с 1974 по 1978 год, а затем распространилась по всему миру [1, 2]. Ответственность за злоупотребление служебным положением распространяется на всех практикующих врачей, но определенные специальности, такие как неотложная медицинская помощь, ортопедическая хирургия, нейрохирургия, акушерство/гинекология и радиология, являются особенно «высокорисковыми» специальностями, связанными с судебными разбирательствами [3] как в Казахстане [4], так и в США [5]. Аналогичные результаты были получены в других странах, где неблагоприятные события чаще встречались у хирургов и акушеров-гинекологов [6]. Следует отметить, что наиболее подверженные риску являются медицинские работники по специальности акушерство и гинекология, так как имеют дело с новорожденными и женской репродуктивной системой. Кроме того, специальность «акушерство и гинекология» находится под особым пристальным вниманием, потому как данная

имеет один из самых высоких страховых тарифов среди медицинских специальностей [7]. Риск и последствия медицинских ошибок для пациентов отличаются в зависимости от специальности медицинского работника. У представителей «агрессивных» медицинских специальностей (реаниматологи, анестезиологи, хирурги, и др.), которые работают с умирающими больными, такие риски выше, чем у медицинских работников терапевтического профиля [8], поэтому вышеперечисленные специальности являются наиболее уязвимыми и привлекают наибольшее внимание со стороны пациентов и их родственников.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что врачи, которых считают подверженными более высокому риску ответственности, скорее всего, будут практиковать «защитную» медицину, в соответствии с которой уклонение от судебного разбирательства может иметь приоритет над интересами пациента при принятии медицинских решений [9, 10]. В акушерстве такой подход может привести к увеличению числа ненужных процедур, таких как необоснованное кесарево сечение [11], электронный мониторинг плода, эпидуральная анальгезия [11], что, в свою очередь, способствует увеличению расходов на здравоохранение [12]. Стоимость защитной медицины в США оценивается в 200 миллиардов долларов в год по данным Price Waterhouse [14-16] и в 5 миллиардов долларов в год по данным Бюджетного управления Конгресса [16].

За последние пять лет Комитетом медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) было зарегистрировано 14 253 обращений от физических и юридических лиц. Важно отметить, что отмечен ежегодный прирост поступивших обращений в среднем на 3% [17]. В тройку специальностей, привлеченных к ответственности, входили: акушеры-гинекологи – 14 человек, хирурги – 14, травматологи – 8. Размер компенсации морального и материального вреда в пользу потерпевших составил более 40 миллионов тенге.

В Казахстане привлечь к ответственности медицинского работника в случае возникновения медицинского инцидента, возможно по следующим основным статьям: статья 80 Административного кодекса Республики Казахстан от 5 июля 2014 года № 235-V ЗРК «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» [18], по статье 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» [19]. Также, отсутствие правовой ясности в отношении ответственности в период пандемии COVID-19 препятствует усилению по поддержке участия медицинских работников в реагировании на чрезвычайные ситуации [20].

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников существует в мире более 30 лет [21]. На сегодняшний день страхование профессиональной ответственности медицинских работников в РК действует только на добровольной основе, что является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения [4]. Масштабное внедрение страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане крайне затруднено, в первую очередь из – за отсутствия

эффективного экономического и правового регулирования данной деятельности [4]. 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 особенности распространённости медицинских инцидентов и, следовательно, разработать адекватные организационные, управленческие и другие мероприятия [22]. Важно отметить, что обеспечение сбалансированного стратегического подхода к реформе медицинской ответственности, с целью осуществления контроля над судебными издержками должна сопровождаться справедливой компенсацией пациентам, пострадавшим по причине медицинской халатности [23]. Данный подход требует тщательного анализа существующих в мире политик и их краткосрочных и долгосрочных последствий [24], принимая во внимание мнение и опыт заинтересованных сторон, включая пациентов, клиницистов, менеджеров здравоохранения и государственных работников и т.д. [25].

В некоторых странах ранее были предприняты усилия по устранению медицинской ошибки с целью обеспечения безопасности пациентов [26,27], включая специализированную судебную систему для рассмотрения дел, финансовую поддержку, компенсацию потерпевшим, а также стратегии, смягчающие коммуникацию между врачом и пациентом за пределами зала суда. Однако большая часть работ на сегодняшний день посвящена оценке этой проблемы в США, где структура здравоохранения и экономики значительно отличается от стран с низким и средним уровнем дохода. Целью настоящего исследования является анализ данных, который поможет странам, в том числе Казахстану, использовать имеющийся опыт для проведения эффективной реформы медицинской ответственности и совершенствования стратегий повышения качества в части судебных компенсаций, связанных с медицинскими ошибками в акушерстве и гинекологии.

Цель исследования – изучить имеющиеся литературные данные об опыте проведения эффективной реформы медицинской ответственности в разных странах для совершенствования стратегий повышения качества в части судебных компенсаций, связанных с медицинскими ошибками в акушерстве и гинекологии.

