

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

УДК 614.251/.252:67.99(5к)01

На правах рукописи

**АУЕЗОВА АРДАК МУХАНБЕТЖАНОВНА**

**Научное обоснование совершенствования механизма обеспечения защиты конституционных прав медицинских работников в Республике Казахстан**

6D110200 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени  
доктора философии (PhD)

Научные консультанты:  
Заслуженный деятель РК  
д.м.н., профессор Аканов А.А.  
д.м.н., профессор Камалиев М.А.  
PhD, профессор Падайга Ж.

Республика Казахстан  
Алматы, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ</b>	3
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ</b>	4
<b>ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ</b>	7
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	8
<b>1 СОЦИАЛЬНАЯ И ПРАВОВАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ</b>	12
1.1 Социальный и правовой статус медицинских работников	12
1.2 Риски врачебной профессии и страхование профессиональной ответственности медицинских работников	18
<b>2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	24
<b>3 СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПОЗИЦИЙ ПОСТАВЩИКОВ, ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ЭКСПЕРТОВ</b>	29
3.1 Оценка медицинскими работниками проблем оказания медицинской помощи	29
3.2 Оценка населением качества медицинской помощи, включая ее безопасность	51
3.3 Социологические аспекты клинической практики	74
3.4 Мнение экспертов по страхованию профессиональной ответственности	90
<b>4 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЗМА СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</b>	94
4.1 Анализ жалоб населения на оказание медицинской помощи	94
4.2 Расчет тарифной ставки по обязательному страхованию гражданско- правовой ответственности субъектов здравоохранения перед пациентами	96
<b>5 АНАЛИЗ И МОДЕЛИРОВАНИЕ ВИДОВ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</b>	113
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	118
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b>	123
ПРИЛОЖЕНИЕ А	132
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	135
ПРИЛОЖЕНИЕ В	140
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	145



## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438.

Постановление Правительства Республики Казахстан «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы» от 25 февраля 2011 года № 183.

Гражданский Кодекс Республики Казахстан от 1 июля 1999 года № 409.

Гражданский Кодекс Республики Казахстан (особенная часть) от 1 июля 1999 г. № 410-1.

Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации использованы следующие термины с определениями

Врачебные правонарушения	- неоказание помощи больному; незаконное производство аборта; халатное отношение к своим обязанностям; незаконное врачевание; нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил; противозаконное составление и выдача подложных документов; недопустимые эксперименты на людях; вымогательство и получение взятки; нарушение правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозки пересылки сильнодействующих ядовитых и наркотических средств.
Выгодоприобретатель	- лицо, которое в соответствии с законом имеет право на возмещение вреда, причиненного здоровью или жизни вследствие недостатков медицинской услуги, оказанной страхователем.
Кверуллианство	- непреодолимая сутяжническая деятельность, выражающаяся в борьбе за свои права и ущемлённые интересы (зачастую – мнимые или преувеличенные). Кверуллиант осуществляет подачу жалоб во всевозможные инстанции, исковых заявлений в суд.
Критерий врачебной ошибки	- вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное либо на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, либо на особом течении заболевания у определенного больного, либо на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества.
Несчастный случай в медицинской практике	- неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить.
Объект страхования	- риск ответственности страхователя по обязательствам, которые могут возникнуть в случае причинения вреда здоровью и жизни

	<p>других лиц вследствие недостатков медицинских услуг, оказанных страхователем.</p>
<p>Ответственность гражданская</p>	<p>- предусмотренный законодательством вид ответственности имущественного характера, который влечет за собой в силу закона (договора) обязанность лица, причинившего ущерб, полностью возместить убытки потерпевшему (третьему лицу).</p>
<p>Ответственность страховая</p>	<p>- обязанность страховщика выплатить страховую сумму или страховое возмещение.</p>
<p>Ответственность страховая гражданская</p>	<p>- вид имущественного страхования, при котором через заключение договора страхования гражданской ответственности обязанность возместить убытки третьему лицу перекладывается на страховщика.</p>
<p>Порядок уплаты страховой премии</p>	<p>- одновременно при заключении договора страхования либо в рассрочку; определяется договором страхования.</p>
<p>Страховой случай</p>	<p>- причинение вреда здоровью и (или) жизни другого лица (лиц) вследствие недостатков медицинских услуг, оказанных страхователем в период действия страхования, если данное событие признано страховщиком в досудебном (претензионном) порядке, либо установлено вступившим в законную силу решением суда по дате с участием страховщика.</p>
<p>Страховая сумма</p>	<p>- сумма, в пределах которой страховщик обязуется выплатить страховое возмещение; определяется соглашением страхователя со страховщиком при заключении договора страхования, но не может быть менее установленного законом размера на дату заключения договора.</p>
<p>Страховая премия</p>	<p>- плата за страхование, которую страхователь обязан уплатить страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования; определяется при заключении договора страхования.</p>
<p>Страховое возмещение</p>	<p>- выплата, осуществляемая страховщиком при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение; выплачивается страховщиком в размерах,</p>

Размер страховой премии

установленных соглашением с выгодоприобретателем и страхователем (медицинской организацией, ответственность которой застрахована) либо вступившим в законную силу решением суда.

- определяется согласно страховым тарифам, установленным с учетом объекта страхования и характера страхового риска (вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления) страховщиком по согласованию с органами государственного страхового надзора.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АПО	- амбулаторно-поликлиническая организация
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГК	- Гражданский Кодекс
ГОБМП	- гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ЕНСЗ	- Единая национальная система здравоохранения
КазНМУ	- Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
ЛПО	- лечебно-профилактическая организация
МЗ	- Министерство здравоохранения
МО	- медицинская организация
НИИ	- научно-исследовательский институт
НПО	- неправительственная организация
НПА	- нормативно-правовой акт
НЦ	- научный центр
ОЭСР	- Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
РБ	- районная больница
РК	- Республика Казахстан
РФ	- Российская Федерация
РЦ	- республиканский центр
СМИ	- средства массовой информации
СМР	- средний медицинский работник
СНГ	- Содружество независимых государств
ЦРБ	- центральная районная больница

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность проблемы**

В своей стратегии «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда» Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев отметил, что «только в 2011 году более 2 тыс. граждан обращались с жалобами на качество медицинской помощи, нарушение правил оказания гарантированной бесплатной медицинской помощи в регионах. Имеются случаи врачебных ошибок, ведущих к увечьям и гибели пациентов, судебных исков по данному поводу», и дал поручение проработать вопрос о введении обязательного страхования профессиональной ответственности врачей за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника (Астана, 10 июля 2012 г.).

Расширение прав и свобод человека, как необходимая составляющая построения демократического общества, с одной стороны, и невозможность максимально обеспечить реализацию этих прав и свобод, с другой, будут неизбежно сопровождаться ростом конфликтности в общественных отношениях. Данное положение полностью применимо и в здравоохранении, где последние годы отчетливо проявляются тенденции к обострению нравственных и правовых отношений между пациентами и медицинскими работниками, что порождается многими экономическими, социальными, этическими и другими факторами.

В системе здравоохранения Республики Казахстан в настоящее время актуализируется поиск решения проблемы системы страховой защиты медицинских работников на случай оказания некачественной медицинской помощи либо врачебной ошибки [1, 2].

В свое время Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан» от 19 мая 1997 г. впервые утвердил за медицинскими и фармацевтическими работниками «право на страхование профессиональной ошибки, не связанной с небрежным или халатным выполнением своих профессиональных обязанностей, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина» (статья 66).

В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г. № 193-IV ЗРК, которым регулируются в настоящее время все общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья, закреплено право медицинских и фармацевтических работников на страхование профессиональной ответственности за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника (статья 182).

К сожалению, это право для медицинских работников является не более чем декларативным, поскольку ни государство, ни работодатель не инициируют данный процесс, в то время как страхование профессиональной

ответственности продиктовано насущной необходимостью повысить уровень правовой и социальной защиты лиц, оказывающих медицинскую помощь.

В результате, профессия врача, обладая высоким социальным смыслом, в правовом отношении остается практически не защищенной. Проблема правовой защиты пациента в Казахстане разработана и решена значительно лучше [3,4,5].

В этой ситуации профессиональная защита врача – это право врача на страхование профессионального риска, так как этим обеспечивается защита медицинского работника от непредвиденных обстоятельств практической деятельности.

Отсутствие до настоящего времени исследований проблем введения и эффективности страхования профессиональной ответственности медицинских работников продиктовало необходимость научного обоснования подходов к изучению и решению данной проблемы.

**Цель** диссертации состоит в комплексном исследовании теоретико-прикладных основ страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

В исследовании основное внимание сосредоточено на решении следующих **задач**:

1. Исследовать содержание и особенности страхования профессиональной ответственности медицинских работников в мире.
2. Провести социологическую оценку оказания медицинской помощи с позиций поставщиков, потребителей и экспертов.
3. Рассмотреть экономические аспекты механизма страхования профессиональной ответственности медицинских работников.
4. Изучить имеющиеся проблемы и определить перспективы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.
5. Выработать предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

**Объект** исследования: медицинские работники как незащищенная социальная группа, население как субъект рыночных отношений.

**Предмет** исследования: социальная и правовая защита медицинских работников как профессиональной группы.

**Научная новизна** диссертационного исследования заключается в разработке комплекса теоретических и практических предложений по вопросам совершенствования механизма страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК.

**Практическая значимость** исследования видится в обосновании места и значения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в системе социальной и юридической защиты юридических



и физических лиц, а также определении основных принципов функционирования системы страхования ответственности в современных условиях.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Потребность в страховой защите у лиц, занимающихся профессиональной медицинской деятельностью, существует и возрастает по мере риска возникновения претензий к качеству медицинских услуг и требований возместить причиненный ущерб.

2. Страховая защита распространяется на непреднамеренные профессиональные ошибки медицинского работника, имевшие место при выполнении им профессиональных обязанностей и повлекшие причинение вреда здоровью пациента.

3. Система страхования рисков профессиональной ответственности медицинских работников позволит повысить самостоятельность, ответственность и безопасность медицинской деятельности, а также защиту от выплат по искам пациентов.

### **Публикации**

Основные научные результаты диссертации опубликованы в 11 публикациях, в том числе 5 – в журналах, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан; 1 – в международном научном издании "Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences (Indexed and Abstracted in Scopus)", 4 – в материалах международных конференций, в том числе 1 – в материалах зарубежной конференции; 1 – в международном научно-практическом журнале.

### **Апробация диссертации**

Материалы и результаты исследования доложены на Международной научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты активного долголетия» (г. Алматы, 3 декабря 2012 г.); Научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы общей и социальной гигиены», посвященной 90-летию со дня основания кафедры социальной и общей гигиены Смоленского государственного медицинского института (г. Смоленск, 21 ноября 2013 г.); Международной конференции, посвященной 35 годовщине Алма-атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи (г. Алматы, 6-7 ноября 2013 г.); Международном конгрессе «Медицинское образование в условиях глобализации рынка труда», приуроченного к 50-летию юбилею АГИУВ (г. Алматы, 12-13 сентября 2013 г.); конференции молодых ученых КазНМУ (г. Алматы, 18 апреля 2014 г.); межкафедральном совещании Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова (г. Алматы, 27 июня 2014 г.).



### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 131 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 5 разделов, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 128 источников, из которых 117 на русском и 11 на иностранном языках. Диссертация иллюстрирована 64 таблицами, 49 рисунками, содержит 4 приложения.

# **1. СОЦИАЛЬНАЯ И ПРАВОВАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1 Социальный и правовой статус медицинских работников**

Социальные права призваны обеспечить человеку достойный жизненный уровень, право на труд и свободный выбор работы, право на равную оплату за равный труд, право на социальное обеспечение, право на защиту материнства и детства, право на образование [6-8].

К медицинскому персоналу общество традиционно предъявляет повышенные моральные требования. Большинство медицинских работников сохраняет свои лучшие профессиональные и морально-этические качества. Вместе с тем, отмечается изменение в сторону упрощения норм поведения медицинских работников вследствие игнорирования и отстранения государства от решения насущных проблем врачей [9-12].

Труд врачей ненормированный, напряженный, характеризуется физическими, психоэмоциональными перегрузками, профессиональными вредностями, производственными сложностями, наличием двусменной работы и ночных дежурств, неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, недостаточным благоустройством рабочего места, низкой технической оснащенностью [13-15].

Материальное положение врачей неадекватно низко в сравнении с социальной значимостью их труда. По уровню заработной платы работники здравоохранения практически замыкают список всех видов экономической деятельности. По мнению врачей, их заработная плата не соответствует объему труда, степени сложности, мере ответственности и является заниженной. Медицинские работники не ощущают на себе правовую и социальную защищенность со стороны государства [16,17].

Следствием недостаточной социально-правовой защищенности врача стало падение жизненного уровня, повышение производственных нагрузок, снижение профессиональной ответственности, переориентация жизненных приоритетов, деформация нравственных ценностей. Вышеназванные обстоятельства снижают престиж врачебной профессии и вызывают у врачей чувство неуверенности в завтрашнем дне [18,19].

Требование ответственного выполнения профессионального долга и служебной этики не достигнет желаемого результата, если не будет сочетаться с государственным решением повышения социального статуса врача. Наряду с альтруистически-гуманистическим аспектом деятельности врача должна быть справедливой оценка труда и адекватным его вознаграждение [20-22].

Происходящие в Казахстане системные преобразования затронули и сферу правового регулирования охраны здоровья граждан, включая регламентацию социальных прав медицинских работников. В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» разделы 5 и 9 посвящены правам и обязанностям пациентов и медицинских работников: правам

пациентов посвящены 5 статей, обязанностям – 1, а права и обязанности медицинских работников объединены в одну статью.

В разделе 9 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» имеется статья 182. Согласно данной статье медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

- 1) обеспечение необходимых условий для осуществления профессиональной деятельности;
- 2) частную медицинскую практику и фармацевтическую деятельность;
- 3) повышение квалификационного уровня за счет бюджетных средств или работодателя, если являются работниками организаций негосударственного сектора здравоохранения, не менее одного раза в пять лет;
- 4) переподготовку за счет бюджетных средств или работодателя в случаях высвобождения работника в связи с сокращением численности штата или ликвидации государственных организаций здравоохранения;
- 5) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью в связи с исполнением трудовых (служебных) обязанностей;
- 6) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни;
- 7) предоставление служебного жилья;
- 8) возмещение транспортных расходов, связанных с разъездным характером деятельности;
- 9) поощрение за выполнение своих профессиональных обязанностей на высоком качественном уровне;
- 10) защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- 11) страхование профессиональной ответственности за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

2. Повышение квалификации и переподготовка научно-педагогических кадров государственных организаций здравоохранения осуществляются за счет бюджетных средств, собственных средств, средств работодателя, а также за счет других незапрещенных источников.

Необходимо отметить, что в и законодательстве Российской Федерации в отношении медицинских работников существуют общие социальные права. Так, в разделе 10. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и оказания медицинской помощи» от 1993 года содержатся следующие статьи:

- статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью.
- статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой.
- статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством).

- статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации.

- статья 63. Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников.

Согласно данной статье медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

2) работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;

3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;

4) получение квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;

5) совершенствование профессиональных знаний;

6) переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата ликвидации предприятий, учреждений, организаций;

7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;

8) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;

9) первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы, и иные льготы, предусмотренные законодательством РФ, республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Существенное влияние на становление и развитие общественных отношений на новых принципах в сфере охраны здоровья граждан оказали правовые основы охраны здоровья граждан [6-11, 23,24].

Проблема правовой защиты медицинских работников разработана и решена значительно хуже, чем в отношении пациентов, хотя она самым тесным образом связана с защитой интересов самих пациентов [12-15].

Обладая, особой значимостью для безопасности всего общества и сопряженностью с повышенной ответственностью медицинские работники не имеют особого правового статуса [16-18, стр.169].

Деятельность практического врача в современных условиях сопряжена с неизбежными вопросами юридического характера, возникающими как

закономерное проявление нормально функционирующей, «живой» отрасли. Исходя из этого, юридическому воспитанию врача во всем мире давно уделяется надлежащее внимание [19].

Однако правосознание врачей значительно отстает, оно ниже должного, необходимого для столь ответственной и сложной работы, какой является лечебная практика. Привычная неосведомленность практических врачей в вопросах современного законодательства приводит к произвольной трактовке многих юридических фактов, ежедневно встречающихся в их деятельности, и, как следствие, к беззащитности врача, как в трудовых спорах, так и в случаях предъявления судебных исков со стороны пациентов [17,18, стр. 171].

В Гражданском Кодексе РФ содержится правовая норма, в соответствии с которой вред, причиненный здоровью гражданина вследствие любых недостатков услуги, подлежит возмещению независимо от наличия вины исполнителя (в нашем случае даже при отсутствии вины медицинского учреждения). В Гражданском Кодексе РК – статья 936. Возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина при исполнении договорных и иных обязательств; статья 938. Определение заработка (дохода), утраченного в результате повреждения здоровья; статья 939. Возмещение вреда при повреждении здоровья лица, не достигшего совершеннолетия; статья 940. Возмещение вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти гражданина; статья 941. Размер возмещения вреда, понесенного в случае смерти гражданина; статья 942. Изменение размера возмещения вреда и др.

Следовательно, современное законодательство направлено в первую очередь на защиту пациентов – потребителей медицинских услуг, ставя учреждения здравоохранения в, казалось бы, заведомо невыгодные условия [20,21].

Между тем, в таком положении содержится юридически обоснованный и социально оправданный замысел законодателя: вполне очевидно, что пострадавшему пациенту доказать наличие нарушений, допущенных при его лечении, гораздо сложнее, чем медицинской организации – свою невиновность. Кроме того, законодатель справедливо предполагает, что для своей защиты ЛПО могут прибегать к услугам юристов, специализирующихся в вопросах медицинского права [22].

В системе взаимодействия «врач-пациент» в отношении первых в основном прописаны обязанности, а в отношении вторых – главным образом, права [18, стр. 170].

К сожалению, наравне с положительными, прогрессивными положениями, заложенными в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан и оказания медицинской помощи», в них имеется и ряд устаревших, нереальных концепций. Кулуарность принятия «Основ ...» привела к тому, что профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации лишены права законодательной инициативы [23].

Кроме того, они защищают права пациентов, поскольку по большому счету истинные интересы врача и пациента неразличимы. Они принимают



участие в разработке норм медицинской этики, разработке стандартов качества медицинской помощи, подготавливают программу обучения и повышения квалификации. Медицинские ассоциации – единственные «оппоненты» чиновникам [24].

Существующий конфликт между официальной юридической наукой и медицинским правом во многом осложняют ситуацию. Возникла необходимость признания за «медицинским правом» статуса не отрасли законодательства, а отрасли права. Она обусловлена кардинальными изменениями общества, в основе этих процессов лежат политические, экономические причины и социально-экономические факторы [25, 26].

Права пациента являются неотъемлемой составной частью прав человека. Существуют особые нормативы по отношению к исполнению прав пациентов: а) четкие предписания социальной роли, б) наличие системы социального взаимодействия между этими субъектами, в) информированность пациентов об этих социальных субъектах и распределении ролей между ними [27].

Многие авторы отмечают, что правовое обеспечение оказания медицинской помощи в условиях реформирования отрасли не является адекватным [28,29].

Можно выделить следующие проблемные вопросы: недостаточно регламентировано оказание платных медицинских услуг населению, страхование профессиональной ответственности медицинских работников, вопросы досудебного урегулирования конфликтов в ЛПО, механизмы финансирования лечебных учреждений с учетом их реальных потребностей и результатов деятельности [30,31,32].

Правам пациентов и обязанностям медицинских работников посвящены 17 статей «Основ законодательства об охране здоровья граждан», за нарушение которых предусмотрены различные формы ответственности (административная, дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная). Интересы врачей отстаивают лишь 5 статей (в части трудового и гражданского кодекса), но отсутствуют специальные статьи, гарантирующие права врача.

Различают следующие понятия: профессиональная защита врача и защита профессиональных интересов врача.

Под профессиональной защитой понимается:

1. обеспечение преимущественного права на труд специалиста с наиболее высоким уровнем квалификации по избранной специальности;
2. обеспечение права врача на достижение самой высокой квалификации в избранной специальности, помощи и содействия ему в этом государства, местных органов власти, администрации лечебного учреждения;
3. обеспечение врача на страхование профессиональной ответственности;
4. обеспечение высокого экономического статуса высоко профессиональному работнику.

Формирующиеся рыночные отношения все более требуют и «щиты профессиональных интересов работников. Не составляют исключения и врачи. Под защитой профессиональных интересов врача следует понимать:

1. обеспечение гарантий защиты интересов врача в его трудовых отношениях с работодателями.

2. обеспечение права на государственные социальные гарантии в случае утраты трудоспособности и инвалидности.

При этом профессиональные интересы врача должны защищаться вне зависимости от его профессиональной квалификации. Профессиональная защита врача реализуется через корпоративную организацию (ассоциацию врачей). Нормативной основой этой защиты являются положения Гражданского Кодекса, Административного Кодекса и Уголовного Кодекса.

Защита профессиональных интересов врачей, как и другого медицинского персонала, реализуются через профессиональный союз, а нормативной основой этой деятельности является кодекс о труде [18, стр. 172].

В новых социально-экономических условиях носитель медицинской профессии остается практически в неведении, какими же правами он обладает. В большей степени удручает правовая неосведомленность, как медицинских работников, так и пациентов, при оказании медицинской помощи [33,34].

Введение в действие нового ГК РФ, наряду с созданием необходимой основы для защиты прав пациента существенно увеличило риск профессиональной деятельности врача. Однако в ГК РФ не предусмотрен ряд норм, необходимых для организации и осуществления эффективной правовой защиты имущественных интересов врача-специалиста в случае возникновения его гражданской ответственности вследствие причинения вреда жизни и здоровью пациента [35].

Последнее обстоятельство имеет принципиальное значение, поскольку и врач, и медицинское учреждение, где он работает, опять же не всегда имеют возможность привлечь опытных юристов - специалистов в области гражданского права и высококвалифицированных экспертов для организации грамотной защиты своих имущественных интересов и профессиональной репутации в суде, а затем, в конечном итоге, бывают просто не в состоянии выплатить определенное судом материальное возмещение вреда третьей стороне.