Материалы и методы: Проведен поиск научных публикаций в поисковых системах PubMed, Scopus, Google Scholar, e-Library на английском, казахском и русском языках, по ключевым словам, и медицинским тематическим заголовкам среди материалов, опубликованных с 2012 по 2022 гг. В результате поиска были найдено 149 статей, из которых 20 соответствовали критериям отбора и были включены в данный обзор. Критериям включения соответствовали полнотекстовые оригинальные статьи, систематические обзоры и сообщения по следующим ключевым словам: медицинская ошибка, акушерство и гинекология, медицинская ответственность, судебные компенсации, страхование профессиональной ответственности, при проведении поиска в русскоязычных поисковых системах. При проведении поиска литературных источников на английском языке ключевыми словами являлись: medical error AND obstetrics and gynecology, medical liability,

judicial compensation, medical liability insurance. Никаких ограничений по участникам и условиям проведения исследований не вводилось.

Результаты:

Стратегии обеспечения безопасности пациентов

В своем обзоре Pegalis и Bal [28] изучали рекомендации по безопасности пациентов, основанные на судебных разбирательствах в отношении медицинских ошибок, а также снижении финансовых затрат, связанных с ответственностью. В анестезиологии и акушерстве после выполнения мер безопасности пациентов, авторы сообщают о снижении заболеваемости и сумм финансовых затрат, связанных с медицинскими ошибками. В частности, смертность, связанная с анестезиологическими процедурами, снизилась с одного случая на 10 000 процедур до одного случая на 200 000 процедур. Кроме того, сообщалось об улучшении перинатальных исходов с более низкими показателями травматизма матери и плода, частоты первичного кесарева сечения и количества судебных разбирательств. Средняя компенсационная выплата снизилась с 27 миллионов долларов до 2,5 миллионов долларов в год, а серьезные неблагоприятные события, такие как смерть и серьезный вред здоровью, были сокращены с пяти случаев в год до нуля.

Однако в другом исследовании [29] оценили модель снижения риска родов посредством неконтролируемого исследования «до и после». Данная многоуровневая интегрированная модель состояла из четырех ключевых компонентов: стандартизированные практические рекомендации, документация процесса, отчетность о событиях и политика раскрытия информации, а также аудит и обратная связь. Были проанализированы риски медицинской ответственности, где через 2 года после внедрения данной модели значительно увеличилось количество сообщений о непреднамеренных событиях (84 случая на 1000 рождений, $p < 0,01$), в то время как количество случаев злоупотребления служебным положением значительно снизилось (7 случаев на 1000 рождений, $p < 0,01$).

В Канаде [30] провели когортное исследование для оценки воздействия программы «Эффективное управление акушерскими рисками» (MORE) после 10 лет ее реализации. Программа состояла из трех образовательных модулей, предназначенных для медицинских работников: (1) совместное обучение, (2) совместная работа и (3) изменение культуры. Были проанализированы результаты опроса 174 больниц, а также данные о претензиях из 39 больниц, застрахованных на предмет ответственности в соответствии с договором медицинского страхования Канады (HIROC). Было выявлено, что понесенные расходы включали оплату услуг юриста, страхового агента, за экспертное заключение, судебных издержек истца и резерв по окончательной вероятной стоимости (оценка стоимости иска до его окончательного решения).

В рамках исследования, проведенного в Великобритании [31], были описаны стратегии, состоящие из ряда реактивных и проактивных систем и процессов управления рисками. Было изучено, повлияли ли стандарты управления рисками на количество поданных исков о медицинских ошибках в службы охраны материнства и детства. Доля обращений по акушерству и гинекологии снизилась

с 28% в период с 1995 - 1996 гг. до 16% в период с 2005–2006 гг. Однако, не было никаких доказательств того, что стандарты оказали прямое влияние на степень вреда здоровью или характер претензий.

В другом исследовании [32] авторы сосредоточились на влиянии законов об извинениях за медицинские ошибки. В данных законах говорилось, что извинения, принесенные практикующими врачами, не могут использоваться в качестве доказательства в судебном разбирательстве по поводу медицинской ошибки [7]. Дополнительно, авторы обнаружили, что в штатах, где действует закон об извинениях, выплаты истцам по делам о злоупотреблениях служебным положением составляли 32 342 доллара, чем истцам в штатах, где такой закон отсутствует. Другие авторы [33], выявили степень ответственности и уровень денежных затрат до и после внедрения программы Мичиганского университета (UMHS), которая была сосредоточена на комплексной модели раскрытия информации в отношении медицинских ошибок с предложением компенсации за серьезные ошибки. В данном неконтролируемом исследовании «до и после» авторы обнаружили, что после внедрения программы среднемесячная частота новых жалоб снизилась с 7,03 до 4,52 на 100 000 обращений пациентов (ОШ 0,64; 95% ДИ 0,44-0,95), а среднемесячная частота судебных исков снизилась с 2,13 до 0,75 на 100 000 обращений пациентов (ОШ 0,35; 95% ДИ 0,22-0,58). Кроме того, среднее время от подачи жалобы до разрешения конфликта уменьшилось с 1,36 до 0,95 года, в отношении ответственности среднемесячные денежные затраты снизились (0,41 ОШ, 95% ДИ 0,26-0,66), как и компенсация пациентам (0,41 ОШ, 95% ДИ 0,26-0,67), в том числе судебные издержки, не связанные с компенсацией (0,39 ОШ, 95% ДИ 0,22-0,67).

Ограничение компенсации и судебных издержек

В нескольких исследованиях был рассмотрен опыт с установлением лимитов присуждения неэкономических (т. е. возмещения ущерба в случаях медицинской ошибки за моральный вред, такой как боль и страдание) и штрафных убытков [34, 35]. В исследовании Basheer et al. изучили реализацию законодательства о реформе административного права, согласно которой, в связи с ограничением неэкономического ущерба в размере 500 000 долларов США, страховые взносы в отношении страхования медицинской ответственности были снижены и подлежали возмещению [36]. В другом аналогичном исследовании было показано, что в период до внедрения законодательства о реформе административного права застрахованные акушеры-гинекологи, подвергались в среднем 60 судебным искам в год, напротив в период реализации данного законодательства количество судебных исков сократилось в среднем до 20 случаев в год [37].

Страховые взносы медицинских работников на случай медицинской ошибки в регионах с ограничением суммы вознаграждения оказались на 17% ниже, чем в регионах без данного ограничения [38]. В Калифорнии законодательством о реформе компенсации за медицинские травмы (MICRA), установлено ограничение в размере 250 000 долларов США за неэкономический ущерб. Национальной ассоциацией уполномоченных лиц по страхованию (NAIC) тяжесть каждой травмы оценивалась по девяти-

балльной шкале (например, от эмоциональной травмы (1 балл) до смерти (9 баллов)) [39].

В когортном исследовании ВОЗ изучали влияние реформ в отношении ограничения штрафных убытков на типы выполняемых процедур и исходы для здоровья матерей и их детей. Были проанализированы данные национальных статистических отчетов. Исследование было сосредоточено на нескольких реформах: предельные суммы штрафных убытков, предельные суммы неэкономического ущерба (боль и страдания), реформа законодательства солидарной ответственности (каждый ответчик по административному иску, ответственный за возмещение всей суммы убытков истцу) [40].

Ethiraj et al. пришли к выводу, что реформа солидарной ответственности позволила сократить число кесаревых сечений примерно на 7%, а число предотвратимых осложнений в родах – на 13% [41].

Вопн с соавт. [42] оценили влияние изменений в административном законодательстве на медицинские страховые взносы в период с 1991 по 2004 год по трем специальностям: акушерство/гинекология, общая хирургия и внутренняя медицина. Ученые оценили эффект «доза-реакция» для значений пределов ущерба с поправкой на инфляцию и влияние доходов от инвестиций на страховые взносы за медицинскую ошибку, используя ежегодный опрос медицинских страховых компаний, проводимый мониторинговой комиссией по страхованию медицинской ответственности. В частности, в области акушерства и гинекологии данное исследование показало, что предельные суммы ущерба снижают страховые взносы на случай медицинской ошибки на 26 % ($p < 0,01$). Кроме того, увеличение на 100 000 долларов установленного законом предела возмещения неэкономического ущерба увеличило частоту страховых взносов в отношении профессиональной ответственности медицинских работников на 4% ($p < 0,01$). Так, например, ученые, изучавшие инициативы по коммуникации и разрешению проблем с целью оптимизации безопасности пациентов, обнаружили, что данные инициативы снизили затраты на иски и ответственность, а также уменьшили количество травм в результате усилий по обеспечению безопасности пациентов [43].

Другие авторы установили, что модель административной компенсации сохранила доступность покрытия акушерско-гинекологической ответственности и снизила страховые взносы [44]. Далее, подход Вирджинии, основанный на отсутствии вины, почти полностью защитил медицинских работников от негативных последствий исков о злоупотреблении служебным положением при определенных травмах. Ограничения на компенсацию и гонорары адвокатов продемонстрировали преимущества, связанные с более легким разрешением некоторых претензий и снижением страховых взносов по направлению «акушерство и гинекология» [34, 45], а также частоты претензий и судебных исков и коэффициента убыточности [38]. Были также исследованы инициативы по снижению бремени ответственности и финансового бремени выплат по претензиям. Данные инициативы показали связь с сокращением числа кесаревых сечений и предотвратимых осложнений во время родов [44, 46, 47].

Обсуждение: Данный обзор показал, что инициативы по сокращению судебных разбирательств в отношении медицинских ошибок могут быть связаны с уменьшением предотвратимых нежелательных событий и случаев медицинской халатности. Несмотря на сообщения о высоких финансовых затратах, связанных с судебными разбирательствами в отношении медицинской халатности, недостаточное количество исследований осуществляли оценку стратегических подходов по сокращению судебных разбирательств. В ходе проведенного литературного обзора нами было выявлено 20 статей, в которых оценивались реформы медицинской ответственности и стратегии повышения качества [28-47]. Большая часть литературы относится к США, что, вероятно, связано с большим количеством заявлений о медицинской халатности, которые подаются в этой стране в год по сравнению с другими странами.