С развитием мониторинга в социологии медицины стал возможен комплексный подход к анализу конфликтов в здравоохранении, появились достаточные возможности для изучения данной проблемы в различных медицинских дисциплинах [36-39].

Однако в настоящее время менее 50% пациентов утверждают, что обладают знаниями в области защиты своих прав. Это может служить одним из объяснений того, что конфликты между врачом и пациентом, связанные с качеством оказания медицинской помощи, в большинстве случаев не доходят до разбирательства в судебных инстанциях. Пациенты, как правило, предпочитают обращаться, прежде всего, к лечащему врачу с требованием устранить дефект. В конфликтных ситуациях только менее 10% пациентов готовы обратиться в суд и около 20% - в органы по защите прав потребителей [9,40-42].

Таким образом, дальнейшая информатизация пациентов в области защиты своих прав, на которую нацелены средства массовой информации, может привести в скором времени к росту конфликтных ситуаций между врачами и пациентами. При этом основные причины подобных конфликтов могут сместиться из области психологической совместимости в правовую базу оказания медицинской помощи [43-45].

Медицинские работники фактически не защищены в правовом отношении, не только в случае оправданных исков о некачественном оказании медицинской помощи, но и перед необоснованными претензиями. Подобная ситуация отвлекает силы врача, создает нервозность в медицинском мире и все это происходит на фоне активизации различного рода союзов защиты прав потребителей, растущей грамотности пациентов [46-52].

Стимулирующая роль права состоит не только в нормативном моделировании вариантов поведения, но и формирует правосознание, правовую культуру населения [53,54].

Характер правовой культуры имеет свои черты – ее национально-исторические особенности, традиции и корни. Специфика правовой культуры России очевидна, а ее наследственность в этом плане трудно признать благополучной [55].

Исследования выделили звенья, которые составляют уровень правовой культуры: информированность, знание права, выработка установки, социально-правовая активность. Информированность была и остается важным началом формирования юридически зрелой личности [53,54].

## **1.2 Риски врачебной профессии и страхование профессиональной ответственности медицинских работников**

Профессиональная защита врача – это право врача на страхование профессионального риска, так как этим обеспечивается защита медицинского работника от непредвиденных обстоятельств практической деятельности всегда тающей в себе реальные опасности. Ведущую роль в реализации этого права врача должны сыграть профессиональные медицинские ассоциации [56-58].

Страхование профессиональной ответственности, в т.ч. ответственности медицинских работников, - вид имущественного страхования, при котором осуществляется страховая защита лиц определенного круга профессий путем удовлетворения имущественных претензий, предъявляемых к ним в связи с ошибками и упущениями в профессиональной деятельности [59-63].

Основная цель внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников - повышение уровня социальной и правовой защиты врачей и одновременно пациентов.

Деятельность врача по оказанию медицинской помощи в соответствии с действующими нормами права, может рассматриваться с точки зрения трудового, административного, гражданского и уголовного права и специального законодательства [64,65].

При оказании медицинской помощи ухудшение состояния здоровья граждан влечет за собой юридическую ответственность [66-69].



Если еще десятилетие назад вопрос о привлечении медицинских работников или медицинских организаций к юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи остро не стоял, то в последние годы ситуация кардинально изменилась [70,71].

В ретроспективном смысле ответственность понимается как ответственность за прошлое поведение, которое выражается в поступках, нарушающих определенные социальные нормы; то есть ответственность за совершенные правонарушения [72-75]. В данном случае за правонарушения при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

Юридический энциклопедический словарь характеризует ответственность как государственное принуждение к исполнению требований права; правоотношение, каждая из сторон которого обязана отвечать за свои поступки перед другой стороной, государством и обществом [76].

Правонарушением в широком смысле слова называется антиобщественное деяние, причиняющее вред обществу и караемое по закону. Призывая правонарушителя к ответственности общество, с одной стороны, как бы восстанавливает справедливость, а с другой стороны предупреждает совершение новых правонарушений. В этом заключается социальная природа юридической ответственности [77,78].

Следовательно, с точки зрения права, юридическая ответственность - это ответственность граждан за противоправные действия, это «применение к лицам, совершившим правонарушения, предусмотренных законом мер принуждения в установленном для этого процессуальном порядке» [79].

Поскольку правонарушения подразделяются на гражданские (причинение вреда личности, имуществу гражданина или организации, распространение сведений, порочащих честь и достоинство гражданина или организации, и т.п.), административные (мелкая спекуляция, мелкое хулиганство и пр.), дисциплинарные (прогул, опоздание на работу и др.), преступления, то и предусмотренная за них ответственность может быть дисциплинарной, уголовной, административной, гражданско-правовой [80,81,82].

К сожалению, нередко примеры сокрытия ошибок, более того, прикрытия, защиты врачей, совершающих такие ошибки, подчас преступные действия, преследуемые законом.

В отличие от врачебных ошибок в основе профессиональных правонарушений медицинских работников лежит недобросовестность. Анализ правонарушений показывает, что большинство их связано с низким моральным обликом медперсонала, с грубым нарушением правил медицинской этики и деонтологии.

В Уголовном Кодексе РК к таким правонарушениям относятся: неоказание помощи больному; незаконное производство аборта; халатное отношение к своим обязанностям; незаконное врачевание; нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил; противозаконное составление и выдача подложных документов; недопустимые эксперименты на

людях; вымогательство и получение взятки; нарушение правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозки, пересылки сильнодействующих ядовитых и нарколологических средств и др.

В основе перечисленных правонарушений лежит не недостаточная профессиональная квалификация, а профессиональная недобросовестность, часто связанная с низким моральным уровнем медицинского работника, с грубейшими нарушениями правил медицинской этики.

Среди всех преступных действий медицинских работников халатность и небрежность при оказании медицинской помощи юристы рассматривают как преступления по неосторожности, а остальные относят к умышленным профессиональным преступлениям.

Формулирование круга вопросов (задания экспертам) для разрешения экспертизы определяется судом. При этом каждая из сторон и другие лица, участвующие в деле, вправе представить суду вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы. С целью формулирования вопросов экспертам, имеющим перспективу для дальнейшего движения дела и его разрешения в последние годы заинтересованные лица привлекают специалистов, что позволяет избежать грубых ошибок и затягивания процедуры судебного разбирательства [69].

Ошибаться свойственно многим людям, в том числе и медицинским работникам, а отклонения «от обычного хода» дел характерны для всех без исключения направлений человеческой деятельности, включая и врачевание. Однако за дефекты, допущенные при врачевании, приходится платить жизнью, здоровьем, утратой имущества [69, стр. 2-3, 83-88].

Причиной врачебных ошибок чаще всего становится: в 20-22% случаев – недостаточное обследование пациента, в 16% случаев – невнимательное изучение медицинской карты, в 6% – неправильное истолкование результатов лабораторных анализов [89-91].

Согласно статистическим показателям около 30% дел составляют вполне обоснованные претензии пациентов к неудовлетворительному качеству лечения, врачебным ошибкам, около 50% обусловлены объективной сложностью лечения патологии, которыми страдают пациенты. Около 20% составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, нередко страдающих психо-эмоциональными расстройствами [92-94].

По данным зарубежных авторов необоснованные претензии пациентов к медицинским учреждениям составили в 1984-1990 г.г. от 53% (Великобритания - Reid W.K., 1995) до 59% (Финляндия - по данным World Congress on medical law, 1999) [95-97].

По статистике иски в США получает каждый десятый врач. Однако после их расследования и разбора только одна из 50 жалоб признается обоснованной и доходит до суда [98-100].

Анализ литературы и судебной практики указывают на рост случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные органы защиты прав потребителей с исками о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим

оказанием медицинской помощи [101-106]. Кроме этого, отмечается тенденция к появлению заведомых кверуллянтов, для которых конфликт – это источник финансового дохода.

Легальное определение морального вреда дано в ст. 151 ГК РФ, где моральный вред определяется как «физические и нравственные страдания». Под неимущественным или моральным вредом понимают такие последствия правонарушения, которые не имеют экономического содержания и стоимостной формы. В ст. 951 ГК РК определение морального вреда – это нарушение, умаление или лишение личных неимущественных благ и прав физических лиц, в том числе нравственные или физические страдания. Под физическим вредом понимают повреждение здоровья, проявившееся в телесном повреждении или повреждениях, т.е. нарушениях анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо в развитии заболеваний или патологических состояний, возникших вследствие воздействия факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических и т.п.

Одним из базовых принципов биоэтики является принцип «не навреди», взаимосвязанный с категорией вреда. Понятие «вред» в биоэтике может рассматриваться с позиций врача в четырех смыслах: вред, вызванный бездействием (неоказание помощи); вред, вызванный небрежностью или злым умыслом; вред, вызванный некомпетентными (или необдуманно) действиями; вред, вызванный необходимыми в данной ситуации действиями [107, 108].

По общему правилу юридической ответственности, действует принцип полного возмещения вреда. Поэтому, обычно, не имеет значения, нарушены ли гражданские права и обязанности умышленно или по неосторожности. Отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство. Это означает, что в гражданском праве действует презумпция вины правонарушителя. Последний считается виновным до тех пор, пока он не докажет свою невиновность. Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для его надлежащего исполнения (ст. 936 глава 47 ГК РК).

Страхование профессиональной ответственности – новая и динамично развивающаяся отрасль страхования, требующая для эффективного функционирования надлежащего и своевременного правового обеспечения.

Осознание ответственности за свои действия лица, занимающегося профессиональной деятельностью, порождает у последнего необходимость финансовой защиты от незапланированных претензий и убытков, так как никто не застрахован от ошибок и упущений при осуществлении профессиональных обязанностей, а вред, причиненный такими ошибками, подлежит обязательному возмещению [109-113].

В большинстве европейских стран страхование профессиональной ответственности в сфере здравоохранения является обязательным видом

страхования. За рубежом опыт страхования медицинских работников накапливается давно, имеет свои достоинства и недостатки [114-116].

В цивилизованных странах страхование врачей осуществляется специальными страховыми компаниями или профессиональными ассоциациями, причем страховые взносы составляют около 10% годового заработка врача. В определенной степени это связано с профессиональными рисками: чем больше имеется опасностей и осложнений в специальности, тем выше оплата врачебного труда и страховки. Врач, который обходится страховым компаниям слишком дорого, может получить от компании предложение об увеличении страхового взноса или вообще лишиться страховки [11,43,74].

Основной функцией страхования профессиональной ответственности является восстановительная функция - при наступлении страхового случая осуществляется возмещение ущерба за счет страхового фонда [8,22,58].

Страховая защита характеризуется объективными и субъективными признаками. К объективным признакам принято относить: случайный характер наступления отрицательных последствий; реальность нанесенного материального ущерба и вреда жизни или здоровью; необходимость предупреждения отрицательных последствий, их устранения и возмещения причиненного ущерба.

Совокупность указанных признаков свидетельствует о наличии страхового риска в процессе общественного производства. К субъективным признакам страховой защиты относят осознанную необходимость участников общественных отношений (государство, физические и юридические лица) принимать меры к осуществлению страхования [40,53,54].

Профессиональные лица должны реально осознавать весь объем своей ответственности и возможность понести значительные убытки. Клиенты профессиональных лиц должны понимать, что наличие у последних полиса по страхованию профессиональной ответственности гарантирует им финансовую защиту при возникновении каких-либо претензий к профессиональным действиям лица [33,46].

Страхование профессиональной ответственности можно рассматривать как один из важных атрибутов правового государства, как экономическую защиту. Необходимо принятие законов, касающихся обязательности страхования профессиональной ответственности в тех отраслях, где это необходимо, формирования четкой определенной системы рассмотрения и судебного урегулирования претензий, возникающих в результате деятельности профессиональных лиц [117-124].

С развитием правовой системы следует решить и проблемы досудебного урегулирования претензий клиентов к профессиональным лицам [125-129].

Таким образом, введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников особенно актуально потому, что позволит обеспечить гарантии возмещения вреда в случае его причинения при оказании медицинской помощи; повысить качество оказываемых медицинских

услуг; снизить уровень конфликтности, так как для пациента гарантировано возмещение причиненного ущерба, а для врача обеспечен механизм разрешения данного юридического конфликта.

## 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа исследования представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Программа диссертационного исследования.

Задача	Алгоритм решения	Объект	Результат
1	2	3	4
Исследовать содержание и особенности страхования профессиональной ответственности медицинских работников в мире	Информационно-аналитический обзор по проблеме страхования профессиональной ответственности медицинских работников	Источники зарубежной и отечественной научной информации	Полезный опыт для Казахстана
Изучить имеющиеся проблемы и определить перспективы страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан	Социологическое исследование мнений и оценок медицинских работников	2523 врачей и 1256 СМР четырнадцати областей и городов Астана и Алматы	Социологическая оценка ситуации и обоснование управленческих решений.
	Социологическое исследование мнений и оценок населения	3781 лицо в возрасте 16 лет и старше четырнадцати областей и городов Астана и Алматы	
	Социологическое исследование мнений и оценок преподавателей медицинского университета	445 преподавателей клинических кафедр Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова	
	Социологическое исследование мнений и оценок ведущих экспертов	27 представителей страховых организаций, НПО, юристов, руководителей государственных и частных МО	



Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
	Анализ жалоб в территориальных департаментах Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК	2511 жалоб населения на качество медицинских услуг в 2010-2012 гг.	Учет обоснованных претензий населения к медицинским услугам для расчета вероятности наступления страховых случаев (рисков)
	Расчет тарифной ставки по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности субъектов здравоохранения перед пациентами	Рекомендации Департамента финансового надзора Национального Банка Республики Казахстан «Методика определения тарифных ставок по рисковому виду страхования».	Размер тарифных ставок Размер страховой премии Размер страховых выплат
Выработать предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы страхования профессиональной ответственности медицинских работников	Решение задач 1, 2, 3 SWOT-анализ	Социальная и рыночная модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников	Казахстанская социальная модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников

С целью изучения отношения медицинских работников Казахстана к внедрению страхования профессиональной ответственности в марте 2013 года проведено социологическое исследование.

Пространственно социологическим опросом охвачена вся территория Республики Казахстан: четырнадцать областей и города республиканского значения Астана и Алматы (всего 16 субъектов).

Совокупность медицинских работников включала группу врачей и группу средних медицинских работников (СМР).

По данным государственной статистики в 2012 г., количество врачей составляло 42 715 человек. Размер выборки врачей при доверительной вероятности 99% и доверительном интервале 3% равен 2 500 человек. Далее используя метод квотирования, то есть пропорционального распределения объема выборки между 16 субъектами, где предполагается проведение социологического опроса, было определено количество респондентов врачей в каждом регионе.

Количество среднего медицинского персонала на начало 2012 года составила 149 367 человек. Размер выборки при доверительной вероятности 97% и доверительном интервале 3% равен 1250 человек. В данном случае размер доверительной вероятности для СМР меньше в сравнении с доверительной вероятностью врачей, поскольку основным объектом при социологическом опросе медицинских работников выступают врачи. Кроме того, используя метод квотирования, количество СМР были распределены по регионам пропорционально их количеству в каждом регионе.

В каждом рассматриваемом субъекте количество опрашиваемых врачей и СМР были распределены между медицинскими учреждениями пропорционально объему планируемых к оказанию в 2013 году медицинских услуг по данным Комитета оплаты медицинских услуг. Следует отметить, что в регионах для обеспечения репрезентативности выборочной совокупности были опрошены также по 3 медицинских организаций районного уровня в каждой области.

Таким образом, выборка медицинских работников составляет – 2500 врачей и 1250 СМР, она распределена пропорционально количеству медицинских работников в каждом регионе и пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в каждой медицинской организации.

Для сбора первичной социологической информации использовался метод личного интервью как наиболее эффективный для решения задач данного исследования. Респондентов опрашивали при помощи стандартизированного инструментария, представленного в виде анкеты, которая содержала вопросы преимущественно закрытого и полужакрытого типа, то есть респонденты имели возможность выбора определенного количества ответов из предложенных вариантов (закрытый тип) в некоторых случаях они могли сами вписать дополнительно вариант ответа (полужакрытый тип). Анкета носила анонимный характер и личные данные респондента нигде не фиксировались (приложение А).

В результате полевого этапа исследования было опрошено 3 779 медицинских работников, из них 2523 врачей и 1256 СМР.

Пространственно социологическим опросом охвачена вся территория Республики Казахстан: четырнадцать областей и города Астана и Алматы.

Объектом исследования является взрослое население. Объем выборочной совокупности населения при доверительной вероятности 97% и доверительном интервале 2% составляет 3750 человек. Для обеспечения репрезентативности



данный объем выборки был распределен между регионами пропорционально количеству проживающего населения.

По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в стране проживают 48% мужчин и 52% женщин; 55% городских и 45% сельских жителей. Соответственно этим данным выборка сформирована методом квотирования. Таким образом, выборка населения является репрезентативной. В процессе формирования выборки учтены количество населения в каждом регионе Казахстана, а также распределение по полу и месту жительства.

Для сбора первичной социологической информации использовался метод личного интервью как наиболее эффективный инструмент для решения задач данного исследования. Предварительно обученные интервьюеры опрашивали респондентов с помощью стандартизированного инструментария – специально разработанной анкеты (приложение Б).

Анкета носила анонимный характер, личные данные респондента нигде не фиксировались. Анкета начиналась с краткого текста об информированном согласии респондента на участие в опросе, в котором опрашиваемый уведомлялся о том, кто и с какой целью проводит опрос, гарантировалась анонимность анкетирования и право отказа от участия в социологическом исследовании.

Анкета состояла из двух частей. Первая часть включала в себя общие характеристики респондента, такие как пол, возраст, образование, социальный статус. Вторая (основная) часть анкеты предполагала получение информации о наличии факта причинения вреда здоровью респондента или его родственников, факта обращения с жалобой по этому поводу и др.

Анкета включала 14 вопросов. Вопросы анкеты представлены закрытыми и полужакрытыми, так как некоторые вопросы предполагали развернутый ответ при выборе соответствующего варианта ответа.

Время проведения полевого этапа (опрос респондентов) – март 2013 года.

По специально разработанной анкете (приложение В) в сентябре 2013 года опрошено 445 преподавателей клинических кафедр Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, что составило 28,2% от общей численности ППС университета.

Проведен анкетный опрос 27 участников Круглого стола «Перспективы введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан», который состоялся в Зале Славы Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова 16 октября 2013 года (приложение Г).

При расчете тарифной ставки по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности субъектов здравоохранения перед пациентами использованы рекомендации Департамента финансового надзора Национального Банка Республики Казахстан «Методика определения тарифных ставок по рисковому видам страхования». В основу расчета тарифа принята методика, предложенная в книге «Страховой портфель» / Отв. ред. Рубин Ю.Б.,

Солдаткин В.И. – М.: СОМИНТЭК, 1994 г. и в учебном пособии Кутукова В.Б. «Основы финансовой и страховой математики».– М.: Дело, 1998 г.

Обработка результатов проведена с помощью статистического пакета SPSS.

### **3 СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПОЗИЦИЙ ПОСТАВЩИКОВ, ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ЭКСПЕРТОВ**

#### **3.1 Оценка медицинскими работниками проблем оказания медицинской помощи**

В результате полевого этапа исследования было опрошено 3 779 респондентов - медицинских работников. Из них 2523 врачей и 1256 средних медицинских работников (СМР).

Из 3779 медицинских работников 27,2% респондентов мужского пола, а 72,7% женского пола, 3 респондентов не указали свой пол (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение респондентов – медицинских работников по полу

Пол	Абс. число	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Мужчина	1027	27,2	27,2	27,2
Женщина	2749	72,7	72,8	100,0
Итого	3776	99,9	100,0	
Системные пропущенные	3	0,1		
Итого	3779	100,0		

Из 3779 респондентов 9 медицинских работников предпочли не указывать свой возраст. О возрасте респондентов, по информации рисунка 1, можно констатировать факт нормального распределения данного показателя, что позволяет правомерно использовать среднее значение, которое почти равно медиане. Средний возраст опрошенных медицинских работников составляет 40 лет (таблица 3). Данный возраст к тому же является самым популярным значением показателя возраста (мода). Появление возраста 40 лет как самого популярного значения демографы объясняют психологическими особенностями опрашиваемых, когда люди, которые находятся в пограничных возрастах с круглой датой (например, 39, 41, 52) склонны к округлению своего возраста.

Минимальный возраст медицинских работников составляет 19 лет, данные респонденты относятся к категории СМР. Максимальный возраст медицинских работников составляет 73 года. Этот медицинский работник трудится в Алматинской области и является онкологом. Кроме того, следует отметить, что 2% респондентов относятся к категории людей пенсионного возраста (более 63 лет), которые продолжают трудиться вследствие нехватки кадров в области медицины.