Был обнаружен ряд инициатив, связанных с совершенствованием системы судебных разбирательств в отношении медицинской халатности, в том числе подход «без вины», инициативы по обеспечению безопасности пациентов, адекватная коммуникация и разрешение конфликтных ситуаций, установление предельных сумм компенсации и гонораров адвокатов, альтернативная система оплаты и обязательств, а также финансовые ограничения на судебные процессы.

Заключение: Несмотря на высокие затраты, связанные с судебным разбирательством в отношении медицинских ошибок в мире, в частности по направлению «акушерство и гинекология», инициативы, связанные с сокращением судебных разбирательств в отношении медицинской ответственности, оказывают влияние на уменьшение частоты неблагоприятных событий и случаев злоупотребления служебным положением. Недавний опыт разных стран демонстрирует успешную реализацию стратегий в части снижения медицинской ответственности в акушерстве и гинекологии, которые оказались эффективными в каждом конкретном обществе и могут быть использованы как пример для других развивающихся стран, в том числе для Республики Казахстан. Однако рекомендуется проведение локальных исследований для оценки применимости различных стратегий. Необходимы скоординированные меры со стороны правительств, профессионального и гражданского сообществ посредством оценки эффективности с использованием тщательного плана исследования, а также определение стоимости посредством экономического анализа и предоставления подробностей, связанных с контекстом, в котором будут осуществляться данные политические меры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Calikoglu E.O., Aras A. The article title is offensive medicine among different physicians' disciplines: A descriptive cross-sectional study // *J. Forensic Legal Med.* – 2020. -Vol. 73(7). – P. 678-709. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101970>
2. Chegini Z., Kakemam E., Asghari Jafarabadi M., Janati A. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: A cross-sectional survey // *BMC Nursing.* – 2020. – Vol.19 (1). – P.123-127. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>
3. Mushinski D., Zahran S., Frazier A. Physician behaviour, malpractice risk and defensive medicine: An investigation of cesarean deliveries // *Health Econ., Policy Law.* – 2022. -Vol. 17(3). – P. 247-265. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000432>
4. Tsigengagel O., Glushkova N., Khismetova Z., Korostova Ye., Kussainova D., Sovetbekov D., Alchimbayeva M., Rakhypbekov T. The public's views on responsibility for medical errors in the Republic of Kazakhstan // *Eur. J. Public Health.* – 2021. – Vol. 31(Suppl._3). – P. iii507-iii508. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.445>
5. Kovacheva V.P., Brovman E.Y., Greenberg P., Song E., Palanisamy A., Urman R.D. A Contemporary Analysis of Medicolegal Issues in Obstetric Anesthesia between 2005 and 2015 // *Anesth. Analg.* – 2019. – Vol. 128(6). – P. 1199-1207. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003395>
6. Johansen L.T., Braut G.S., Acharya G., Andresen J.F., Øian P. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice // *BMC Health Serv. Res.* – 2021. – Vol. 21 (1). – P. 931. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06956-6>
7. Viscusi W.K. Medical malpractice reform: What works and what Doesn't // *Denver Law Review.* – 2019. – Vol. 96 (4). – P. 775-791. <https://ssrn.com/abstract=3379720>
8. Федосеев Г.Б. Врачебные ошибки: характер, причины, последствия, пути предупреждения // *Терапия.* – 2018. – №5. – С. 109-115. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2018.5.109-115>
9. Seabury S.A., Helland E., Jena A.B. Medical malpractice reform: Noneconomic damages caps reduced payments 15 percent, with varied effects by specialty // *Health Affairs.* – 2014. – Vol. 33 (11). – P. 2048-2056. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0492>
10. Liu J., Hyman D. A. The impact of medical malpractice reforms // *Ann. Rev. Law Soc. Sci.* – 2020. – Vol. 16. – P. 405-419. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-060120-093911>
11. Cardoso R., Zarin., Nincic V., Barber S. L., Gulmezoglu A. M., Wilson C., Wilson K., McDonald H., Kenny M., Warren R., Straus S. E., Tricco A. C. Evaluative reports on medical malpractice policies in obstetrics: A rapid scoping review // *Syst. Rev.* – 2017. – Vol. 6(1). – P. 23-46. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0569-5>
12. Hanganu B., Iorga M., Muraru I.D., Ioan B.G. Reasons for and facilitating factors of medical malpractice complaints. What can be done to prevent them? // *Medicina (Lithuania).* – 2020. – Vol. 56 (6). – P. 259. <https://doi.org/10.3390/medicina56060259>
13. Brennen R., Sherburn M., Rosamilia A. Development, implementation and evaluation of an advanced practice in continence and women's health physiotherapy model of care // *Aust. N. Z. Obstet. Gynaecol.* – 2019. – Vol. 59(3). – P. 450-456. <https://doi.org/10.1111/ajo.12974>
14. Gimbel R. W., Pirrallo R. G., Lowe S. C., Wright D. W., Zhang L., Woo M. J., Fontelo P., Liu F., Connor Z. Effect of clinical decision rules, patient cost and malpractice information on clinician brain CT image ordering: A randomized controlled trial // *BMC Med. Inform. Decis. Making.* – 2018. – Vol.18 (1). – P. 15-17. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0602-1>
15. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. The price of excess: Identifying waste in healthcare spending. http://www.cabarrus.biz/clientuploads/PWC_PriceofExcess_2008.pdf. 27.03.2023
16. Manchikanti L, Helm S, Benyamin R.M., Hirsch J.A. Evolution of us health care reform // *Pain Physician.* – 2017. – Vol. 20(3). – P. 107-110. <https://doi.org/10.36076/ppj.2017.110>
17. Tsigengagel O., Glushkova N., Mammadov V., Khismetova Z., Gazaliyeva M., Ibrayeva Z., Semenova Y. Epidemiology of Offences against Health in the Republic of Kazakhstan: 2015-2019 // *J. Law Med.* – 2021. – Vol. 28 (2). – P. 492-502. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33768754/>
18. Кодекс Республики Казахстан. Об административных правонарушениях: утв. 5 июля 2014 года, № 235-V ЗПК [Codeks Respubliki Kazaxstan. Ob administrativnyx pravonarusheniyax: utv. 5 iyulya 2014 goda, № 235-V ZRK (in Russ.)]. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235>
19. Уголовный кодекс Республики Казахстан: утв. 3 июля 2014 года, № 226-V ЗПК [Ugolovnyj kodeks Respubliki Kazahstan: utv. 3 ijulja 2014 goda, № 226-V ZRK (in Russ.)]. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226>.
20. Алчимбаева М.А., Рахыпбеков Т.К., Аскараров Б.Б., Турсынбекова А.Е., Хисметова З.А., Самарова У.С., Атабаева А.К., Дюсупова А.А., Цигенгагель О.П. Медико-правовые риски ответственности в системе здравоохранения в период пандемии COVID-19 // *Наука и Здравоохранение.* – 2021. – № 6(23). – С. 6-14 [Alchimbaeva M.A., Raxypbekov T.K., Askarov B.B., Tursynbekova A.E., Xismetova Z.A., Samarova U.S., Atabaeva A.K., Dyusupova A.A., Cigengagel']

- O.P. Mediko-pravovye riski otvetstvennosti v sisteme zdravooxraneniya v period pandemii COVID-19 // Nauka i Zdravooxranenie. – 2021. – № 6(23). – S. 6-14 (in Russ.]. https://newjournal.ssmu.kz/upload/iblock/149/_-_6_23_2021.pdf
21. Vincent C, Phillips A, Young M. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action // *Lancet*. – 1994. – Vol. 343 (8913). – P. 1609-1613. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)93062-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)93062-7)
 22. Цигенгагель О.П., Глушкова Н.Е. Медицинская ошибка как медико-социальная проблема // *Вестник ЮКМА*. – 2020. – №4(91), том 1. – С. 67-68 [Cigengagel' O.P., Glushkova N.E. Medicinskaya oshibka kak mediko-social'naya problema // *Vestnik YuKMA*. – 2020. – №4(91), том 1. – S. 67-68 (in Russ.)]. https://lib.ukma.kz/wp-content/uploads/2021/03/2020_4-1.pdf
 23. Agarwal R., Gupta A., Gupta S. The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review // *Health Serv. Res.* – 2019. – Vol. 54(4). – P. 851-859. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13157>
 24. Wallace E., Lowry J., Smith S.M., Fahey T. The epidemiology of malpractice claims in primary care: A systematic review // *BMJ Open*. – 2013. – Vol. 3(7). – P. e002929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002929>
 25. Dall T. Social work professionals' management of institutional and professional responsibilities at the micro-level of welfare-to-work // *Eur. J. Soc. Work.* – 2020. – Vol. 23 (1). – P. 30-42. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1476330>
 26. Lippke S., Wienert J., Keller F. M., Derksen C., Welp A., Kötting L., Hofreuter-Gätgens K., Müller H., Louwen F., Weigand M., Ernst K., Kraft K., Reister F., Polasik A., Huener Nee Seemann B., Jennewein L., Scholz C., Hannawa A. Communication and patient safety in gynecology and obstetrics - Study protocol of an intervention study // *BMC Health Serv. Res.* – 2019. – Vol. 19(1). – P. 908. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4579-y>
 27. Yu X. Medical Disputes, Iatrogenic Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation: Empirical Evidence. In: *Preventing Medical Malpractice and Compensating Victimized Patients in China: A Law and Economics Perspective*. – Intersentia, 2018. – P. 115-172. <https://doi.org/10.1017/9781780687339.005>
 28. Pegalis S.E., Bal B. S. Closed medical negligence claims can drive patient safety and reduce litigation // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2012. – Vol. 470. – P. 1398-1404. <https://doi.org/10.1007/s11999-012-2308-5>
 29. Santos P., Ritter G.A., Hefele J.L., Hendrich A., McCoy C.K. Decreasing intrapartum malpractice: Targeting the most injurious neonatal adverse events. *Journal of healthcare risk management // J. Healthcare Risk Manag.* – 2015. – Vol. 34(4). – P. 20-27. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21168>
 30. Weiss D., Fell D. B., Sprague A. E., Walker M. C., Dunn S., Reszel J., Peterson W. E., Coyle D., Taljaard M. Effect of implementation of the MORE OB program on adverse maternal and neonatal birth outcomes in Ontario, Canada: A retrospective cohort study // *BMC Pregn. Childbirth.* – 2019. – Vol. 19(1). – P. 151. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2296-5>
 31. Griggs B., Childs T., Birkinshaw J., Badrinath P. Factors associated with wide variation in clinical litigation rates across acute NHS trusts in England: A cross-sectional analysis // *Int. J. Qual. Health Care.* – 2021. – Vol. 33(1). – P. mzaa141. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa141>
 32. Ross N.E., Newman W.J. The role of apology laws in medical malpractice // *JAAPL*. – 2021. – Vol. 49(3). – P. 406-414. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.200107-20>
 33. Kachalia A., Kaufman S. R., Boothman R., Anderson S., Welch K., Saint S., Rogers M. A. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program // *Ann. Intern. Med.* – 2010. – Vol. 153(4). – P. 213-221. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002>
 34. Luo J., Chen H., Grace M. Medicaid expansion, tort reforms, and medical liability costs // *J. Risk Insur.* – 2022. – Vol. 89(3). – P. 789-821. <https://doi.org/10.1111/jori.12376>
 35. Meng R., Li J., Zhang Y., Yu Y., Luo Y., Liu X., Zhao Y., Hao Y., Hu Y., Yu C. Evaluation of patient and medical staff satisfaction regarding health care services in Wuhan public hospitals // *Int. J. Env. Res. Pub. Health.* – 2018. – Vol. 15(4). – P. 147-156. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040769>
 36. Basheer R., Moufarrej S., Badsha H. AB1169 Making a Case for Signed Written Informed Consent for Rheumatology Patients Started on Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARDs) in a Rheumatology Clinic // *Ann. Rheum. Dis.* – 2015. – Vol. 74 (Suppl 2). – P. 1293-1294. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-eular.1556>
 37. Gordon J.A. Medical liability reform – When? // *Connecticut Med.* – 2017. – Vol. 81(4). – P. 249-251. <https://ctmed.csm.org/publication/?i=456831&p=59>
 38. Berry M.D., Polking E. Medical Malpractice and Tort Reform // Issue brief (Health Policy Tracking Service). – 2015. – P. 1-76. <https://eurekamag.com/research/058/286/058286405.php>
 39. Studdert D.M., Yang Y.T., Mello M.M. Are damages caps regressive? A study of malpractice jury verdicts in California // *Health Affairs.* – 2004. – Vol. 23(4). – P. 54-67. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.54>
 40. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates Caesarean Section Rates at the Hospital Level and the Need for a Universal Classification System. – 2019. – Vol. 66(9). – P. 847-966. <https://www.mendeley.com/catalogue/>