Таблица 3 – Статистика возраста респондентов - медицинских работников

N	Валидные	3770
	Пропущенные	9
Среднее		39,74
Стандартная ошибка среднего		0,174
Медиана		40,00
Мода		40
Стандартное отклонение		10,670
Дисперсия		113,844
Асимметрия		0,304
Стандартная ошибка асимметрии		0,040
Экссесс		0,701
Стандартная ошибка эксцесса		0,080
Минимум		19
Максимум		73

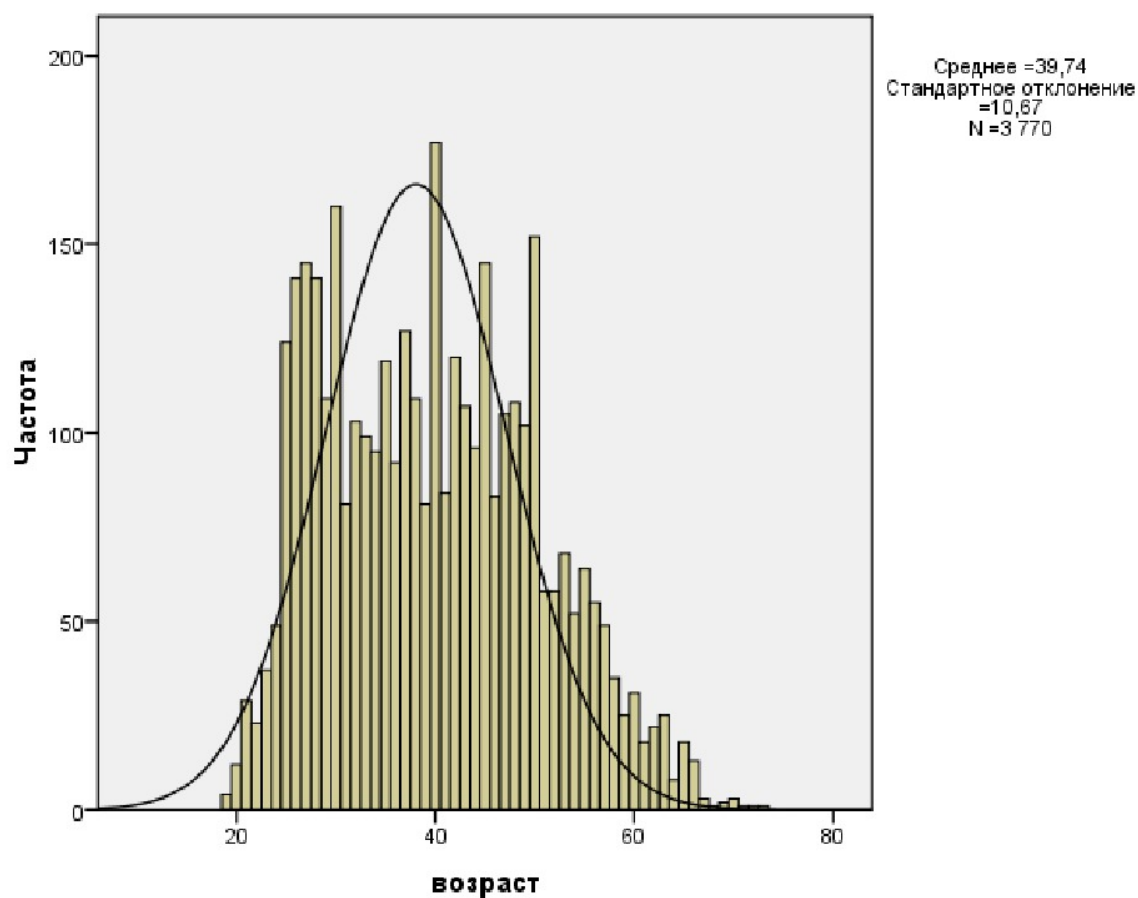


Рисунок 1 – Распределение респондентов по возрасту

Что касается должности респондентов то, следует сказать, что около 33% опрошенных составляют СМР, что было определено условием выборки. Среди респондентов-врачей больше всего терапевтов (19,6%), акушер-гинекологов (14,21%) и хирургов (13,73%), педиатров (8,97%) (рисунок 2).

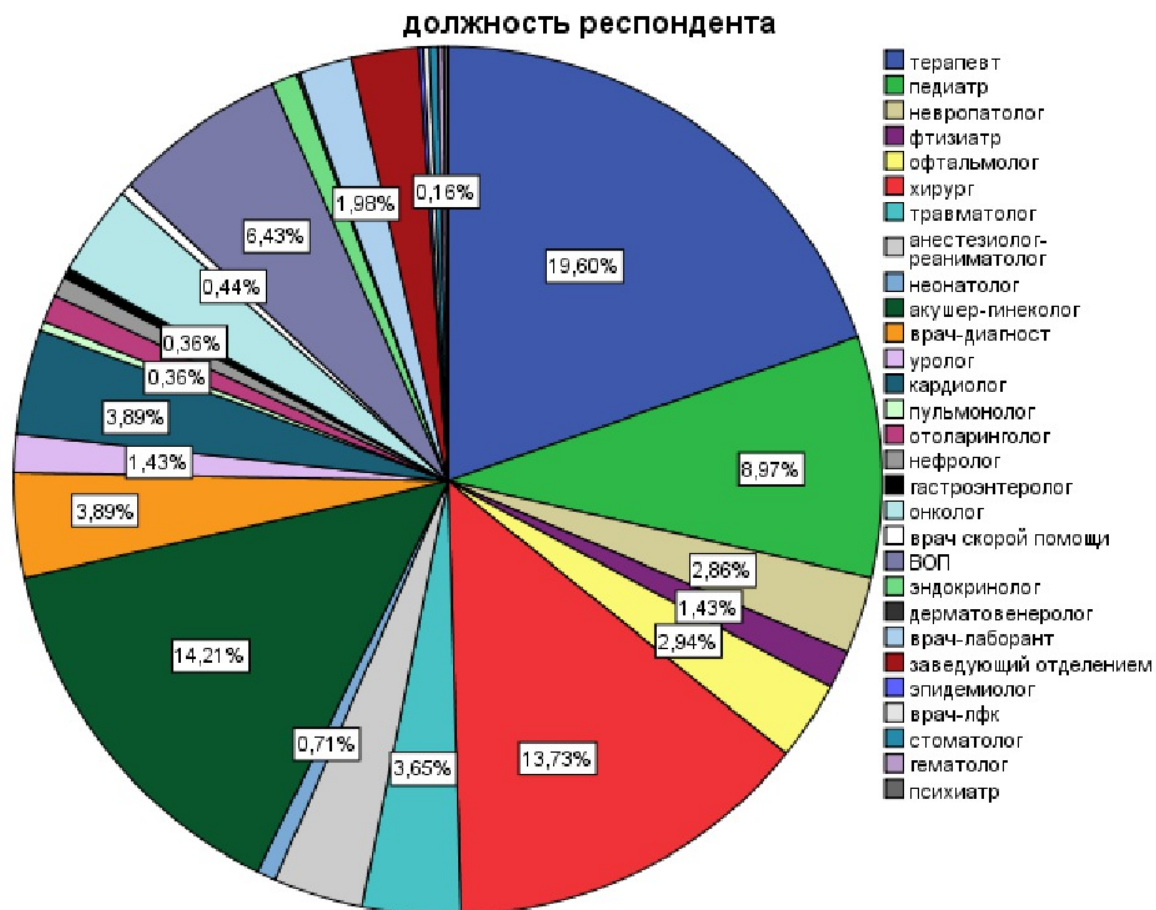


Рисунок 2 – Распределение респондентов по должности

По рисунку 3 можно сделать вывод о том, что молодые респонденты относятся к категории должностей СМР, хотя средний возраст СМР находится на уровне более 40 лет. Большой размах встречается у онкологов. Их средний возраст составляет около 40 лет, однако встречаются респонденты-онкологи, которым более 70 лет. Можно отметить тот факт, что средний возраст гастроэнтерологов, как и у фтизиатров больше усредненного данного показателя для всех должностей, который, как уже было упомянуто, составляет 40 лет (около 50 лет).

35% опрошенных лиц указали, что работают в областной больнице, около 33% в городской больнице, около 10% в республиканских научных институтах, исследовательских центрах, 8,8% в районной больнице, 7,1% в городской поликлинике и 5% в различных диспансерах (таблица 4).

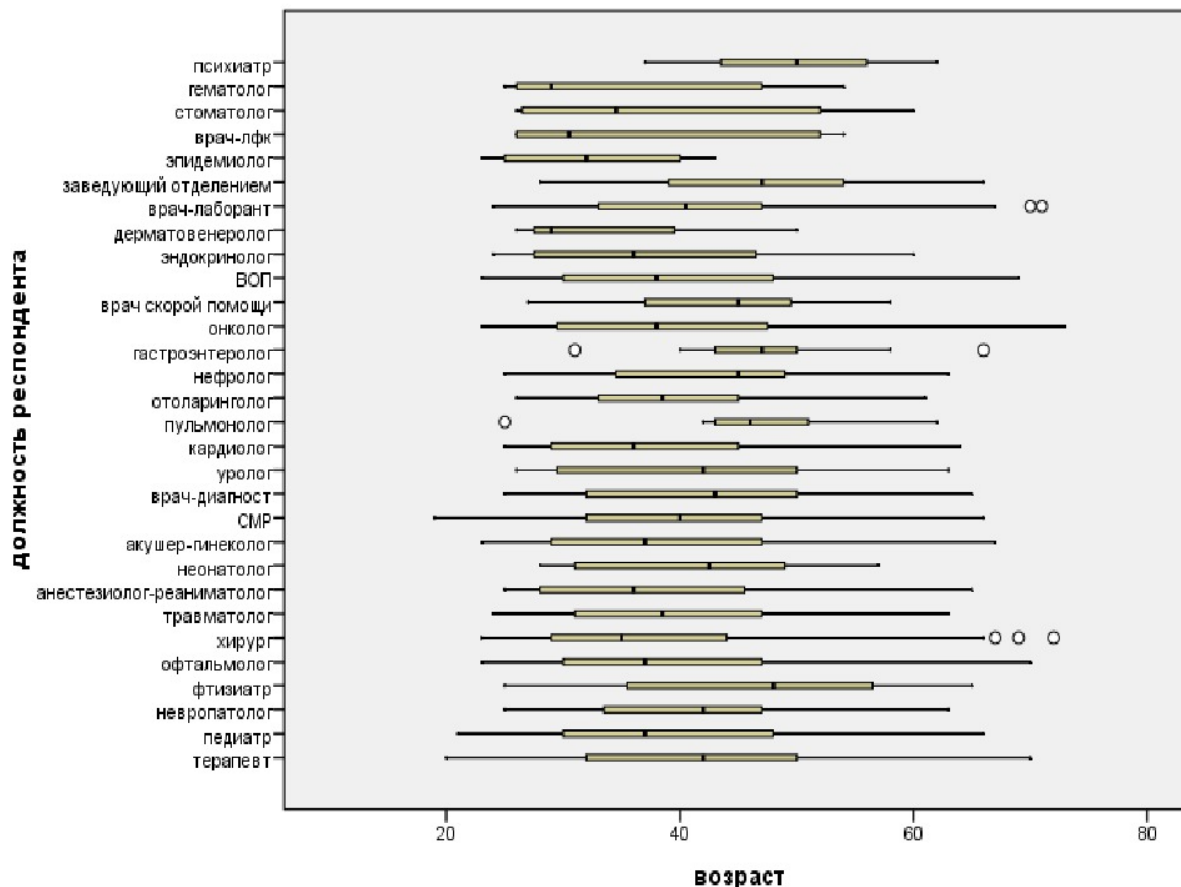


Рисунок 3 – Возрастной размах респондентов по категориям должностей

Таблица 4 – Распределение респондентов по типу медицинской организации

Медицинская организация	Абс. число	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
областная больница	1325	35,1	35,1	35,1
городская больница	1242	32,9	32,9	67,9
районная больница	334	8,8	8,8	76,8
городская поликлиника	267	7,1	7,1	83,8
районная поликлиника	51	1,3	1,3	85,2
диспансер	189	5,0	5,0	90,2
СВА	2	0,1	0,1	90,2
НИИ, НЦ, РЦ	369	9,8	9,8	100,0
Итого	3779	100,0	100,0	

По итогам опроса более половины (55,3%) респондентов считают, что проблема возникновения осложнений по вине медицинских работников в Казахстане является актуальной. Около 20% относят данную проблему к



категории очень актуальных проблем и столько же опрошенных думают, что она является не очень актуальной. Только 5,7% медицинских работников считают, что этот вопрос у нас в стране является не актуальной.

Если рассматривать ответы респондентов в разрезе половой принадлежности опрошенных то можно отметить, что мужчины склонны считать данную проблему более актуальной, чем женщины (таблица 5).

Таблица 5 – Распределение ответов на вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений по вине медицинского работника

Пол		Актуальность проблемы возникновения осложнений по вине медицинских работников				Итого
		очень актуальна	актуальна	не очень актуальна	не актуальна	
мужчины	абс. число	214	575	188	47	1024
	%	20,9%	56,2%	18,4%	4,6%	100,0%
женщины	абс. число	523	1507	542	169	2741
	%	19,1%	55,0%	19,8%	6,2%	100,0%
	абс. число	737	2082	730	216	3765
	%	19,6%	55,3%	19,4%	5,7%	100,0%

Анализируя данный вопрос в разрезе регионов, также стоит отметить, что большинство медработников всех регионов Казахстана считают проблему возникновения осложнений у пациента актуальной. Однако выбросы имеются в ответах медицинских работников Костанайской области (38% считают проблему - не очень актуальной, а 8% - не актуальной). Не актуальной данную проблему определили также более 10% медицинских работников Восточно-Казахстанской области и 9% Северо-Казахстанской области (рисунок 4, 5).

Актуальность проблемы, рассмотренная по должностям респондентов, также подтверждает, что большинство опрошенных отметили особую актуальность поднятого вопроса. Около 30% акушер-гинекологов считают проблему очень актуальной, а более 55% актуальной. Актуальность проблемы чуть в меньшей степени оценивают терапевты: 18,7% оценивают ее как очень актуальной, а около 54% как просто актуальной. Что объясняется высоким риском деятельности акушер-гинекологов в сравнении с деятельностью терапевтов (таблица 6).

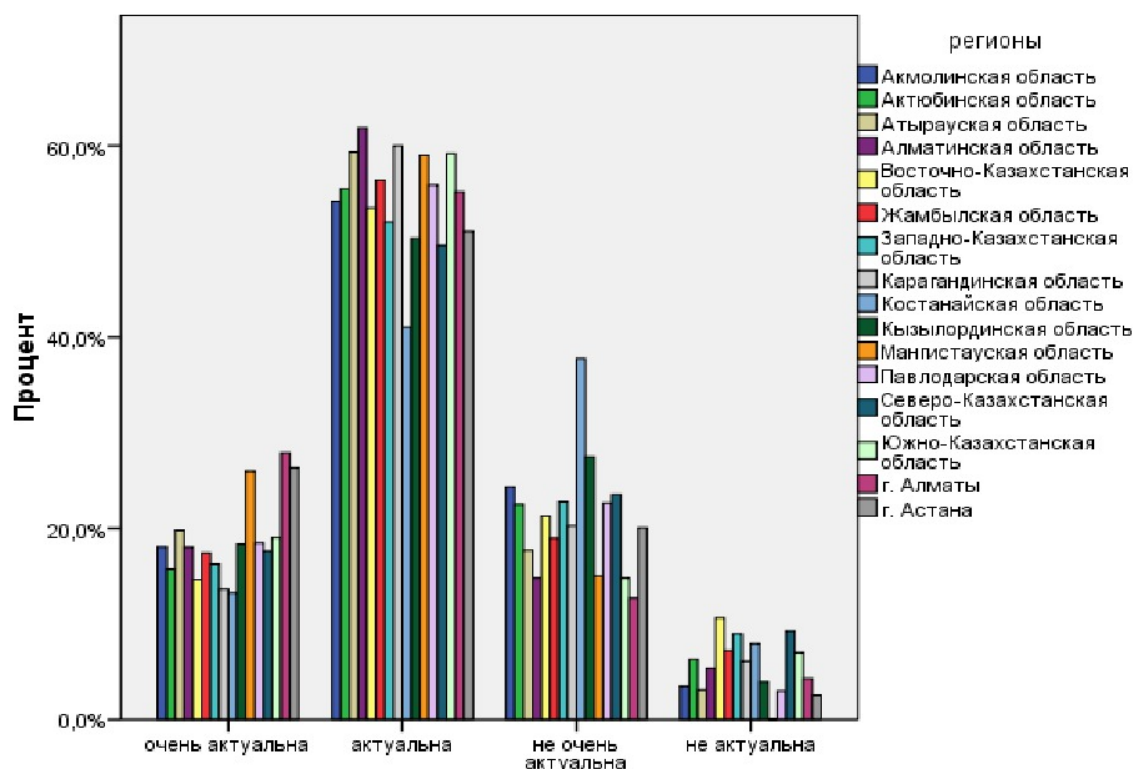


Рисунок 4 – Распределение ответов на вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника в разрезе регионов

Таблица 6 – Распределение ответов на вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника в разрезе должностей респондентов

Должность		актуальность проблемы возникновения осложнений по вине медицинских работников				Итого
		очень актуальна	актуальна	не очень актуальна	не актуальна	
терапевт	абс. число	92	264	105	31	492
	%	18,7%	53,7%	21,3%	6,3%	100,0%
педиатр	абс. число	34	154	30	8	226
	%	15,0%	68,1%	13,3%	3,5%	100,0%
хирург	абс. число	80	186	65	14	345
	%	23,2%	53,9%	18,8%	4,1%	100,0%
акушер-гинеколог	абс. число	104	199	48	7	358
	%	29,1%	55,6%	13,4%	2,0%	100,0%
абс. число		310	803	248	60	1421
%		21,8%	56,5%	17,5%	4,2%	100,0%



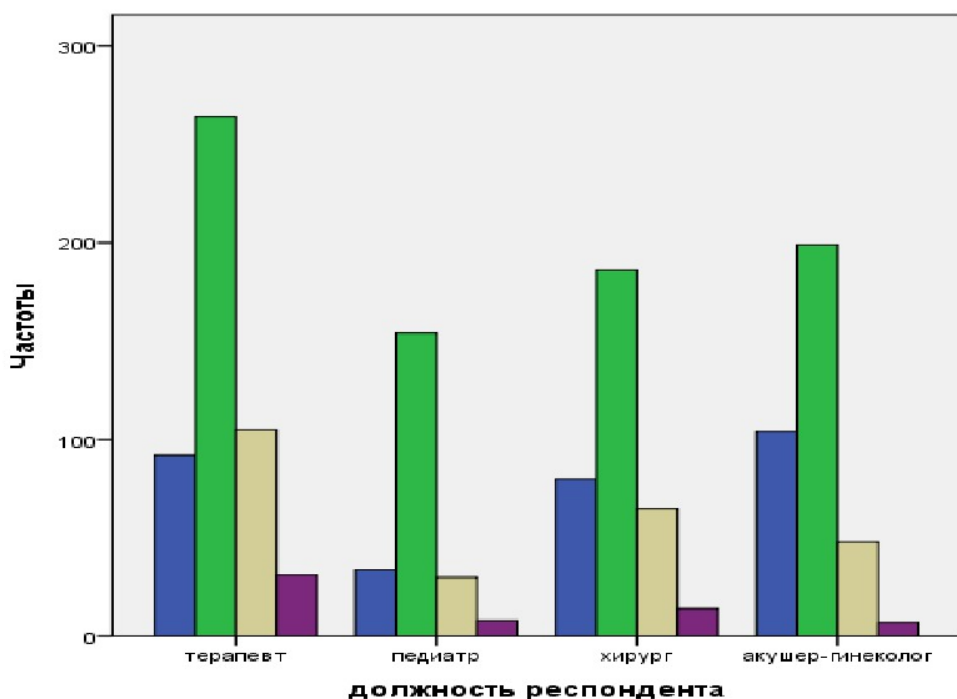


Рисунок 5 – Распределение ответов на вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника в разрезе специальностей

По типу медицинского учреждения мнения об актуальности проблемы распределились следующим образом: респонденты районной больницы (10,5%) и районной поликлиники (7,8%) считают проблему не актуальной. И к ним присоединяются 9,6% респондентов работающих в диспансерах. В то время как всего 3,3% работников медицинских учреждений республиканского уровня отметили ее неактуальность (таблица 7).

На вопрос о риске возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника (таблица 8) предпочли не отвечать 10 респондентов. 56,4% опрошенных медицинских работников считают, что риск возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника не одинаков у всех медицинских работников. Это говорит о том, что большинство специалистов отмечают различную степень риска, например у терапевта и хирурга. Незначительная доля медицинских работников (1,2%) затруднились в ответе на данный вопрос.

По оценкам респондентов риск причинения вреда здоровью пациента высок у таких специалистов как стоматолог (68% - возможно), акушер-гинеколог (68% - возможно), хирург (67% - возможно), анестезиолог (61%-возможно). 57% респондентов отметили возможность причинения вреда здоровью пациента медицинской сестрой, в то время как у педиатра данный показатель, по мнению опрошенных, составляет 55%. Среди рассматриваемых категорий специалистов низкий риск причинения вреда здоровью пациента, по оценкам респондентов, - у терапевта.

Таблица 7 – Распределение ответов на вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника в разрезе типа медицинских организаций

Актуальность		тип медицинской организации							Итого	
		обл. бол-ца	гор. бол-ца	рай. бол-ца	гор. пол-ка	рай. пол-ка	диспансер	СВА		НИИ, НЦ, РЦ
очень актуальна	абс. число	242	303	38	51	7	24	1	72	738
	%	18,4%	24,5%	11,4%	19,1%	13,7%	12,8%	50,0%	19,5%	19,6%
актуальна	абс. число	786	652	172	125	25	116	1	205	2082
	%	59,6%	52,6%	51,8%	46,8%	49,0%	61,7%	50,0%	55,6%	55,3%
не очень актуальна	абс. число	238	207	87	73	15	30	0	80	730
	%	18,1%	16,7%	26,2%	27,3%	29,4%	16,0%	0,0%	21,7%	19,4%
не актуальна	абс. число	52	77	35	18	4	18	0	12	216
	%	3,9%	6,2%	10,5%	6,7%	7,8%	9,6%	0,0%	3,3%	5,7%
Итого	абс. число	1318	1239	332	267	51	188	2	369	3766
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Таблица 8 – Распределение ответов на вопрос о риске возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да	1590	42,1	42,2	42,2
	нет	2133	56,4	56,6	98,8
	затрудняюсь ответить	46	1,2	1,2	100,0
	Итого	3769	99,7	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	10	0,3		
Итого		3779	100,0		

На вопрос о наличии фактов осложнений у пациентов предпочли не отвечать 38 респондентов. 29,2% медицинских работников подтвердили наличие факта осложнения у пациента по вине медицинского работника в их медицинском учреждении. А 69,5% опрошенных отрицают присутствие таких случаев в их медицинских учреждениях (таблица 9).