c7f4ce68-ffd6-3882-8b09-de8873bc1b4e/

41. Ethiraj G., Ramachandra A.C., Rajan S. Induction of Labor and Risk for Emergency Cesarean Section in Women at Term Pregnancy // J. Clin. Gynecol. Obstet. – 2019. – Vol. 8(1). – P. 17-20. <https://doi.org/10.14740/jcgo433w>
42. Born P.H., Karl J.B. The Effect of Tort Reform on Medical Malpractice Insurance Market Trends // J. Empir. Leg. Stud. – 2016. – Vol. 13(4). – P. 718-755. <https://doi.org/10.1111/jels.12131>
43. McMichael B.J., Van Horn R.L., Viscusi W.K. “Sorry” Is Never Enough: How State Apology Laws Fail to Reduce Medical Malpractice Liability Risk // Stanford Law Rev. – 2019. – Vol. 71(2). – P. 341-409. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883076/>
44. Yu H., Greenberg M., Haviland A. The Impact of State Medical Malpractice Reform on Individual-Level Health Care Expenditures // Health Serv. Res. – 2017. – Vol. 52(6). – P. 2018-2037. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12789>
45. Childers R.G. Tort reform: Do details matter? // Health Econ., Policy Law. – 2021. – Vol.16(3). – P. 308-324. <https://doi.org/10.1017/S1744133121000025>
46. Iizuka T. Does higher malpractice pressure deter medical errors? // J. Law Econ. – 2013. – Vol. 56(1). – P. 161-188. <https://doi.org/10.1086/666977>
47. Minami C.A., Sheils C.R., Pavey E., Chung J.W., Stulberg J.J., Odell D.D., Yang A.D., Bentrem D.J., Bilimoria K.Y. Association Between State Medical Malpractice Environment and Postoperative Outcomes in the United States // J. Am. Coll. Surg. – 2017. – Vol. 224(3). – P. 310-318.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.012>

АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖАУАПКЕРШІЛІККЕ ҚАТЫСТЫ САЯСАТТЫ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ АСПЕКТІЛЕРІ: ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ

*М.А. Алчимбаева¹, Т.К. Рахымбеков², Б.Б. Асқаров³, Н.А Шаназаров⁴, Ф.Н. Ержанова⁴,
С.Д. Кисикова⁴, Г.С Базарова¹, А.А Баймағамбетова¹, Ш. У. Алиева⁵, О.П. Цигенгагель⁶*

¹*«Астана медицина университеті» КЕАҚ, Астана, Қазақстан Республикасы;*

²*«Primary Health Care» Ұлттық қауымдастығы, Астана, Қазақстан Республикасы;*

³*«Қазақстандық инвестициялық даму қоры» ЖАҚ, Астана, Қазақстан Республикасы;*

⁴*«ҚР Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы» ШЖҚ РМК, Астана,
Қазақстан Республикасы;*

⁵*«Қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғары мектебі «Қазақстан медициналық университеті»
ЖШС, Алматы, Қазақстан Республикасы;*

⁶*«Халел Досмұхамедов атындағы Атырау университеті» КЕАҚ, Атырау,
Қазақстан Республикасы*

Андатпа

Өзектілігі: Акушерлік және гинекология ұрықтың да, ананың да амандығымен айналысады, осылайша көп клиникалық жағдайда кәсіптік жауапкершілік екі есе артады. Бүкіл әлемде әртүрлі мамандықтағы медициналық қызметкерлерге қарсы сот талаптарының артып жатқаны байқалады. Акушерлік және гинекология жағымсыз оқиғалардың жоғары тәуекелі бар мамандықтардың бір болып саналады. Осыған байланысты, медициналық қызметтерді жеткізушілер мен перзентханалар медициналық жауапкершілік аспектілерін жете ескеруі қажет. Бұл жұмыста акушерлік және гинекология саласында сот талқылауына байланысты медициналық көмек сапасын арттыру стратегияларының және медициналық жауапкершілік реформаларының тиімділігін бағалаушы немесе салыстырушы деректер қарастырылады.

Зерттеудің мақсаты - акушерлік және гинекологиядағы медициналық қателіктерге байланысты сот өтемақылары сапаны арттыру стратегияларын жақсарту мақсатында әртүрлі елдердегі медициналық жауапкершілікті тиімді реформаларын тәжірибелері туралы әдебиет деректерін зерттеу.

Материалдар мен әдістері: 2012 және 2022 ж. аралығында жарияланған материалдар арасынан тірек сөздер және медициналық тематикалық тақырыптар бойынша PubMed, Scopus, Google Scholar, e-Library іздеу жүйелерінен ағылшын, қазақ және орыс тілдерінде ғылыми жарияланымдарға іздеу жүргізілді. Шолу 18 мақаланы қамтыды.

Нәтижелері: Аталған шолуда медициналық жауапкершілікке қатысты сот талқылау жүйесін жетілдіру бастамасының тәжірибесі, соның ішінде кінәсі жоқ тәсілдер, пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету саясатына қатысты бастамалар, коммуникация және даулы жағдайларды шешу, сот өтемақылары мен адвокаттардың қаламақыларын шектеу, төлем және медициналық жауапкершіліктің баламалы жүйесі, сонымен қатар сот шығындарын өтеу бөлігіндегі шектеулер жинақталған.

Қорытынды: Жүргізілген әдебиеттік шолу дамушы елдердің медициналық жауапкершілікке қатысты сот талқылауын қысқарту бойынша мемлекеттік стратегиялары акушерлік және гинекологияда қызмет бабын теріс пайдаланудың жағымсыз оқиғалары мен жағдайлары жиілігін төмендетумен тығыз байланысы бар екенін көрсетті.

Түйінді сөздер: медициналық қателік, акушерлік және гинекология, медициналық жауапкершілік, сот өтемақылары, кәсіптік жауапкершілікті сақтандыру

ASPECTS OF INTERNATIONAL EXPERIENCE IN POLICY IMPLEMENTATION REGARDING MEDICAL RESPONSIBILITY IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY: A LITERATURE REVIEW

*M.A. Alchimbayeva¹, T.K. Rakhypbekov², B.B. Askarov³, N.A. Shanazarov⁴, F.N. Yerzhanova⁴,
S.D. Kisikova⁴, G.S. Bazarova¹, A.A. Baimagambetova¹, Sh. U. Aliyeva⁵, O.P. Tsigengagel⁶*

¹ “Astana Medical University” NJSC, Astana, the Republic of Kazakhstan;

² “Primary Health Care” National Association, Astana, the Republic of Kazakhstan;

³ “Kazakhstan Investment Development Fund” JSC, Astana, the Republic of Kazakhstan;

⁴ “Medical Centre Hospital of the President’s Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan”
RSE, Astana, the Republic of Kazakhstan;

⁵ Kazakhstan medical university “Higher school of public health” LLP,
Almaty, the Republic of Kazakhstan;

⁶ “Dosmukhamedov Atyrau State University” NJSC, Atyrau, the Republic of Kazakhstan

Abstract

Relevance: Obstetrics and gynecology relate to the well-being of both the fetus and the mother, so the professional responsibility is doubled in most clinical cases. Around the world, there has been an increase in lawsuits against medical professionals in various specialties. Obstetrics and gynecology are among the fields associated with a high risk of adverse events. In this regard, healthcare providers and maternity hospitals should carefully consider the aspects of medical responsibility. This paper reviews evidence that evaluates or compares the effectiveness of medical accountability reforms and quality-of-care improvement strategies related to OB/GYN litigation.