Таблица 9 – Распределение ответов на вопрос о факте осложнений у пациентов по вине медицинского работника

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да	1102	29,2	29,5	29,5
	нет	2625	69,5	70,2	99,6
	затрудняюсь ответить	14	0,4	0,4	100,0
	Итого	3741	99,0	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	38	1,0		
Итого		3779	100,0		

Мнения респондентов относительно фактов осложнений у пациентов в разрезе регионов представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Распределение ответов на вопрос о факте осложнений у пациентов по вине медицинского работника в разрезе регионов

Регионы	Были ли у пациентов Вашей организации осложнения по вине медицинского работника?			Итого
	да	нет	затрудняюсь ответить	
Акмолинская область	24,3%	75,7%		100,0%
Актюбинская область	24,1%	75,9%		100,0%
Атырауская область	39,6%	60,4%		100,0%
Алматинская область	24,9%	75,1%		100,0%
Восточно-Казахстанская область	28,2%	71,8%		100,0%
Жамбылская область	33,7%	66,3%		100,0%
Западно-Казахстанская область	22,8%	77,2%		100,0%
Карагандинская область	23,0%	76,7%	0,3%	100,0%
Костанайская область	22,0%	78,0%		100,0%
Кызылординская область	18,3%	81,7%		100,0%
Мангистауская область	44,4%	55,6%		100,0%
Павлодарская область	35,3%	64,7%		100,0%
Северо-Казахстанская область	18,6%	80,5%	0,8%	100,0%
Южно-Казахстанская область	33,0%	66,0%	1,0%	100,0%
г. Алматы	31,4%	68,6%		100,0%
г. Астана	40,3%	59,0%	0,6%	100,0%
Итого	29,5%	70,3%	0,2%	100,0%

11,6% респондентов подтвердили, что имелись факты возмещения расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения по вине медицинских работников ими лично или их коллегами, медицинским учреждением. А 87,2% опрашиваемых отрицают наличие таких ситуаций (таблица 11).

Таблица 11 – Распределение ответов на вопрос о возмещении расходов на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения по вине медицинского работника

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да	437	11,6	11,7	11,7
	нет	3297	87,2	88,0	99,7
	затрудняюсь ответить	13	0,3	0,3	100,0
	Итого	3747	99,2	100,0	
Пропущенные	системные пропущенные	32	0,8		
Итого		3779	100,0		

Проанализировав ответы респондентов относительно причин, по которым допускается причинение вреда здоровью пациента можно утверждать, что одним из главных причин является – сложность медицинского случая: 10% - обязательно, 63% - возможно. Следующая по значимости причина, по которой допускается причинение вреда здоровью пациента, по мнению респондентов, – причины материально-технической оснащенности медицинского учреждения: 7,9% - обязательно, 51,1% - возможно.

По мнению опрошенных, не малозначимой является причинение вреда здоровью пациента вследствие халатности со стороны медицинских работников: 9,95% - обязательно, 43% - возможно. Также результаты опроса показали, что 6,6% респондентов считают обязательной, 43% - возможной вероятностью причинения вреда здоровью пациента вследствие некомпетентности медицинского работника.

Вероятность причинения вреда вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества медицинского работника (врачебная ошибка) респонденты оценили следующим образом: 5,6% - обязательно, 41% - возможно.

По результатам социологического исследования выяснилось, что медицинские работники Казахстана в целом поддерживают введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников. 57,2% респондентов выразили свое положительное мнение по данному вопросу, а 30,6% опрошенных выразили нейтральное отношение. Однако 11,7% опрошенных против введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников (таблица 12).

Изучив мнения респондентов об их отношении на введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников, интересно было узнать мнения по данному вопросу респондентов, в медицинских учреждениях которого были зафиксированы случаи причинения вреда пациенту. Респонденты, которые подтвердили наличие фактов причинения вреда здоровью пациента в своих медицинских учреждениях, более лояльно относятся на введение страхования профессиональной ответственности, чем их

коллеги, которые утверждают отсутствие такового в их учреждениях (таблица 13). 13% их них отрицательно относятся на введение страхования, в 33% случаев - нейтрально.

Таблица 12 – Отношение респондентов к введению страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	положительно	2160	57,2	57,5	57,5
	отрицательно	441	11,7	11,7	69,2
	нейтрально	1155	30,6	30,8	100,0
	Итого	3756	99,4	100,0	
Пропущенные	Системные	23	0,6		
Итого		3779	100,0		

Таблица 13 – Распределение ответов на вопрос: Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника?

Вопрос		отношение респондентов на введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников			Итого
		положительно	отрицательно	нейтрально	
Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника?	да	66,8%	8,6%	24,6%	100,0%
	нет	53,8%	12,9%	33,3%	100,0%
	затрудняюсь ответить	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
Итого		57,6%	11,7%	30,8%	100,0%

Анализ отношения респондентов на введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников в региональном разрезе показал, что в целом во всех регионах Казахстана количество положительных ответов на данный вопрос превосходит количество иных вариантов.

Кроме того следует отметить, что менее половины респондентов Восточно-Казахстанской области (45,3%) и Карагандинской области (44,9%) поддерживают введение данного вида страхования (рисунок 6).

По данным таблицы 14 больше всего в сравнении с остальными регионами респондентов относящихся «отрицательно» на введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников проживают в Алматинской области (22,7% респондентов относятся отрицательно) и в Южно-Казахстанской области (17% респондентов относятся отрицательно).



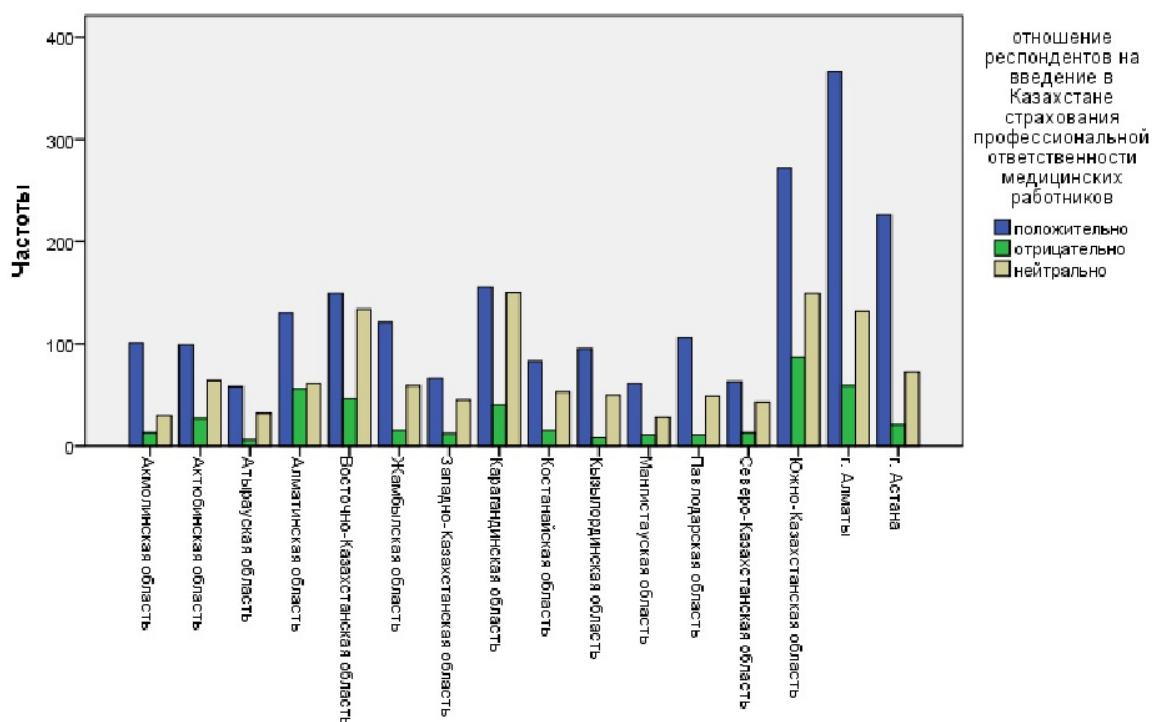


Рисунок 6 – Отношение респондентов к введению страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Таблица 14 – Отношение респондентов к введению в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Регионы	отношение респондентов к введению в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников			Итого
	положительно	отрицательно	нейтрально	
Акмолинская область	70,1%	9,0%	20,8%	100,0%
Актюбинская область	52,1%	14,2%	33,7%	100,0%
Атырауская область	60,4%	6,2%	33,3%	100,0%
Алматинская область	52,6%	22,7%	24,7%	100,0%
Восточно-Казахстанская область	45,3%	14,0%	40,7%	100,0%
Жамбылская область	62,1%	7,7%	30,3%	100,0%
Западно-Казахстанская область	53,7%	9,8%	36,6%	100,0%
Карагандинская область	44,9%	11,6%	43,5%	100,0%
Костанайская область	55,0%	9,9%	35,1%	100,0%
Кызылординская область	62,1%	5,2%	32,7%	100,0%
Мангистауская область	61,0%	11,0%	28,0%	100,0%
Павлодарская область	63,9%	6,6%	29,5%	100,0%
Северо-Казахстанская область	52,9%	10,9%	36,1%	100,0%
Южно-Казахстанская область	53,5%	17,1%	29,3%	100,0%
г. Алматы	65,7%	10,6%	23,7%	100,0%
г. Астана	70,8%	6,6%	22,6%	100,0%
Итого	57,5%	11,8%	30,8%	100,0%



Нейтральную позицию на введение страхования медицинских работников придерживаются большинство респондентов Карагандинской (43,5% респондентов) и Восточно-Казахстанской областей (40,7% респондентов) сравнительно с остальными регионами.

Рассматривая данный вопрос в разрезе половой принадлежности респондентов, следует сказать, что женщины склонны придерживаться «нейтральной» позиции в сравнении с мужчинами медицинскими работниками (около 33% женщин против 25% мужчин). 65% мужчин за введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в то время, как только около 55% женщин поддерживают данный вопрос (таблица 15).

Таблица 15 – Отношение респондентов к введению в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников с учетом пола

Пол	отношение респондентов на введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников			Итого
	положительно	отрицательно	нейтрально	
Мужчина	64,9%	10,2%	24,9%	100,0%
Женщина	54,8%	12,3%	32,9%	100,0%
Итого	57,5%	11,7%	30,7%	100,0%

Интересным является рассмотрение отношения различных специалистов на введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников. По данным социологического опроса наблюдается ситуация когда, специальности с низким риском причинения вреда здоровью пациента относятся нейтрально или отрицательно на введение страхования. Например, 66% врачей лфк против введения страхования, 75% психиатров относятся нейтрально, 21% нефрологов против, а 42% нефрологов относятся нейтрально на введение страхования медицинских работников. Также 42% педиатров выразили свою нейтральную позицию на введение данного вида страхования и 34,4% терапевтов придерживаются такой же позиции.

А что касается остальных специалистов, то 66% респондентов-хирургов поддерживают такое нововведение в практике нашего государства, и 68% акушер-гинекологов, врачей-диагностов, 67% онкологов, 60% гематологов, 72% неонатологов, 71% заведующих отделением солидарны с хирургами (таблица 16).

Таблица 16 – Отношение респондентов к введению в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников с учетом специальности

Должность респондента	отношение респондентов на введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников			Итого
	положительно	отрицательно	нейтрально	
Терапевт	51,9%	13,6%	34,4%	100,0%
Педиатр	49,3%	8,4%	42,2%	100,0%
Невропатолог	63,9%	11,1%	25,0%	100,0%
Фтизиатр	41,7%	8,3%	50,0%	100,0%
офтальмолог	55,4%	10,8%	33,8%	100,0%
хирург	66,1%	9,9%	24,1%	100,0%
травматолог	71,7%	10,9%	17,4%	100,0%
анестезиолог-реаниматолог	66,3%	9,6%	24,1%	100,0%
неонатолог	72,2%	11,1%	16,7%	100,0%
акушер-гинеколог	68,0%	5,9%	26,1%	100,0%
врач-диагност	68,4%	9,2%	22,4%	100,0%
уролог	63,9%	11,1%	25,0%	100,0%
кардиолог	65,3%	9,2%	25,5%	100,0%
пульмонолог	33,3%		66,7%	100,0%
отоларинголог	65,4%	7,7%	26,9%	100,0%
нефролог	36,8%	21,1%	42,1%	100,0%
гастроэнтеролог	44,4%	11,1%	44,4%	100,0%
онколог	67,1%	11,8%	21,2%	100,0%
врач скорой помощи	54,5%	9,1%	36,4%	100,0%
ВОП	53,7%	17,9%	28,4%	100,0%
эндокринолог	50,0%	8,3%	41,7%	100,0%
дерматовенеролог	33,3%		66,7%	100,0%
врач-лаборант	58,0%	10,0%	32,0%	100,0%
заведующий отделением	71,4%	9,5%	19,0%	100,0%
эпидемиолог	75,0%		25,0%	100,0%
врач-лфк	33,3%	66,7%		100,0%
стоматолог	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
гематолог	60,0%		40,0%	100,0%
психиатр	25,0%		75,0%	100,0%
СМР	52,4%	14,0%	33,6%	100,0%
Итого	57,5%	11,7%	30,7%	100,0%

На вопрос о приемлемой форме страхования профессиональной ответственности не ответили 116 респондентов или около 3% всех опрошенных лиц. А среди выразивших свое мнение по данному вопросу респондентов голоса распределились следующим образом: 34,5% респондентов отметили, что предпочитают смешанную форму, где будут участвовать как государственные структуры, так и частные компании, 30% выбрали профессиональную ассоциацию медицинских работников, 29 % опрошенных считают, что данную функцию должен осуществлять фонд гарантирования

ответственности работников здравоохранения и всего 6,4% отдают предпочтение частным страховым компаниям (таблица 17).

Таблица 17 – Распределение ответов о приемлемой форме страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Учреждения		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения	1060	28,0	28,9	28,9
	Профессиональная ассоциация медицинских работников	1097	29,0	29,9	58,9
	Частные страховые компании	243	6,4	6,6	65,5
	Смешанная форма	1263	33,4	34,5	100,0
	Итого	3663	96,9	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	116	3,1		
Итого		3779	100,0		

Респонденты Алматинской, Жамбылской, Мангистауской областей и г. Астаны солидарны в том, что считают приемлемой осуществление страхования профессиональной ответственности в Казахстане посредством создания Фонда гарантирования ответственности работников здравоохранения. А вот опрошенные медицинские работники Акмолинской, Актюбинской, Карагандинской, Павлодарской областей и Алматинской области (одинаковая доля голосов в отношении фонда и ассоциации) считают, что приемлемым для Казахстана является страхование с помощью создания профессиональной ассоциации медицинских работников. А остальные регионы считают необходимым страхование смешанной формы, где будут включены как бюджетные учреждения, так и частные компании (таблица 18).

Большинство респондентов (61,13%) выступают за обязательность страхования профессиональной ответственности медицинских работников. А соответственно, 37,6% опрошенных лиц считают, что страхование должно быть добровольным.

Данный вопрос был рассмотрен в разрезе респондентов, в учреждениях которого имелись или не имелись факты причинения вреда здоровью пациента. 71,3% опрошенных лиц, которые говорят о наличии фактов причинения вреда здоровью пациента считают введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в то время как респонденты, которые не сталкивались с такой ситуацией в меньшей степени поддерживают обязательность страхования (58%) (таблица 19).

Таблица 18 – Распределение ответов о приемлемой форме страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК

Регионы	Приемлемая форма страхования профессиональной ответственности медицинских работников в РК				Итого
	Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения	Профессиональная ассоциация медицинских работников	Частные страховые компании	Смешанная форма	
Акмолинская область	28,7%	36,4%	0,7%	34,3%	100,0%
Актюбинская область	23,0%	37,7%	4,2%	35,1%	100,0%
Атырауская область	30,2%	26,0%	8,3%	35,4%	100,0%
Алматинская область	31,6%	31,6%	8,1%	28,6%	100,0%
ВКО	28,7%	30,3%	4,7%	36,3%	100,0%
Жамбылская область	34,4%	29,7%	7,3%	28,6%	100,0%
ЗКО	26,0%	31,7%	1,6%	40,7%	100,0%
Карагандинская область	28,3%	33,0%	11,6%	27,1%	100,0%
Костанайская область	23,0%	27,0%	8,8%	41,2%	100,0%
Кызылординская область	26,8%	30,7%	3,9%	38,6%	100,0%
Мангистауская область	33,7%	28,6%	5,1%	32,7%	100,0%
Павлодарская область	33,3%	37,0%	6,2%	23,5%	100,0%
СКО	15,1%	25,2%	10,1%	49,6%	100,0%
ЮКО	27,8%	27,0%	9,0%	36,2%	100,0%
г. Алматы	29,9%	27,9%	5,5%	36,6%	100,0%
г. Астана	34,2%	25,7%	5,2%	34,9%	100,0%
Итого	28,9%	30,0%	6,6%	34,5%	100,0%

Таблица 19 – Распределение ответов на вопрос: Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника?

Вопрос		Вопрос обязательности введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников			Итого
		да	нет	затрудняюсь ответить	
Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника?	да	71,3%	28,6%	0,1%	100,0%
	нет	58,1%	41,9%		100,0%
	затрудняюсь ответить	22,2%	55,6%	22,2%	100,0%
Итого		61,9%	38,0%	0,1%	100,0%

Таблица 20 – Распределение ответов на вопрос о готовности медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности

Вопрос		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да, полностью	390	10,3	10,5	10,5
	да, на условиях, когда 50% покрывает МО, 50% мед работник	1809	47,9	48,6	59,0
	нет	1525	40,4	41,0	100,0
	Итого	3724	98,5	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	55	1,5		
Итого		3779	100,0		

Судя по данным таблицы 20, 10,3% медицинских работников готовы полностью оплачивать взнос за страхование своей профессиональной ответственности. Около 48% респондентов готовы платить за договор страхования только при условии, если 50% его стоимости будет покрываться за счет медицинского учреждения, в котором они работают. Однако 40,4% опрошенных лиц заявили о неготовности платить за страхование своей профессиональной ответственности.

Таблица 21 – Распределение ответов на вопрос: Приходилось ли Вам/Вашим коллегам/ мед. учреждению возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения по вине медицинского работника?

Вопрос		готовность медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности			Итого
		да, полностью	да, на условиях, когда 50% покрывает МО, 50% мед работник	нет	
Приходилось ли Вам/Вашим коллегам/ мед. учреждению возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения по вине медицинского работника?	да	15,8%	52,7%	31,6%	100,0%
	нет	9,6%	48,1%	42,4%	100,0%
	затрудняюсь ответить	30,8%	38,5%	30,8%	100,0%
Итого		10,4%	48,6%	41,1%	100,0%

По информации таблицы 21, те респонденты, которые прямо или косвенно сталкивались с ситуацией возмещения расходов на лечение пациентов, у

которых наблюдались осложнения по вине медицинского работника активнее остальных своих коллег согласны на оплату страховых взносов: 16% полностью, 53% наполовину.

Анализ данного вопроса в региональном разрезе показал, что более половины медицинских работников Восточно-Казахстанской области (66,4%) и Западно-Казахстанской области (50,4%) не готовы платить за договор страхования профессиональной ответственности медицинских работников (таблица 22).

Таблица 22 – Готовность медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности в разрезе регионов

Регионы	готовность медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности			Итого
	да, полностью	да, на условиях, когда 50% покрывает МО, 50% мед работник	нет	
Акмолинская область	13,5%	56,0%	30,5%	100,0%
Актюбинская область	5,3%	58,2%	36,5%	100,0%
Атырауская область	2,1%	78,1%	19,8%	100,0%
Алматинская область	10,9%	46,5%	42,6%	100,0%
Восточно-Казахстанская область	4,0%	29,6%	66,4%	100,0%
Жамбылская область	14,9%	44,6%	40,5%	100,0%
Западно-Казахстанская область	4,9%	44,7%	50,4%	100,0%
Карагандинская область	9,9%	45,8%	44,3%	100,0%
Костанайская область	11,3%	48,3%	40,4%	100,0%
Кызылординская область	7,8%	51,6%	40,5%	100,0%
Мангистауская область	9,0%	46,0%	45,0%	100,0%
Павлодарская область	5,0%	57,1%	37,9%	100,0%
Северо-Казахстанская область	5,9%	51,3%	42,9%	100,0%
Южно-Казахстанская область	18,2%	41,8%	40,0%	100,0%
г. Алматы	13,4%	50,9%	35,7%	100,0%
г. Астана	9,4%	60,4%	30,2%	100,0%
Итого	10,5%	48,7%	40,8%	100,0%

Ответ на вопрос о готовности респондентов платить за страхование профессиональной ответственности медицинских работников был уточнен также по специальностям опрашиваемых лиц. По итогам опроса выяснилось, что более половины фтизиатров (63,9%), пульмонологов (55,6%), нефрологов (52,6%), эндокринологов (56,2%), гематологов (60%), врачей лечебной физической культуры (50%) готовы оплачивать страховые взносы на условиях покрытия 50% стоимости медицинским учреждением (таблица 23).

Таблица 23 – Готовность медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности в разрезе специальности



Специалисты	готовность медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности			Итого
	да, полностью	да, на условиях, когда 50% покрывает МО, 50% мед работник	нет	
терапевт	11,8%	47,5%	40,7%	100,0%
педиатр	9,2%	41,7%	49,1%	100,0%
невропатолог	14,3%	55,7%	30,0%	100,0%
фтизиатр	8,3%	27,8%	63,9%	100,0%
офтальмолог	5,4%	54,1%	40,5%	100,0%
хирург	16,6%	50,0%	33,4%	100,0%
травматолог	7,7%	56,0%	36,3%	100,0%
анестезиолог-реаниматолог	22,0%	50,0%	28,0%	100,0%
неонатолог		66,7%	33,3%	100,0%
акушер-гинеколог	11,0%	59,6%	29,4%	100,0%
врач-диагност	15,3%	58,2%	26,5%	100,0%
уролог	11,8%	58,8%	29,4%	100,0%
кардиолог	8,3%	55,2%	36,5%	100,0%
пульмонолог		44,4%	55,6%	100,0%
отоларинголог	11,5%	50,0%	38,5%	100,0%
нефролог	10,5%	36,8%	52,6%	100,0%
гастроэнтеролог		55,6%	44,4%	100,0%
онколог	12,0%	45,8%	42,2%	100,0%
врач скорой помощи	27,3%	27,3%	45,5%	100,0%
ВОП	5,6%	45,3%	49,1%	100,0%
эндокринолог	4,2%	41,7%	54,2%	100,0%
дерматовенеролог			100,0%	100,0%
врач-лаборант	4,2%	39,6%	56,2%	100,0%
заведующий отделением	7,9%	61,9%	30,2%	100,0%
эпидемиолог	25,0%	75,0%		100,0%
врач-лфк		50,0%	50,0%	100,0%
стоматолог	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%
гематолог		40,0%	60,0%	100,0%
психиатр		100,0%		100,0%
СМР	8,9%	44,6%	46,4%	100,0%
Итого	10,5%	48,6%	40,9%	100,0%

Немаловажным вопросом при введении страхования профессиональной ответственности медицинских работников является стоимость страхового договора. Поэтому данный вопрос был уточнен у медицинских работников. 15% опрошенных не ответили на данный вопрос (таблица 24).

Таблица 24 – Распределение ответов на вопрос о стоимости страхования профессиональной ответственности медицинских работников в год

Вопрос		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	от 15 тыс. до 20 тыс. тенге	333	8,8	10,3	10,3
	от 10 тыс. до 15 тыс. тенге	340	9,0	10,5	20,8
	от 5 тыс. до 10 тыс. тенге	835	22,1	25,9	46,7
	до 5 тыс. тенге	1722	45,6	53,3	100,0
	Итого	3230	85,5	100,0	
Пропущенные	Системные	549	14,5		
Итого		3779	100,0		

45,6% медицинских работников считают, что будет оптимальным установление платы за страхование в размере менее 5 тыс. тенге в год. 22,1% опрошенных отметили, что они могут оплачивать страховой взнос в размере от 5 тыс. до 10 тыс. тенге в год. И у около 9% респондентов есть возможность платить за страховой договор ежегодно от 10 до 15 тыс. тенге и от 15 до 20 тыс. тенге.

Стоимость страхования в разрезе специальностей представлена в таблице 25. По информации данной таблицы следует сказать, что мнения респондентов относительно суммы ежегодного взноса различаются у представителей различных специальностей. На данный факт может повлиять как различия в уровне рисков у медицинских работников, так и доход опрашиваемых.

Таблица 25 – Распределение ответов на вопрос о стоимости страхования профессиональной ответственности медицинских работников в год в разрезе специальности

Должность респондента	стоимость страхования профессиональной ответственности медицинских работников в год				Итого
	от 15 тыс. до 20 тыс. тенге	от 10 тыс. до 15 тыс. тенге	от 5 тыс. до 10 тыс. тенге	до 5 тыс. тенге	
1	2	3	4	5	6
терапевт	8,7%	7,9%	23,1%	60,3%	100,0%
педиатр	7,7%	9,7%	29,7%	52,8%	100,0%
невропатолог	9,7%	6,5%	30,6%	53,2%	100,0%
фтизиатр	4,3%	13,0%	8,7%	73,9%	100,0%
офтальмолог	11,6%	8,7%	17,4%	62,3%	100,0%
хирург	14,5%	14,1%	30,2%	41,2%	100,0%
травматолог	11,0%	20,7%	20,7%	47,6%	100,0%
анестезиолог	20,8%	13,0%	32,5%	33,8%	100,0%
неонатолог			11,1%	88,9%	100,0%
акушер-гинеколог	8,5%	18,6%	28,7%	44,2%	100,0%
врач-диагност	22,5%	7,9%	37,1%	32,6%	100,0%
уролог	10,7%	32,1%	17,9%	39,3%	100,0%
кардиолог	11,7%	15,6%	35,1%	37,7%	100,0%

Продолжение таблицы 25

1	2	3	4	5	6
пульмонолог	28,6%		14,3%	57,1%	100,0%
отоларинголог	16,7%	12,5%	33,3%	37,5%	100,0%
нефролог	7,1%	14,3%	35,7%	42,9%	100,0%
гастроэнтеролог		25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
онколог	18,2%	9,1%	24,2%	48,5%	100,0%
врач СМП		11,1%	33,3%	55,6%	100,0%
ВОП	8,0%	11,7%	27,0%	53,3%	100,0%
эндокринолог	4,5%	4,5%	31,8%	59,1%	100,0%
дерматовенеролог				100,0%	100,0%
врач-лаборант	5,1%	5,1%	38,5%	51,3%	100,0%
зав. отделением	5,3%	10,5%	33,3%	50,9%	100,0%
эпидемиолог	25,0%		50,0%	25,0%	100,0%
врач-лфк			80,0%	20,0%	100,0%
стоматолог	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
гематолог			20,0%	80,0%	100,0%
психиатр		75,0%		25,0%	100,0%
СМП	9,4%	6,8%	22,0%	61,8%	100,0%
Итого	10,3%	10,5%	25,9%	53,3%	100,0%

Взнос при страховании профессиональной ответственности медицинских работников может быть единым, когда все специалисты будут вносить единую стандартизированную стоимость за договор страхования и фиксированным, когда стоимость договора страхования будет устанавливаться с учетом специфики региона, специальности и стажа медицинского работника (таблица 26).

Таблица 26 – Распределение ответов на вопрос о типе взноса при страховании профессиональной ответственности медицинских работников

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	единый взнос	1756	46,5	49,7	49,7
	фиксированный взнос	1770	46,8	50,1	99,9
	затрудняюсь ответить	4	0,1	0,1	100,0
	Итого	3530	93,4	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	249	6,6		
Итого		3779	100,0		

Вопрос о типе взноса при введении страхования был задан респондентам. 249 или 6,6% опрошенных лиц предпочли воздержаться от ответа на данный вопрос. А голоса остальных респондентов распределились между типами взносов примерно одинаково: 46,5% - выбрали единый взнос, 46,8% - предпочитают фиксированный взнос.

При рассмотрении данного выбора в разрезе регионов сложилась следующая картина: медицинские работники шести регионов (Атырауская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Павлодарская, Северо-Казахстанская области и г. Астана) отдадут большинство голосов за фиксированный взнос, а остальные 9 областей и г. Алматы предпочитают единый взнос при страховании профессиональной ответственности медицинских работников (рисунок 7).

По итогам проведенного исследования мнения медицинских работников выяснилось, что около 70% опрошенных доверяют определению случаев выплаты компенсации независимой квалифицированной комиссии. 9% медицинских работников думают, что выплата должно осуществляться по решению судебных органов. А остальные 18,9% считают, что этим вопросом должен заниматься главный врач медицинского учреждения.

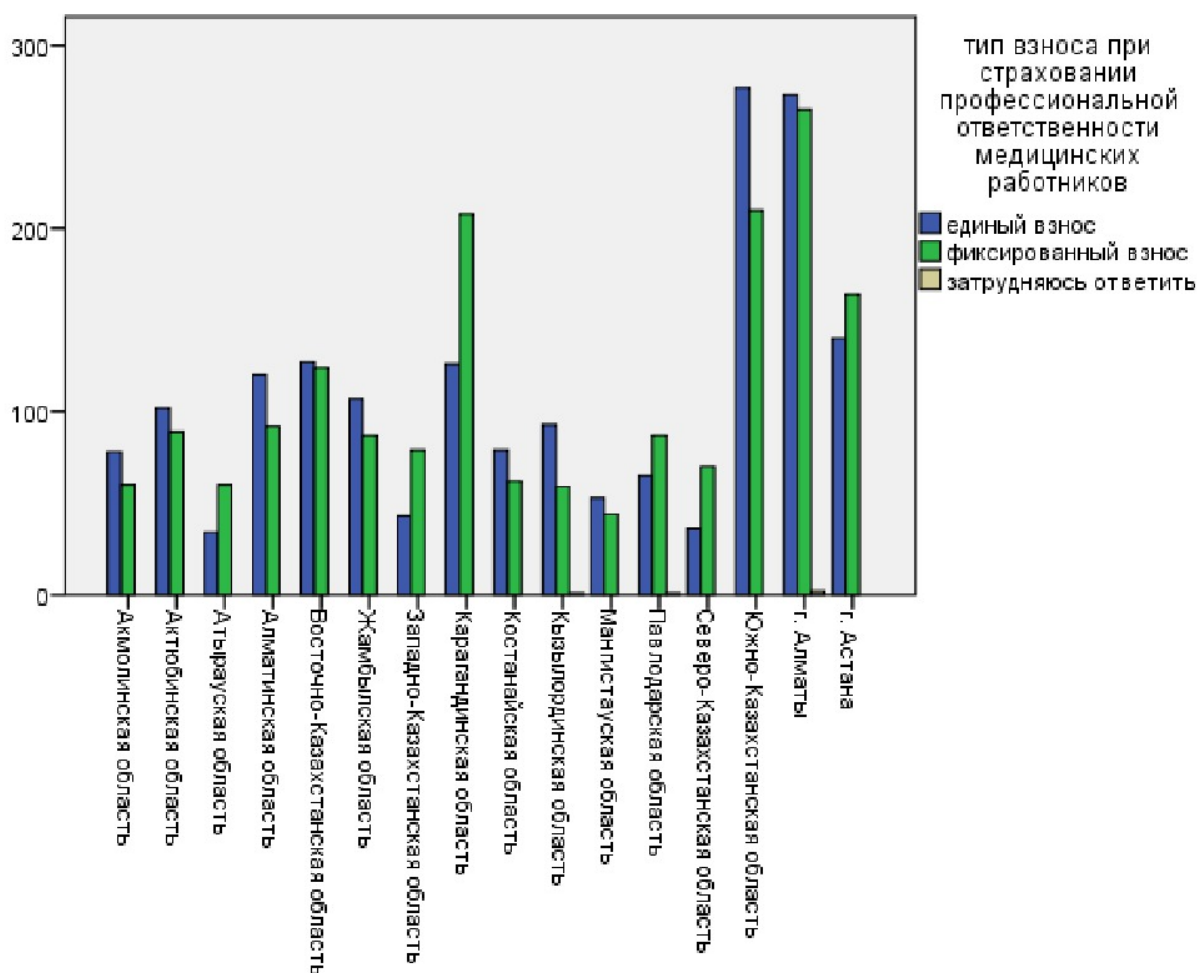


Рисунок 7 – Тип взноса при страховании профессиональной ответственности медицинских работников в разрезе регионов

### 3.2 Оценка населением качества медицинской помощи, включая ее безопасность

В результате проведенного социологического опроса было опрошено 3781 человек. Как было определено условиями выборки, 48,3% из них мужского пола (1826 человек), а 51,7% женского пола (1955 человек).

Судя по гистограмме распределения, возраст респондентов не подчиняется нормальному распределению (имеется отклонение в левую сторону), поэтому в статистических целях следует использовать значение медианы. Соответственно, средний возраст опрошенных лиц составляет 36 лет. Самый популярный возраст респондентов 30 лет, что также по оценкам демографов объясняется склонностью людей округлять свой возраст. Самому младшему респонденту 16 лет, а самому старшему 94 года (рисунок 8).

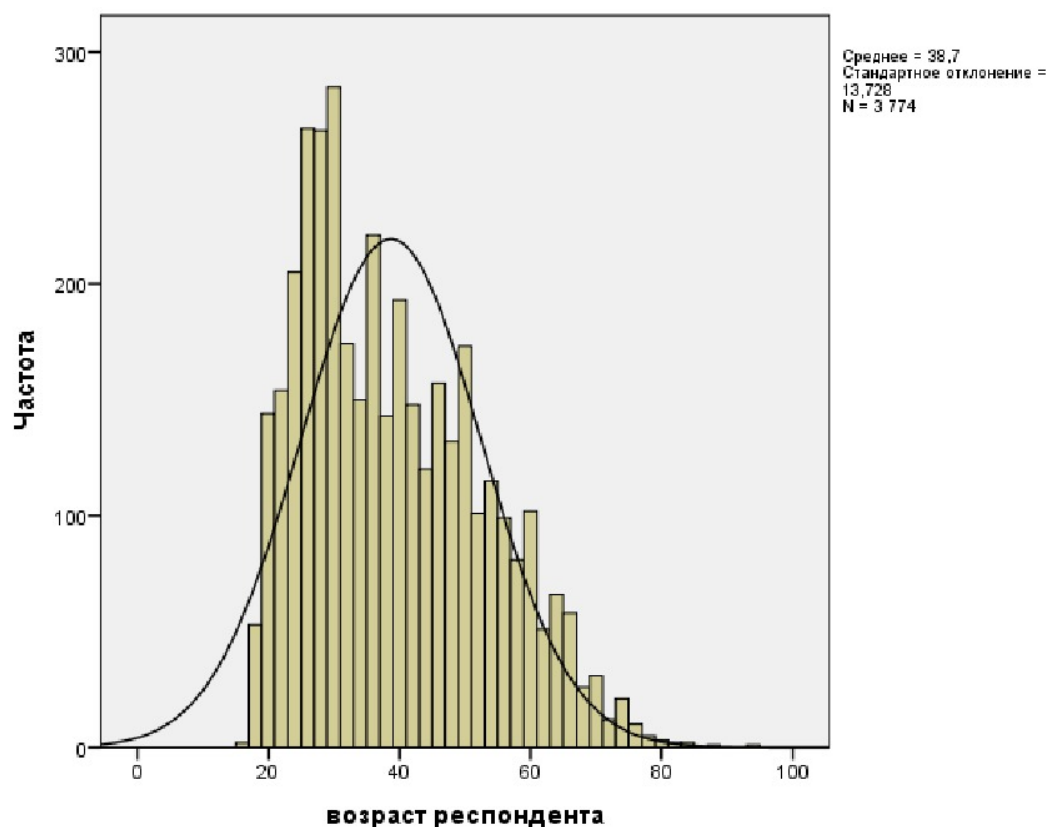


Рисунок 8 – Распределение респондентов по возрасту

Информация о респондентах по уровню образования говорит о примерно одинаковой доле лиц с высшим образованием (35,8%), со средним специальным образованием (28,7%), со средним образованием (27,8%) (рисунок 9).

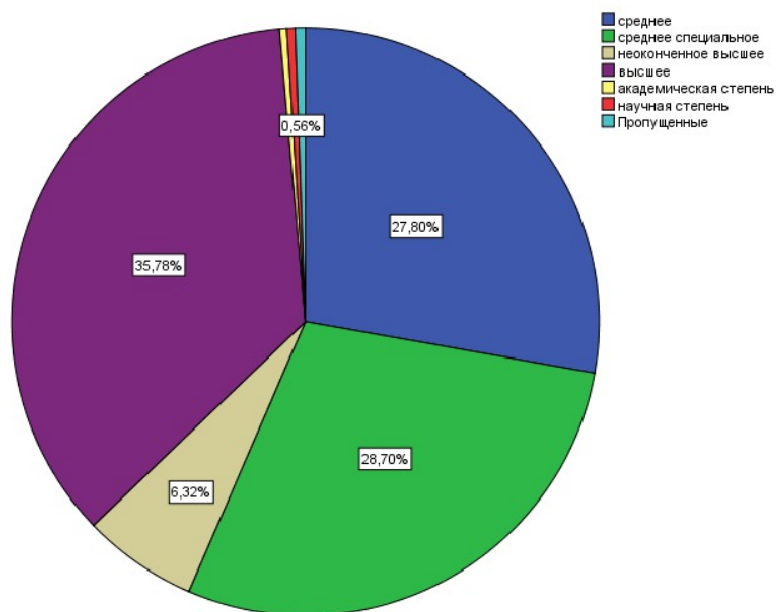


Рисунок 9 – Образовательная структура респондентов

По социальному статусу среди опрошенных лиц 36,3% служащих, 24,8% рабочих, 11,8% безработных, 9,3% пенсионеров, 5,6 % студентов, 5,3% руководителей и столько же предпринимателей (рисунок 10).

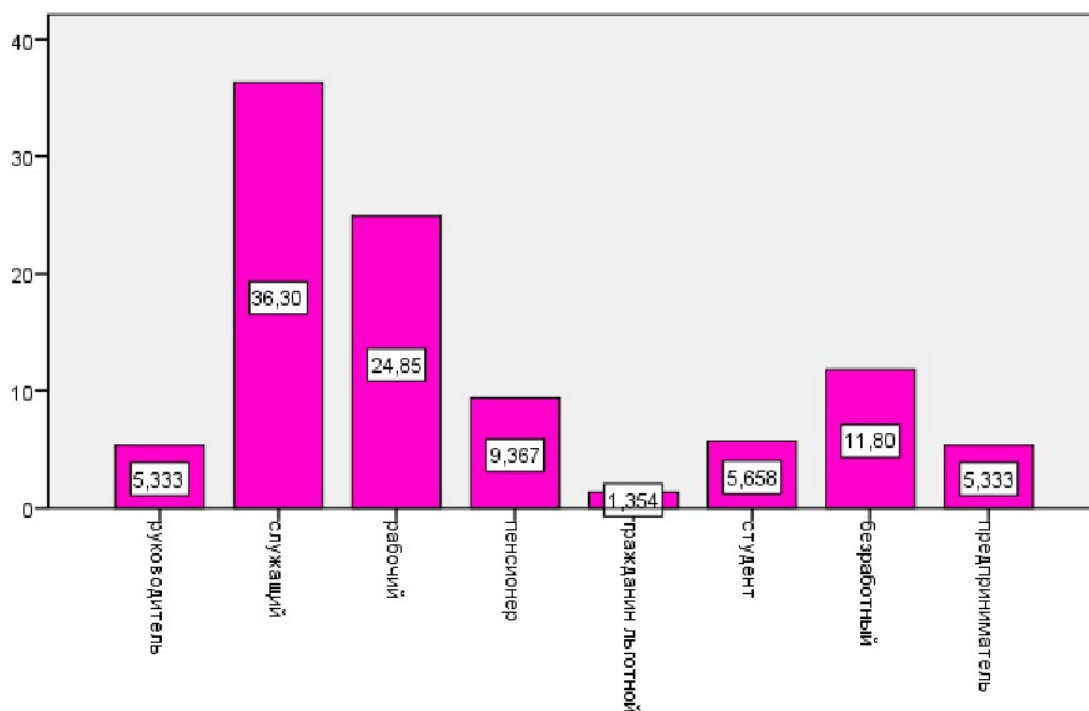


Рисунок 10 – Состав респондентов по социальному статусу

На вопрос об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника 26 респондентов предпочли не отвечать на данный вопрос. А среди ответивших на данный вопрос, около 26%



считают проблему «очень актуальной», около 50% - «актуальной», 18% - «не очень актуальной». Не актуальной проблему считают 5,7% респондентов (таблица 27).

Таблица 27 – Распределение ответов респондентов об актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	очень актуальна	974	25,8	25,9	25,9
	актуальна	1881	49,7	50,1	76,0
	не очень актуальна	683	18,1	18,2	94,2
	не актуальна	217	5,7	5,8	100,0
	Итого	3755	99,3	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	26	0,7		
Итого		3781	100,0		

По актуальности данной проблемы в разрезе социального статуса респондентов следует сказать, что проблема не актуальна в большей степени в сравнении с другими социальными категориями среди студентов (12%), безработных (7,9%) и пенсионеров (7,6%) (таблица 28).

Таблица 28 – Распределение ответов о актуальности проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника в разрезе социального статуса

Должность	Актуальность проблемы возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника				Итого
	очень актуальна	актуальна	не очень актуальна	не актуальна	
руководитель	32,7%	42,9%	18,4%	6,1%	100,0%
служащий	29,6%	50,2%	16,4%	3,7%	100,0%
рабочий	20,6%	52,8%	20,4%	6,1%	100,0%
пенсионер	23,5%	49,7%	19,2%	7,6%	100,0%
гражданин льготной категории	38,8%	46,9%	10,2%	4,1%	100,0%
студент	23,9%	45,9%	18,2%	12,0%	100,0%
безработный	22,5%	49,9%	19,7%	7,9%	100,0%
предприниматель	27,4%	51,8%	16,2%	4,6%	100,0%
Итого	25,8%	50,2%	18,2%	5,8%	100,0%

По результатам социологического исследования большинство населения (чуть более 50%) не исключают возможность того, что они могут пострадать в результате вины медицинского работника в Казахстане. А около 14% населения уверены в том, что медицинские работники могут нанести вред их здоровью.

Маловероятным возможность возникновения такого случая оценивают 28% опрошенных лиц (таблица 29).

Таблица 29 – Распределение ответов на вопрос: Считаете ли Вы, что можете пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника в Казахстане?

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	ни в коем случае	274	7,2	7,3	7,3
	обязательно	515	13,6	13,7	21,0
	маловероятно	1062	28,1	28,3	49,3
	возможно	1901	50,3	50,7	100,0
	Итого	3752	99,2	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	29	0,8		
Итого		3781	100,0		

Настроения населения относительно возможности возникновения осложнения по вине медицинского работника не одинаковы на всей территории Казахстана. Население Жамбылской области (около 16%), Мангистауской области (11,4%) в сравнении с остальными регионами больше всех отрицают возможность того, что они могут пострадать вследствие вины медицинского работника.

Больше всех остальных регионов обязательность того, что могут пострадать по вине медицинского работника, отмечают жители Восточно-Казахстанской области (27%), Западно-Казахстанской области (25%) и Павлодарской области (22%) (таблица 30).

Вниманию населения также был представлен вопрос об оценке вероятности причинения вреда здоровью пациента различных специалистов. Полученные результаты опроса говорят о следующем. По мнению респондентов, самый большой риск таит в себе специальность хирурга: возможность причинения вреда хирургом оценили 54% респондентов, а обязательность 8%. Следующим в списке высоко рискованных специальностей опрошенные расположили акушер-гинекологов, возможность причинения вреда которого оценили 50,4% опрошенных, а за неминуемый высокий риск (обязательность причинения вреда) выступают 7,35% респондентов. Также к категории таких специальностей население относят и стоматологов: 51,4% опрошенных отметили вариант «возможно», а 6,3% - обязательно.