The study aimed to: study the available literature on the experience of effective medical liability reform in different countries to upgrade strategies for improving the quality of judicial compensation for medical errors in obstetrics and gynecology.

Materials and Methods: A search was made for scientific publications in the search engines PubMed, Scopus, Google Scholar, and e-Library in English, Kazakh, and Russian by keywords and medical thematic headings among materials published from 2012 to 2022. The review included 18 articles.

Results: This review summarizes the experience of initiatives to improve the medical liability litigation system, including no-fault approaches, patient safety policy initiatives, communication and conflict resolution, limits on litigation and attorneys’ fees, an alternative system of payment and medical liability, as well as restrictions on the right to reimbursement of legal costs.

Conclusion: This literature review demonstrated that government strategies in developing countries to reduce medical liability litigation are strongly associated with a reduced frequency of adverse events and malpractice in obstetrics and gynecology.

Keywords: medical error, obstetrics, gynecology, medical responsibility, judicial compensation, occupational liability insurance

Данные авторов:

Алчимбаева Макпал Аскарловна - докторант, кафедры «Медицинского права и этики» НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан, тел. +7 701 812 18 77, e-mail: alchimbaeva.m@amu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3086-5465>

Рахыпбеков Толедбай Косиябекович - д.м.н., профессор, Президент Национальной Ассоциации «Primary Health Care», Астана, Казахстан, тел. +7 777 231 45 55, e-mail: NAPHC.qaz@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5699-3086>

Аскарлов Бахытжан Бекзатханович - к.ю.н., профессор «Казахстанский фонд инвестиционного развития», Астана, Казахстан, тел. +7 777 001 57 75, e-mail: bb_askarov@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7153-4769>

Шаназаров Насрулла Абдуллаевич - д.м.н., профессор заместитель директора по стратегическому развитию, науке и образованию РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента РК» на ПХВ, Астана, Казахстан, тел. +7 777 079 13 07, e-mail: nasrulla@inbox.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2976-259X>

Ержанова Фарида Нурмухамбетовна - MD., заведующая отделом науки и профессионального образования РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента РК» на ПХВ, Астана, Казахстан, тел. +7 701 389 91 76, e-mail: f.erzhanova@list.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5907-5419>

Кисикова Сауле Дюсебековна — д.м.н., профессор РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента РК» на ПХВ, Астана, Казахстан, тел. +7 701 533 78 68, e-mail: almaty_saule@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4584-9342>

Базарова Гульмира Сеиловна - ст.преподаватель кафедры медицинского права и этики НАО «медицинский университет Астана», +77017546078, email: gulmira.www@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4231-4337>

Баймагамбетова Айгерм Асхаровна - PhD, декан школы общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан, тел. +7 7010244446, e-mail: baimagambetova.a@amu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1010-5901>

Алиева Шолпан Уркендовна - докторант, Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественно-го здравоохранения», г. Алматы, Казахстан, тел: +7 777 744 8284, e-mail: tan-sholpan@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9717-2807>

Цигенгагель Оксана Павловна (корреспондирующий автор) – PhD, департамент науки, НАО «Атырауский университет им.Халела Досмухамедова», г.Атырау, Республика Казахстан, e-mail: tsigengagel.o@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3170-9712>

Адрес для корреспонденции: Цигенгагель О.П., ул. Махамбета Утемисова 87Б, кв. 14, г. Атырау 060000, Республика Казахстан.

Вклады авторов:

вклад в концепцию – Алчимбаева М.А., Рахыпбеков Т. К., Аскарлов Б.Б., Цигенгагель О.П.

научный дизайн – Алчимбаева М.А., Шаназаров Н.А., Ержанова Ф.Н., Кисикова С.Д., Базарова Г.С.

исполнение заявленного научного исследования – Алчимбаева М.А., Баймагамбетова А.А., Алиева Ш. У., Кисикова С.Д.

интерпретация заявленного научного исследования – Алчимбаева М.А., Аскарлов Б.Б., Баймагамбетова А.А., Алиева Ш. У., Базарова Г.С., Цигенгагель О.П.

создание научной статьи – Алчимбаева М.А., Рахыпбеков Т. К., Аскарлов Б.Б., Шаназаров Н.А., Ержанова Ф.Н., Цигенгагель О.П.

Финансирование: Данное исследование проводилось на безвозмездной основе.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.