Согласно мнению населения, низкий риск деятельности отмечается у терапевта (38,6% - возможно, 4,6% - обязательно) и у медицинской сестры (41,6% - возможно, 5% - обязательно).

Граждане нашей страны в объеме 24% подтверждают присутствие фактов причинения вреда здоровью пациента в результате вины медицинского работника, с которыми сталкивались они сами или их родственники. 76%

респондентов отрицают появление в их жизни или в жизни их родственников подобных случаев (таблица 31).

Таблица 30 – Распределение ответов на вопрос: Считаете ли Вы, что можете пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника в Казахстане? в разрезе регионов

Регион	Считаете ли Вы, что можете пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника в Казахстане?				Итого
	ни в коем случае	маловероятно	Возможно	обязательно	
Акмолинская область	4,2%	17,6%	64,2%	13,9%	100,0%
Актюбинская область	5,6%	24,2%	62,4%	7,9%	100,0%
Атырауская область	6,6%	24,6%	50,0%	18,9%	100,0%
Алматинская область	8,4%	13,9%	65,2%	12,5%	100,0%
Восточно-Казахстанская область	2,2%	13,7%	57,2%	26,8%	100,0%
Жамбылская область	16,2%	30,4%	43,5%	10,0%	100,0%
Западно-Казахстанская область	5,8%	5,8%	63,8%	24,6%	100,0%
Карагандинская область	9,9%	38,2%	46,7%	5,3%	100,0%
Костанайская область	8,6%	35,9%	48,0%	7,6%	100,0%
Кызылординская область	5,0%	36,3%	46,3%	12,5%	100,0%
Мангистауская область	11,4%	25,2%	51,2%	12,2%	100,0%
Павлодарская область	2,4%	33,5%	42,1%	22,0%	100,0%
Северо-Казахстанская область	3,8%	20,5%	71,2%	4,5%	100,0%
Ю-Казахстанская область	8,2%	30,9%	43,7%	17,2%	100,0%
г. Алматы	3,7%	28,7%	56,7%	11,0%	100,0%
г. Астана	6,5%	8,9%	71,6%	13,0%	100,0%
	7,1%	25,0%	54,0%	13,9%	100,0%

Таблица 31 – Распределение ответов на вопрос: Были ли у Вас / родственников факты причинения вреда здоровью в результате вины медицинского работника?

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да	906	24,0	24,1	24,1
	нет	2861	75,7	75,9	100,0
	Итого	3767	99,6	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	14	0,4		
Итого		3781	100,0		

Рассматривая данный вопрос в разрезе половой принадлежности респондентов, следует отметить, что женщины чаще сталкивались с фактами причинения вреда здоровью в результате вины медицинского работника в сравнении с мужчинами. 27% женщин отмечают присутствие подобных случаев в их жизни или в жизни их родственников. В то время как около 80% мужчин отрицают факт, того что они сталкивались с причинением вреда здоровью пациентов медицинским работником (таблица 32).

Таблица 32 – Распределение ответов на вопрос: Были ли у Вас / родственников факты причинения вреда здоровью в результате вины медицинского работника? в разрезе пола респондентов

Пол	Были ли у Вас/ родственников факты причинения вреда здоровью в результате вины медицинского работника		Итого
	да	нет	
мужчина	20,8%	79,2%	100,0%
женщина	27,1%	72,9%	100,0%
Итого	24,1%	75,9%	100,0%

Ответы респондентов о фактах причинения вреда здоровью пациента были распределены по социальному статусу опрашиваемых лиц. Так доля лиц подтверждающих наличие фактов причинения вреда по вине медицинского работника больше всех среди респондентов, принадлежащих к категории льготных граждан (32% ответов да, в сравнении с 24% ответов да в среднем всех респондентов). Данный факт может быть объяснен тем, что граждане, которые относятся к данной группе лиц, чаще всех остальных вынуждены обращаться за медицинской помощью.

Таблица 33 – Распределение ответов на вопрос: Были ли у Вас / родственников факты причинения вреда здоровью в результате вины медицинского работника? в разрезе социального статуса респондентов

Социальный статус	Были ли у Вас/ родственников факты причинения вреда здоровью в результате вины медицинского работника		Итого
	да	нет	
руководитель	28,4%	71,6%	100,0%
служащий	26,6%	73,4%	100,0%
рабочий	21,0%	79,0%	100,0%
пенсионер	26,0%	74,0%	100,0%
гражданин льготной категории	32,0%	68,0%	100,0%
студент	22,5%	77,5%	100,0%
безработный	17,3%	82,7%	100,0%
предприниматель	25,5%	74,5%	100,0%
Итого	23,9%	76,1%	100,0%

По итогам социологического опроса определилось, что только 13,2% опрошенных лиц обращались с жалобами на причинение вреда здоровью пациента медицинским работником куда-либо. Как нам известно, с предыдущего вопроса, 24% респондентов подтвердили факт причинения вреда пациенту по вине медицинского работника и только чуть больше половины из них обратились с жалобой на медицинского работника (таблица 33, 34).

Таблица 34 – Распределение ответов на вопрос: Обращались ли Вы/Ваши родственники с жалобами на причинение вреда здоровью по вине медицинского работника?

Вопрос		Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да	500	13,2	13,3	13,3
	нет	3257	86,1	86,7	100,0
	Итого	3757	99,4	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	24	0,6		
Итого		3781	100,0		

Результаты ответов опрошенных на данный вопрос был рассмотрен в разрезе социального положения респондентов. Так больше всех среди остальных социальных групп жалуются граждане льготной категории людей (18,4% ответили «да»), что объясняется тем, что и количество жалоб у этой категории людей было больше чем у остальных. 17,8% студентов и 17,9% предпринимателей обращались с жалобами (таблица 35).

Таблица 35 – Распределение ответов на вопрос: Обращались ли Вы/Ваши родственники с жалобами на причинение вреда здоровью по вине медицинского работника? в разрезе социального статуса респондентов

Социальный статус	Обращались ли Вы/Ваши родственники с жалобами на причинение вреда здоровью по вине медицинского работника		Итого
	да	нет	
руководитель	15,5%	84,5%	100,0%
служащий	13,0%	87,0%	100,0%
рабочий	13,2%	86,8%	100,0%
пенсионер	14,2%	85,8%	100,0%
гражданин льготной категории	18,4%	81,6%	100,0%
студент	17,8%	82,2%	100,0%
безработный	8,5%	91,5%	100,0%
предприниматель	17,9%	82,1%	100,0%
Итого	13,4%	86,6%	100,0%

Информацию о том, куда обращались респонденты с жалобой на причинение вреда их здоровью, также удалось собрать в результате опроса. Однако около 63% респондентов не ответили на данный вопрос, возможно вследствие того, что многие респонденты не сталкивались с причинением вреда здоровью по вине медицинского работника (таблица 36).

А среди ответивших на данный вопрос 1407 опрошенных лиц голоса респондентов распределились следующим образом: 56,7% к главному врачу, 16,8% в Управление здравоохранения, 6,5% в Министерство здравоохранения РК, 6,3% в Комитет контроля медицинской фармацевтической деятельности, 4,3% в правоохранительные органы, 2,8% в суд, 2,3% в СМИ. Кроме того, следует отметить наличие вариантов, когда респонденты утверждали факт обращения одновременно в несколько структур, доля которых сравнительно небольшая.

Таблица 36 – Распределение ответов на вопрос: Куда Вы обращались с жалобой на причинение вреда здоровью пациента медицинским работником?

Вопрос	Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
к главному врачу	798	21,1	56,7	56,7
к главному врачу и в УЗ	6	0,2	0,4	57,1
к главному врачу и в ККМФД	2	0,1	0,1	57,3
к главному врачу и в МЗ	7	0,2	0,5	57,8
к главному врачу и в правоохранительные органы	3	0,1	0,2	58,0
к главному врачу и в суд	1	0,0	0,1	58,1
к главному врачу и в СМИ	3	0,1	0,2	58,3
в УЗ	236	6,2	16,8	75,1
в УЗ и ККМФД	2	0,1	0,1	75,2
в УЗ и МЗ РК	16	0,4	1,1	76,3
в УЗ и правоохранительные органы	2	0,1	0,1	76,5
в ККМФД	88	2,3	6,3	82,7
в ККМФД и в суд	2	0,1	0,1	82,9
в ККМФД и в СМИ	4	0,1	0,3	83,2
в МЗ РК	91	2,4	6,5	89,6
в МЗ и правоохранительные органы	2	0,1	0,1	89,8
в правоохранительные органы	61	1,6	4,3	94,1
в суд	40	1,1	2,8	96,9
в СМИ	32	0,8	2,3	99,2
свой вариант	11	0,3	0,8	100,0
Итого	1407	37,2	100,0	
Итого	3781	100,0		

По результатам социологического исследования на вопрос о типе жалобы респондентов на оказанную медицинскую помощь предпочли не отвечать более половины наших опрошенных лиц (52%).



А по тем ответам, которые нам были даны остальной частью респондентов, можно сказать, что население нашей страны жалуется в основном на несвоевременность оказания медицинской помощи (13,5% всех респондентов отметили данный вариант). Следующий ответ по популярности, и соответственно, одна из причин жалоб населения на медицинскую помощь – неправильная диагностика (12,6% опрошенных считают так). 8,23% респонденты жалуется на неправильное назначение лечения медицинским работником своему пациенту.



Рисунок 11 – Структура жалоб населения на медицинские услуги

Тип жалоб на оказанную медицинскую помощь различается в зависимости от уровня образования респондентов. Данные рисунка 11,12 и 13 подтверждают вышесказанное. Так респонденты, которые имеют среднее и среднее специальное образование больше всего жалуется на несвоевременность оказания медицинской помощи. Опрошенные лица с неоконченным высшим и с высшим образованием, в первую очередь, жалуется на неправильную диагностику заболевания медицинским работников. А те респонденты, которые имеют академическую или научную степень жалуется на неправильную диагностику и неправильное назначение лечения.

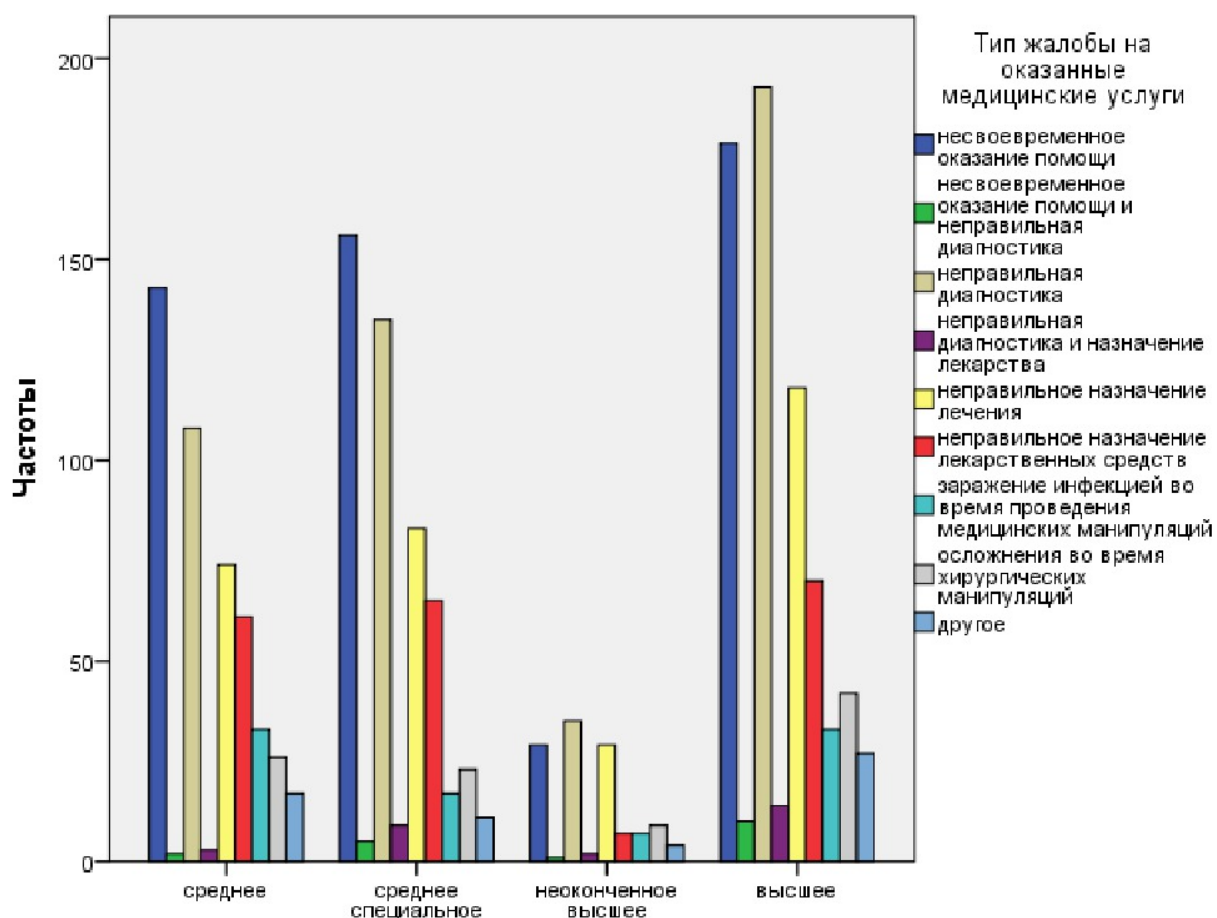


Рисунок 12 – Структура жалоб на медицинскую помощь в разрезе уровня образования респондентов

Среди вопросов, адресованных населению, был и вопрос относительно специальности медицинского работника, на которого респонденты жаловались. 53,4% опрошенного населения в виду отсутствия жалоб не ответили на данный вопрос (таблица 37, рисунок 14).

Из 1762 респондентов, которые изъявили желание ответить на данный вопрос, 26,8% опрошенных в качестве источника возникновения жалобы отметили «терапевта», 21,2% выделили «стоматолога», около 15% респондентов жаловались на акушер-гинеколога. На хирурга жалуются 13% опрошенных лиц.

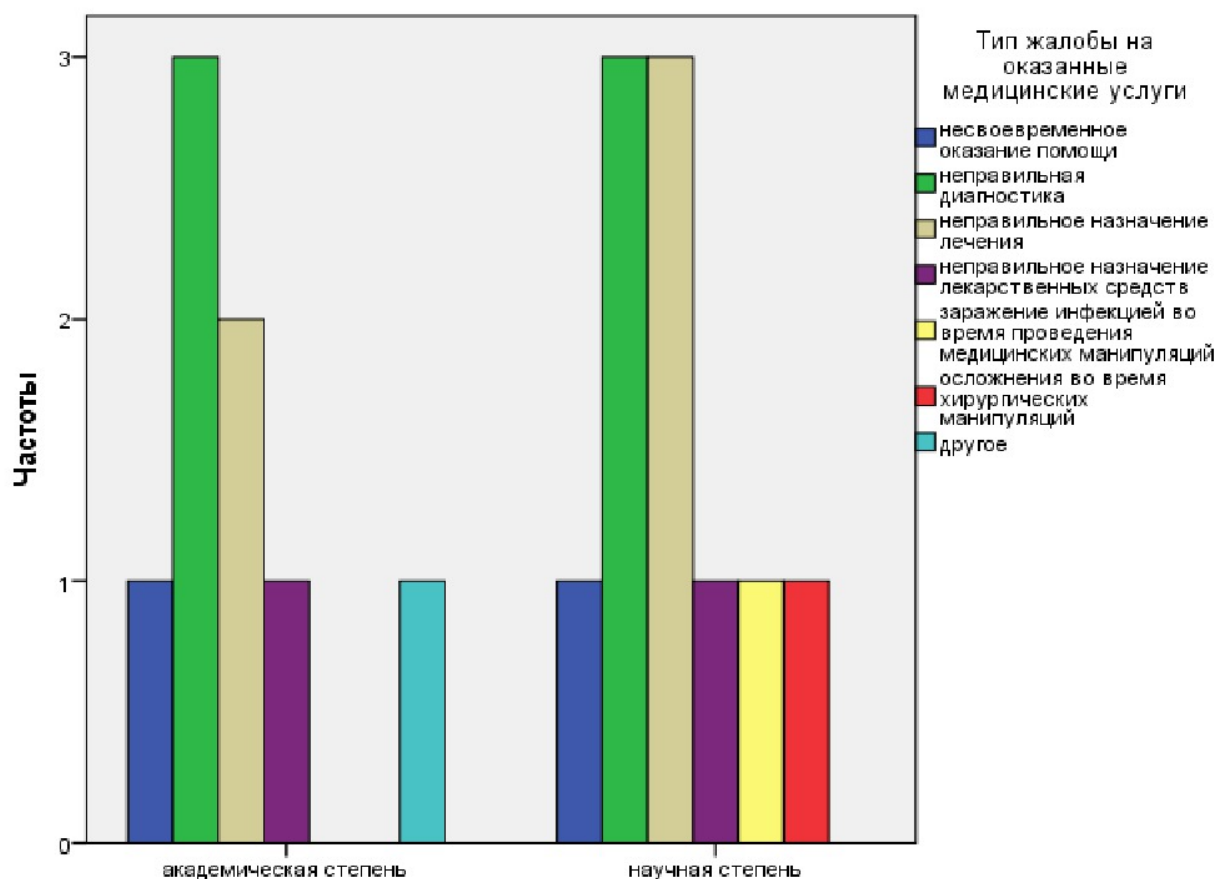


Рисунок 13 – Структура жалоб на медицинскую помощь в разрезе уровня образования респондентов

Таблица 37 – Распределение ответов о специалисте, на которого жаловались респонденты

Специалист	Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
свой вариант	58	1,5	3,3	3,3
медицинская сестра	100	2,6	5,7	9,0
анестезиолог	30	,8	1,7	10,7
хирург	231	6,1	13,1	23,8
акушер-гинеколог	260	6,9	14,8	38,5
педиатр	189	5,0	10,7	49,3
терапевт и акушер-гинеколог	13	0,3	0,7	50,0
терапевт и педиатр	12	0,3	0,7	50,7
терапевт	472	12,5	26,8	77,5
стоматолог и хирург	11	0,3	0,6	78,1
стоматолог и терапевт	12	0,3	0,7	78,8
стоматолог	374	9,9	21,2	100,0
Итого	1762	46,6	100,0	
Системные пропущенные	2019	53,4		
Итого	3781	100,0		



Рисунок 14 – Распределение ответов респондентов о специалисте, на которого жаловались они или их родственники

По данным рисунка 15 выяснилось, что мужчины больше жалуются на терапевта, стоматолога, хирурга. А у женщин в тройку специалистов медицинских работников, которые стали основанием их жалобы входят терапевт, стоматолог и акушер-гинеколог.

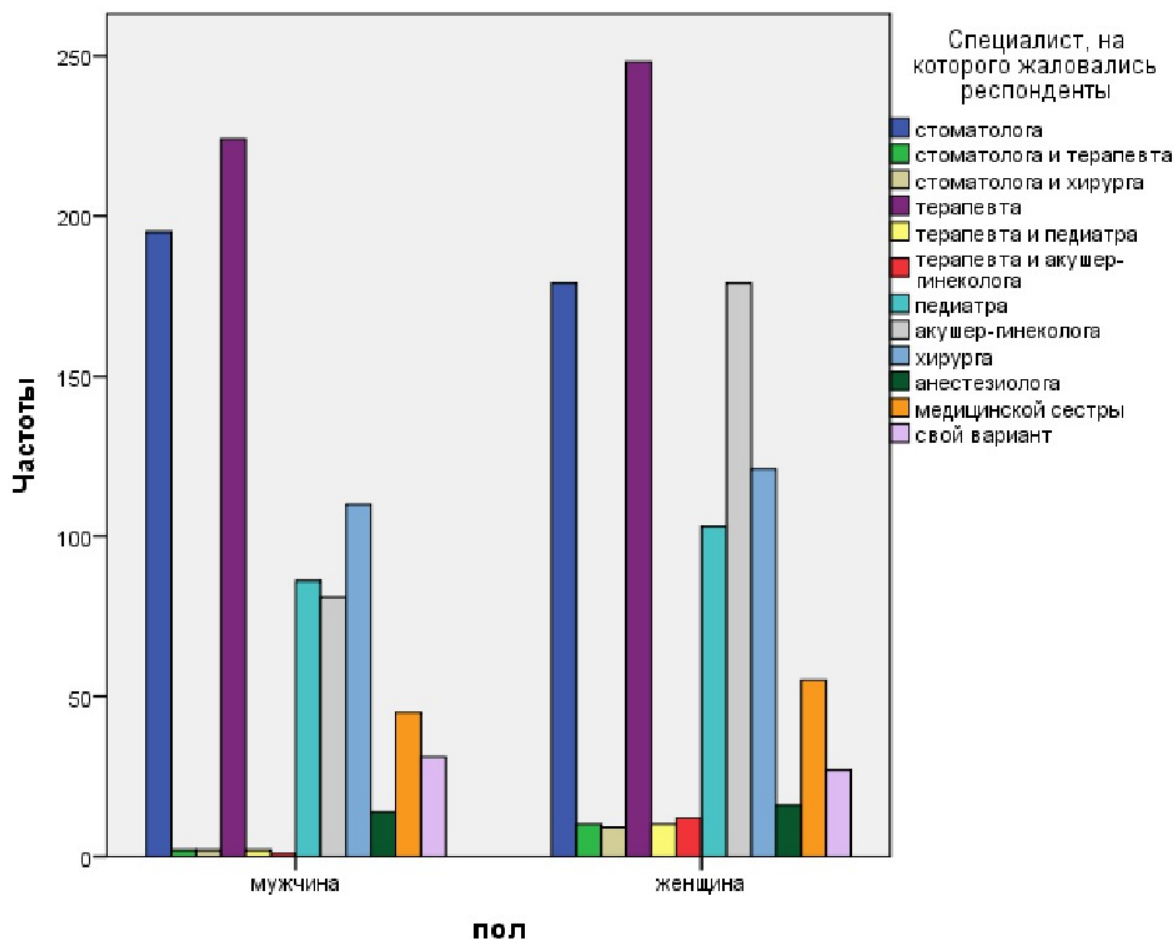


Рисунок 15 – Распределение ответов о специалисте, на которого жалуются мужчины и женщины

В качестве другого варианта при ответе на вопрос о специалисте, на которого жаловались, респонденты чаще всего отмечали уролога, невропатолога, врача скорой помощи и отоларинголога.

Также интересным в целях исследования является ответ уполномоченных органов на жалобу по поводу причинения вреда здоровью пациента. Около 60% респондентов пропустили данный вопрос, возможно из-за того, что они не обращались никуда по поводу жалобы или у них не было подобной жалобы.

Среди ответивших на данный вопрос (1558 опрошенных) 38,2% респондентов утверждают, что им обещали разобраться с жалобой, но никаких действий не было. 35% респондентов получили ответ в форме извинения со стороны виновного медицинского сотрудника. И только в 15% случаях было осуществлено наказание виновного медицинского работника в результате жалобы. 6% респондентов возместили причиненный вред (таблица 38).



Таблица 38 – Распределение ответов о жалобах по поводу причинения вреда здоровью пациента по вине медицинского работника

Вопрос	Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Другое	82	2,2	5,3	5,3
возместили причиненный вред здоровью	93	2,5	6,0	11,2
наказали виновного медицинского работника	233	6,2	15,0	26,2
принесли извинения за случившееся	545	14,4	35,0	61,2
принесли извинения и обещали в рассмотрении жалобы	10	0,3	0,6	61,8
обещали в рассмотрении жалобы	595	15,7	38,2	100,0
Итого	1558	41,2	100,0	
Системные пропущенные	2223	58,8		
Итого	3781	100,0		

Таблица 39 – Распределение ответов о жалобах по поводу причинения вреда здоровью пациента по вине медицинского работника в разрезе регионов

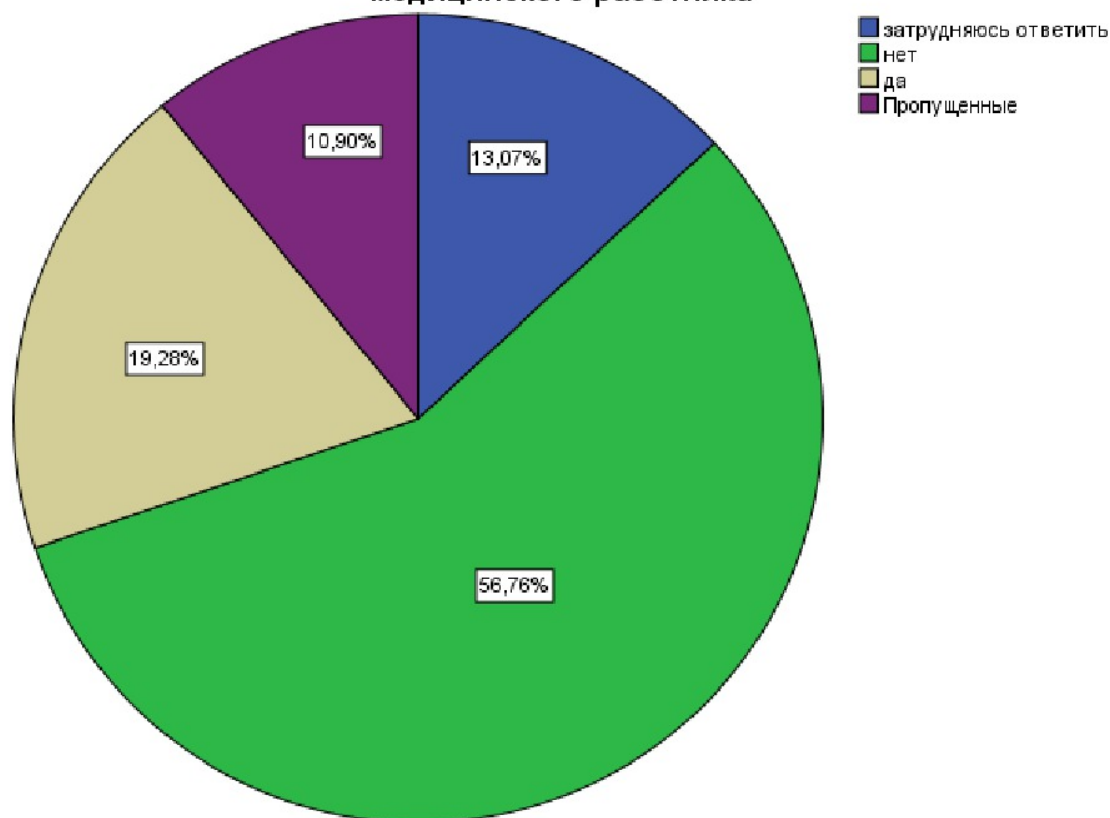
Регион	Ответ на жалобу по поводу причинения вреда здоровью пациента по вине медицинского работника						Итого
	обещали в рассмотрении жалобы	принесли извинения и обещали в рассмотрении жалобы	принесли извинения за случившееся	наказали виновного медицинского работника	возместил и причиненный вред здоровью	другое	
Акмолинская область	31,0%		35,6%	8,0%	1,1%	24,1%	100,0
Актюбинская область	29,7%	2,7%	43,2%	13,5%	10,8%		100,0
Атырауская область	31,1%		18,9%	10,4%	2,8%	36,8%	100,0
Алматинская область	44,7%	2,7%	34,0%	12,7%	6,0%		100,0
ВКО	56,6%		31,3%	10,1%	2,0%		100,0
Жамбылская область	39,0%		58,0%	2,0%	1,0%		100,0
ЗКО	53,8%		34,6%	3,8%		7,7%	100,0
Карагандинская область	43,4%	1,8%	30,1%	22,1%	2,7%		100,0
Костанайская область	42,2%		40,0%	13,3%	4,4%		100,0
Кызылординская область	25,5%		48,9%	11,7%	11,7%	2,1%	100,0
Мангистауская область	34,0%		42,0%	12,0%	8,0%	4,0%	100,0
Павлодарская область	35,3%		41,2%	23,5%			100,0
СКО	41,5%		24,4%	14,6%	4,9%	14,6%	100,0
ЮКО	35,7%		27,6%	25,1%	11,6%		100,0
г. Алматы	34,4%	1,6%	46,4%	13,6%	4,0%		100,0
г. Астана	38,2%	1,8%	34,5%	9,1%	1,8%	14,5%	100,0
Итого	38,2%	0,6%	35,0%	15,0%	6,0%	5,3%	100,0



По мнению опрошенных лиц, в ответ на жалобу пациентов на виновного медицинского работника чаще всего среди регионов Казахстана наказывают медицинских работников в Южно-Казахстанской области (25% респондентов отметили данный вариант), в Павлодарской области (23,5%) и в Карагандинской области (22%) (таблица 39).

Возмещения причиненного вреда добиваются пострадавшие пациенты в Кызылординской области (11,7%), Южно-Казахстанской области (11,6%) и Актюбинской области (10,8%).

**Приходилось ли Вам тратить личные денежные средства на устранение последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинского работника**



**Рисунок 16 – Структура ответов на вопрос: Приходилось ли Вам тратить личные денежные средства на устранение последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинского работника?**

По информации рисунка 16, лишь 19,3% респондентов пришлось тратить личные денежные средства на устранение последствий, вызванных некорректными действиями медицинского работника.

75% респондентов Павлодарской области пришлось тратить личные средства на устранение последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинского работника, 38% жителей столицы также

подтверждают факт расходования собственных средств на восстановление здоровья. С ними солидарны около 34% жителей Восточно-Казахстанской и Западно-Казахстанской областей (таблица 40).

Таблица 40 – Структура ответов на вопрос: Приходилось ли Вам тратить личные денежные средства на устранение последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинского работника? в разрезе регионов

	Приходилось ли Вам тратить личные денежные средства на устранение последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинского работника			Итого
	да	нет	затрудняюсь ответить	
Акмолинская область	20,8%	62,9%	16,4%	100,0%
Актюбинская область	19,7%	71,9%	8,4%	100,0%
Атырауская область	12,2%	77,4%	10,4%	100,0%
Алматинская область	15,4%	48,0%	36,6%	100,0%
Восточно-Казахстанская область	34,7%	65,3%		100,0%
Жамбылская область	14,3%	72,2%	13,5%	100,0%
Западно-Казахстанская область	33,9%	66,1%		100,0%
Карагандинская область	18,2%	58,9%	22,9%	100,0%
Костанайская область	24,4%	69,4%	6,1%	100,0%
Кызылординская область	13,8%	80,0%	6,2%	100,0%
Мангистауская область	21,8%	62,2%	16,0%	100,0%
Павлодарская область	75,0%	25,0%		100,0%
Северо-Казахстанская область	15,8%	70,8%	13,3%	100,0%
Южно-Казахстанская область	22,3%	59,7%	18,1%	100,0%
г. Алматы	19,1%	66,4%	14,5%	100,0%
г. Астана	38,4%	61,6%		100,0%
Итого	21,6%	63,7%	14,7%	100,0%

Объем потраченных личных средств пациентов был уточнен в следующем вопросе анкеты. На данный вопрос ответили лишь около 40% опрошенных лиц. Большинство населения (10,5%) тратили свои средства в объеме от 1 до 5 тыс. тенге. 9% респондентов утверждают, что тратили на восстановление здоровья средства от 20 тыс. тенге и выше (рисунок 17).

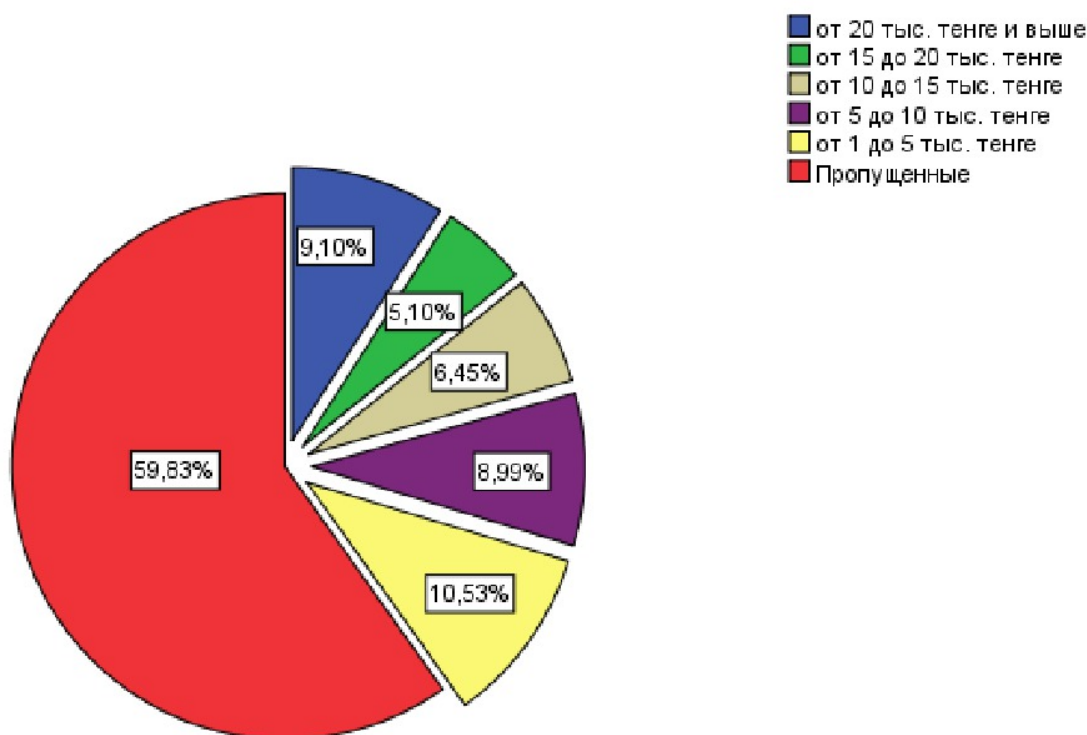


Рисунок 17 – Объем потраченных личных средств респондентов на восстановление здоровья, пострадавшего вследствие вины медицинского работника

Значимым вопросом также в целях исследования является определение того, куда обращаются пациенты для устранения последствий вреда, причиненного его здоровью по вине медицинского работника.

Чаще всего респонденты обращаются в медицинскую организацию, где причинили вред его здоровью к виновному специалисту или к другому специалисту. Следующим в списке по популярности обращений пациентов стоят частные медицинские организации, куда обращаются около 9% респондентов (рисунок 18).

Кроме того следует отметить наличие ответов опрошенных когда они отмечали факты обращения в медицинские организации других государств. Южные регионы обращаются в медицинские организации г. Ташкент. А жители севера и востока Республики в медицинские учреждения Российской Федерации.

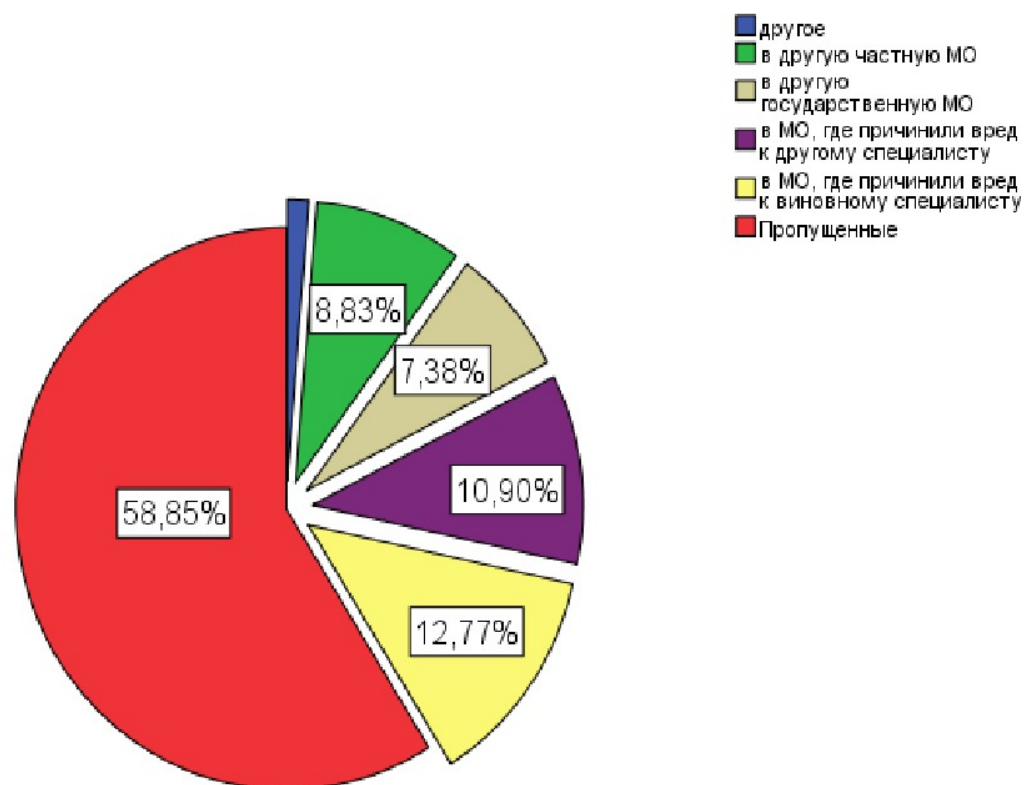


Рисунок 18 – Распределение ответов респондентов на вопрос о том, куда они обращались для устранения последствий причиненного вреда здоровью медицинским работником

Для устранения последствий вреда причиненного здоровью медицинским работником жители Павлодарской области (75%), Западно-Казахстанской области (55%), г. Астаны (40%), г. Алматы (35,5%) предпочитают обращаться в частные клиники.

В другое государственное медицинское учреждение обращаются респонденты Восточно-Казахстанской области (34%), Северо-Казахстанской и Мангистауской областей (около 30%) (таблица 41).

Только около 11% опрошенного населения требовали возмещения вреда причиненного его здоровью медицинским работником и 7% респондентов получили возмещение потраченных средств. Более 50% респондентов даже и не думали о возмещении (рисунок 19).

Таблица 41 – Распределение ответов на вопрос: Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинских работников? в разрезе регионов

Регион	Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинских работников?					Итого
	в МО, где причинили вред к виновному специалисту	в МО, где причинили вред к другому специалисту	в другую государственную МО	в другую частную МО	другое	
Акмолинская область	32,8%	27,9%	13,1%	16,4%	9,8%	100,0%
Актюбинская область	17,1%	28,6%	20,0%	34,3%		100,0%
Атырауская область	33,3%	11,8%	15,7%	16,7%	22,5%	100,0%
Алматинская область	51,3%	21,8%	12,2%	14,7%		100,0%
Восточно-Казахстанская область	8,1%	29,8%	33,8%	28,3%		100,0%
Жамбылская область	52,2%	17,4%	16,3%	14,1%		100,0%
Западно-Казахстанская область	14,3%	16,7%	7,1%	54,8%	7,1%	100,0%
Карагандинская область	34,1%	15,3%	18,8%	31,8%		100,0%
Костанайская область	25,9%	31,5%	13,0%	29,6%		100,0%
Кызылординская область	41,6%	28,1%	7,9%	7,9%	14,6%	100,0%
Мангистауская область	21,3%	21,3%	29,8%	27,7%		100,0%
Павлодарская область	12,5%		12,5%	75,0%		100,0%
Северо-Казахстанская область	30,4%	30,4%	30,4%	4,3%	4,3%	100,0%
Южно-Казахстанская область	34,2%	41,0%	13,4%	11,4%		100,0%
г. Алматы	29,1%	12,7%	22,7%	35,5%		100,0%
г. Астана	13,7%	17,6%	25,5%	39,2%	3,9%	100,0%
Итого	31,0%	26,5%	17,9%	21,5%	3,1%	100,0%



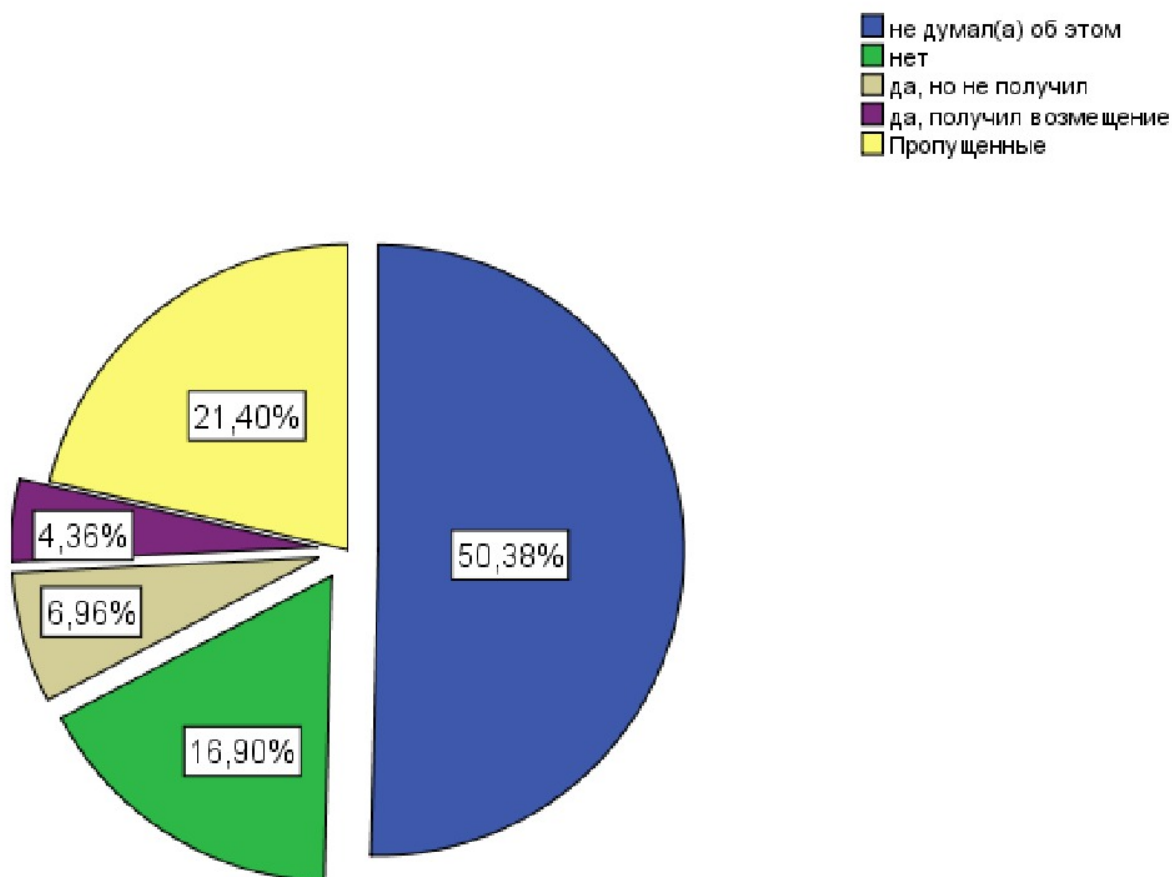


Рисунок 19 – Структура ответов на вопрос: Требовали ли Вы возмещения потраченных личных средств на восстановление здоровья?

Объем суммы, возмещенной пациенту, был уточнен в вопросе анкеты. 10% всех респондентов получили возмещение до 10 тыс. тенге. Кроме того, выяснилось, что есть случаи, когда пациенту возмещали причиненный вред в сумме более 100 тыс. тенге (2,2% случаев) (таблица 42).

Таблица 42 – Распределение ответов на вопрос: В каком объеме Вам возместили причиненный вред?

Вопрос	Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
от 100 тыс. тенге и выше	83	2,2	9,1	9,1
от 30 до 100 тыс. тенге	177	4,7	19,4	28,5
от 10 до 30 тыс. тенге	280	7,4	30,7	59,1
до 10 тыс. тенге	373	9,9	40,9	100,0
Итого	913	24,1	100,0	
Системные пропущенные	2868	75,9		
	3781	100,0		



По итогам проведенного социологического опроса можно констатировать факт солидарности населения Республики Казахстан с медицинскими работниками, которые поддерживают введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников. 58% опрошенного населения относятся положительно на страхование ответственности медицинских работников, около 28% заявили о своем нейтральном отношении к данному вопросу, в то время как 12% населения против внедрения в нашей стране такого вида страхования (рисунок 20).

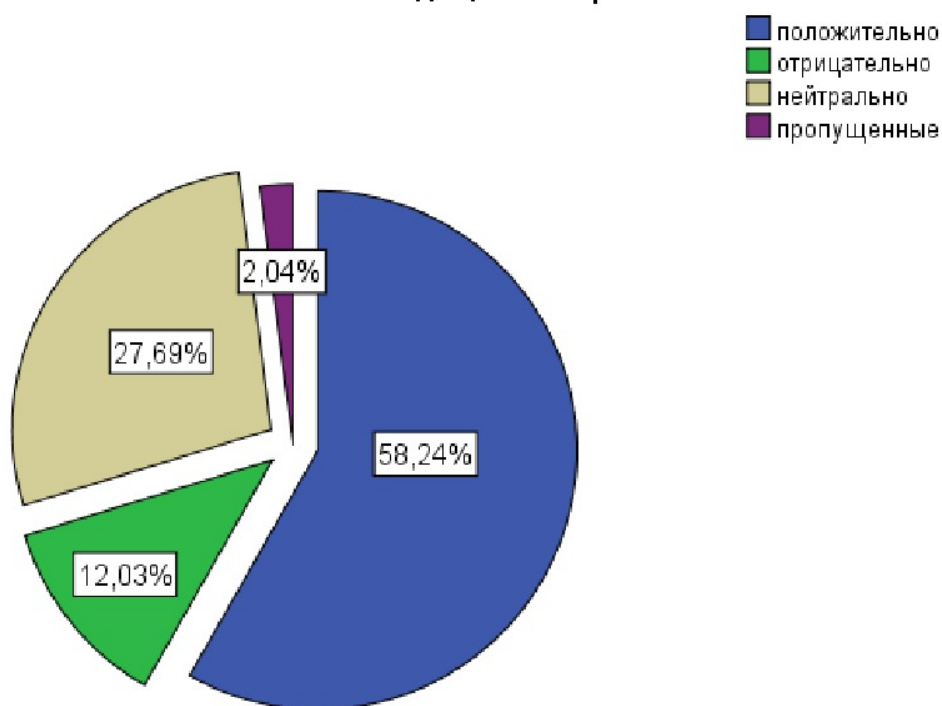


Рисунок 20 - Отношение населения на введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Вопрос о форме страхования профессиональной ответственности медицинских работников был уточнен у населения, поскольку в случае внедрения данного нововведения одним из основных участников страховых отношений будут выступать пациенты в лице граждан Республики. 5% населения предпочли не отвечать на данный вопрос. А среди выразивших свое мнение по данному поводу респондентов 39,4% населения выступают за создание фонда гарантирования ответственности работников здравоохранения, 27,5% опрошенных лиц считают приемлемым страхование смешанной формы (таблица 43).

20% респондентов думают, что лучше всего осуществить страхование профессиональной ответственности с использованием частных страховых компаний. 13% опрошенных выступают за создание профессиональной ассоциации медицинских работников.

Таблица 43 – Распределение ответов о форме страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Вопрос	Абс. число	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения	1414	37,4	39,4	39,4
частные страховые компании	714	18,9	19,9	59,4
профессиональная ассоциация медицинских работников	471	12,5	13,1	72,5
смешанная форма	986	26,1	27,5	100,0
Итого	3585	94,8	100,0	
Системные пропущенные	196	5,2		
	3781	100,0		

Без сомнения необходимо определить мнение населения об органе, который будет определять степень вины медицинского работника. Так по результатам проведенного опроса выяснилось, что 44,5% респондентов считают правильным привлечение для решения данного вопроса независимую экспертную комиссию. Около 28,5% населения считают целесообразным определение вины с помощью судебных органов, а 24,5% думают, что вина медицинского работника должна быть определена медицинским учреждением в лице главного врача (рисунок 21).

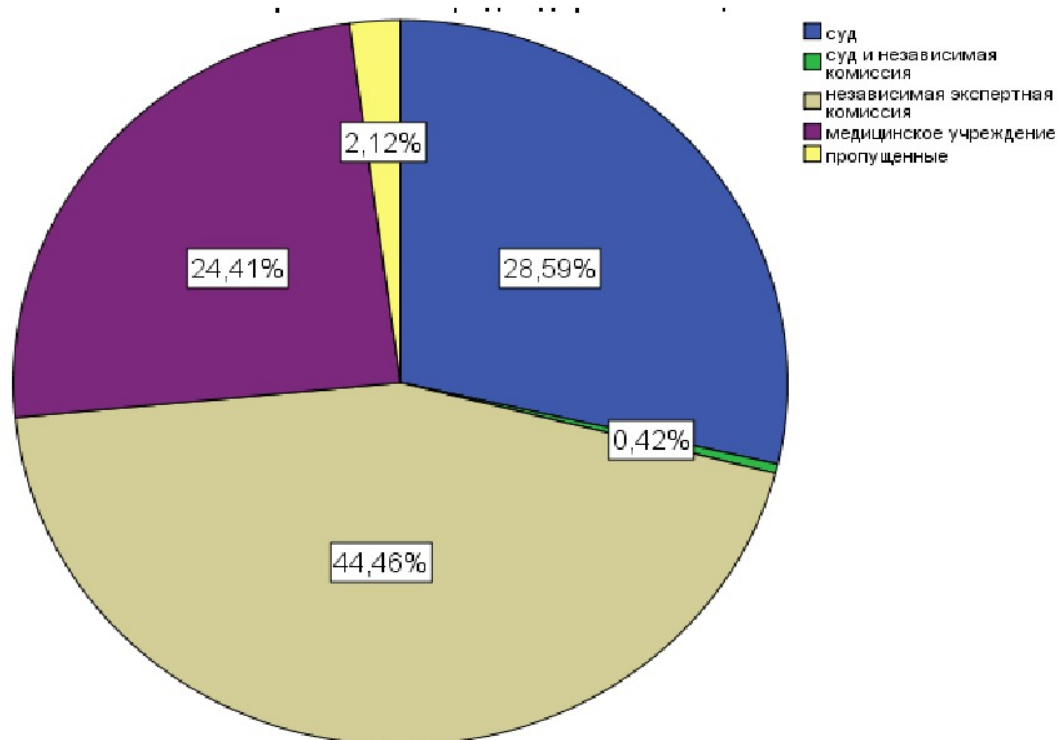


Рисунок 21 - Мнение респондентов об органе, который будет определять вину медицинского работника

Интересным является рассмотрение распределение мнения респондентов об органе, определяющим вину медицинского работника, которые получили или не получили возмещения вреда причиненного его здоровью. Так большинство тех, кто требовал возмещения и получил его, считают, что вину должны определить органы судебной системы (35,8% и 38,4%, соответственное).

А те же респонденты, которые не требовали возмещения, считают целесообразным рассмотрению данного дела независимой экспертной комиссией (таблица 44).

Таблица 44 – Распределение ответов на вопросы: Требовали ли Вы возмещения вреда здоровью или потраченных средств на восстановление здоровья вследствие вины медицинских работников и Какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента?

Вопрос	Какой орган должен определить вину медицинского работника при причинении вреда здоровью пациента					Итого
	суд	суд и независимая комиссия	суд и медицинское учреждение	независимая экспертная комиссия	медицинское учреждение	
да, получил возмещение	38,4			29,9%	31,7%	100,0 %
да, но не получил	35,8			33,8%	30,4%	100,0 %
Нет	35,5	0,9%		42,6%	20,9%	100,0 %
не думал(а) об этом	27,2	0,3%	0,1%	44,1%	28,3%	100,0 %
Итого	30,4	0,4%	0,0%	42,1%	27,1%	100,0 %

Таким образом, проблему возникновения осложнений у пациента по вине медицинского работника считают актуальной 55% медицинских работников и 49% населения, очень актуально 20% медицинских работников и 26% граждан страны.

По результатам проведенного социологического исследования выяснилось, что в целом решение о введении в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников поддерживается обществом: 57,2% медицинских работников и 58,2% населения.

Медицинские работники считают, что страхование профессиональной ответственности должно быть обязательным. Так за обязательность страхования выступают 61,1% медицинских работников.

По форме страхования мнения населения и медицинских работников разделились. Медицинские работники большинством голосов выступают за смешанную форму страхования (33%), профессиональную ассоциацию выбрали около 30% респондентов, а фонд гарантирования ответственности работников

здравоохранения в лице государства поддерживают 29% опрошенных лиц. А население, прежде всего, выступает за фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства (39,4%), 27,5% респондентов считают приемлемым смешанную форму страхования, 20% населения думаю о привлечения для данной формы страхования частных страховых компании.

В то время, как только 13% граждан задумываются о страховании ответственности медицинских работников посредством профессиональной ассоциации медицинских работников.

Мнения медицинских работников и населения совпадают по поводу органа, который должен определить вину медицинского работника, и соответственно, принять решение о выплате компенсации. 44,6% населения выступают за независимую квалифицированную комиссию и солидарны с ними 70% медицинских работников. Судебные органы поддерживаются 28,6% граждан, в то время, как только 9% медицинских работников отдают предпочтения им.

Социологический опрос оценил готовность медицинских работников осуществлять взносы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. 10% врачей и СМР готовы полностью взять на себя приобретение страховки, а еще 48% медицинских работников готовы платить за страхование на условиях распределения расходов между ними и медицинским учреждением на 50%.

### **3.3 Социологические аспекты клинической практики**

По специально разработанной анкете в сентябре 2013 года опрошено 445 преподавателей и студентов клинических кафедр Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, что составило 28,2% от общей численности ППС университета.

Среди заполнивших анкеты оказались 2,9% заведующих кафедрами, 9,7% профессоров, 26,7% доцентов, 60% ассистентов, 0,7% интернов, резидентов (рисунок 22).

Распределение респондентов по полу в целом отражает гендерную структуру, характерную для системы здравоохранения: 66,5% женщин и 33,5% мужчин.

В возрастной структуре опрошенных преобладали лица в возрасте 40-49 лет (29%), далее следовали: 50-59 лет (21,6%), 30-39 лет (20,9%), 60-65 лет (10,3%). Оказалось поровну лиц самой младшей (до 30 лет) и самой старшей (старше 65 лет) групп (рисунок 23).

По специальности респонденты распределились следующим образом: внутренние болезни – 28,5%, хирургия – 19,3%, стоматология – 13,1%, акушерство и гинекология – 10,1%, педиатрия – 9,9%, другое – 19,1% (рисунок 24).

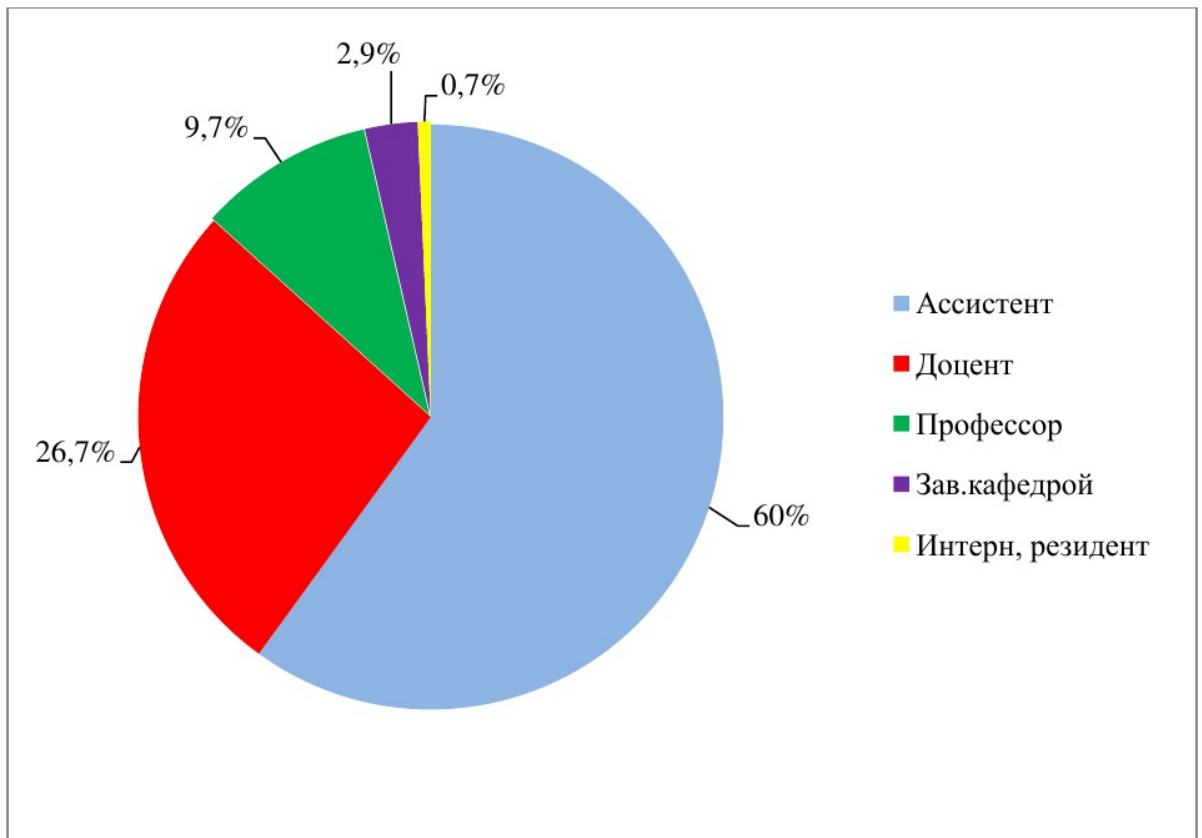


Рисунок 22 – Распределение респондентов по занимаемой должности (в %)

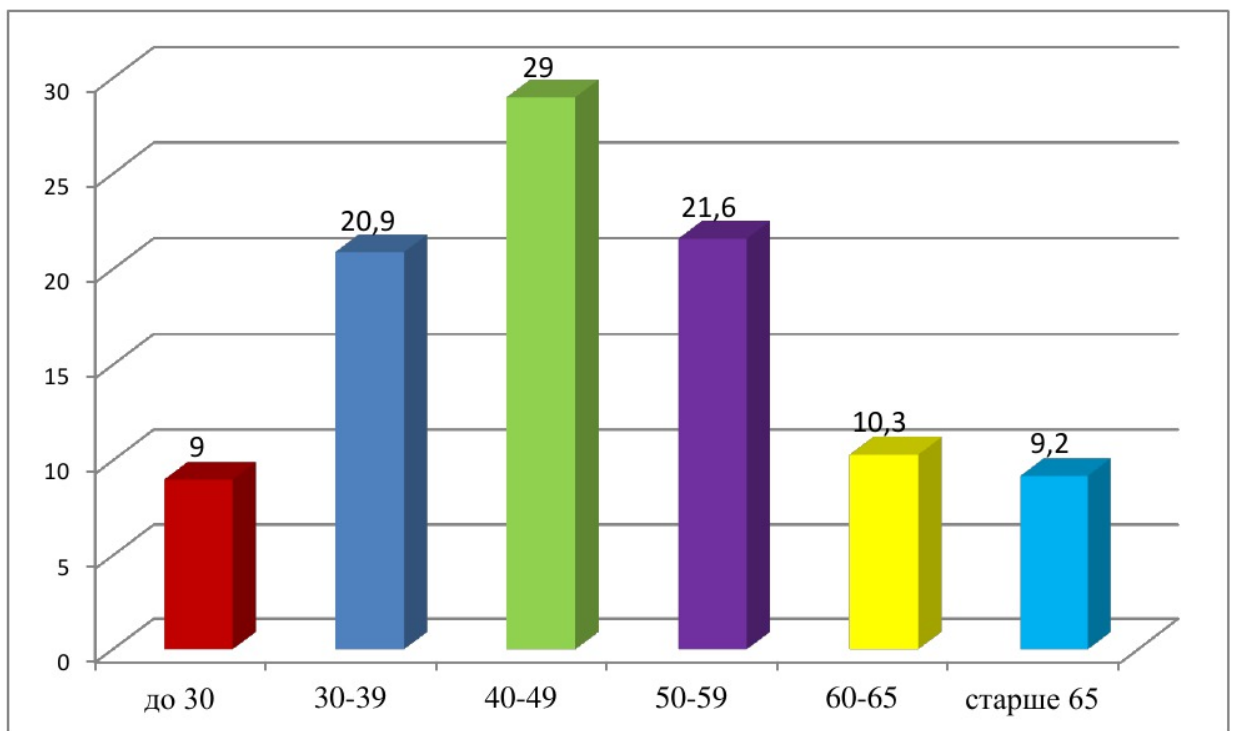


Рисунок 23 – Распределение респондентов по возрастным группам (в %)



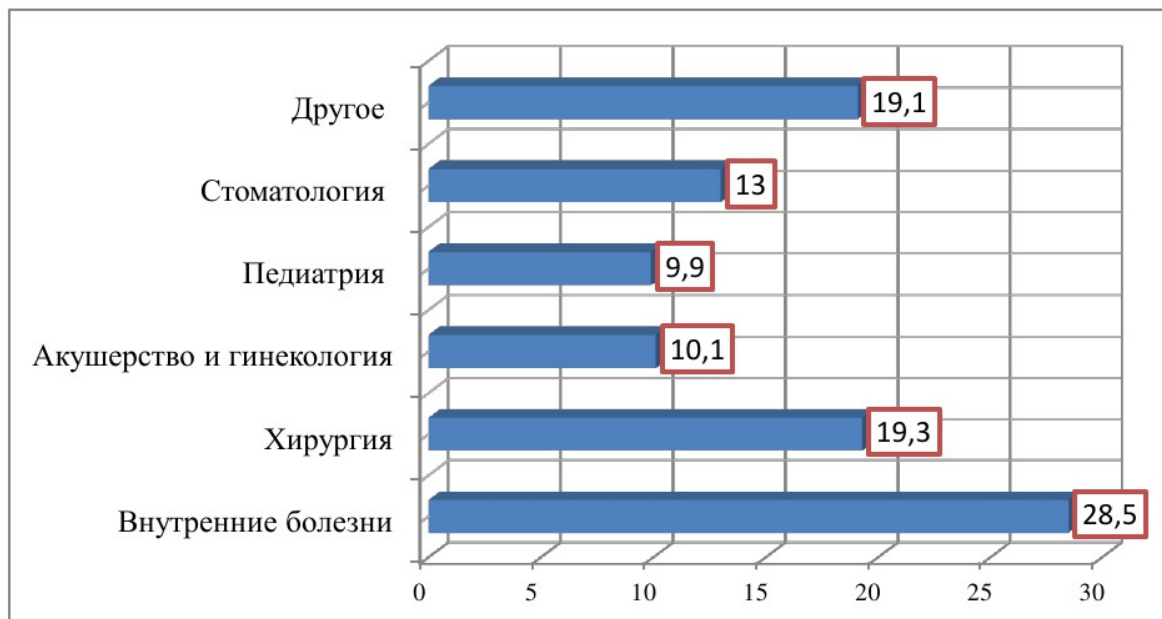


Рисунок 24 – Распределение респондентов по специальностям (в %)

Наличие высокого профессионального, учебно-методического и жизненного потенциала респондентов подтверждается квалификацией и стажем работы.

Высшую квалификационную категорию имеют 53,3% опрошенных, первую – 14,4%, вторую – 5,8%; не имеют квалификационной категории 26,5% (рисунок 25).

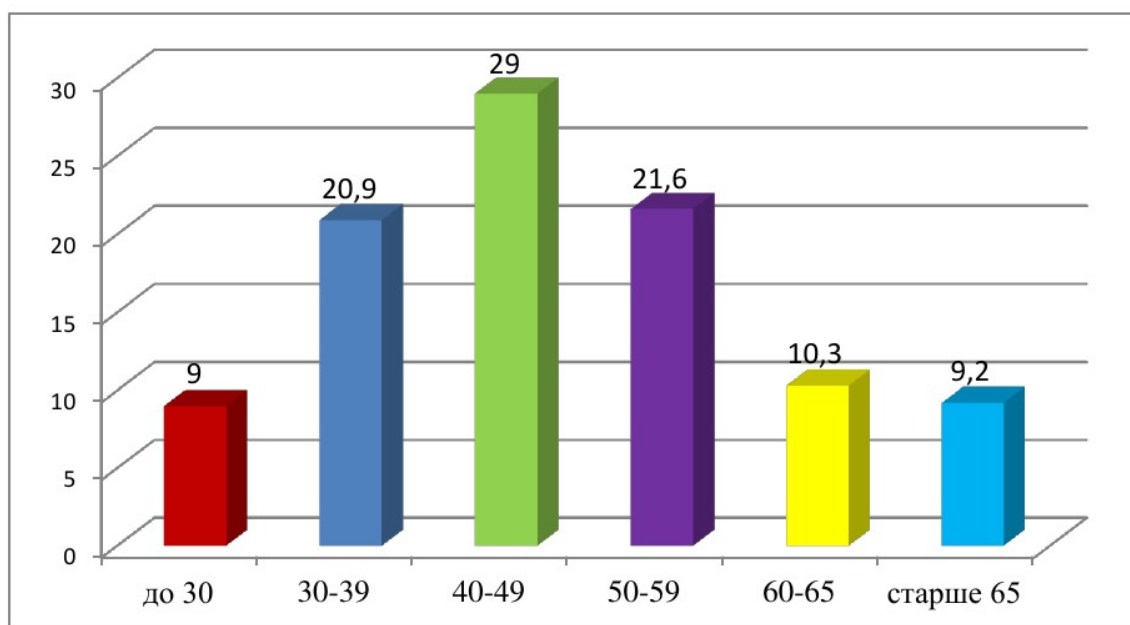


Рисунок 25 – Распределение респондентов по квалификации (в %)



Среди ППС нет лиц, имеющих общий трудовой стаж менее года, у 6,7% он исчисляется 1-3 годами, у 15,5% – 4-9 лет. Наибольшее число преподавателей имеет стаж 20 и более лет (41,1%). Остальные – по 15-19 лет (21,1%) и 10-14 лет (15,3%) (рисунок 26).

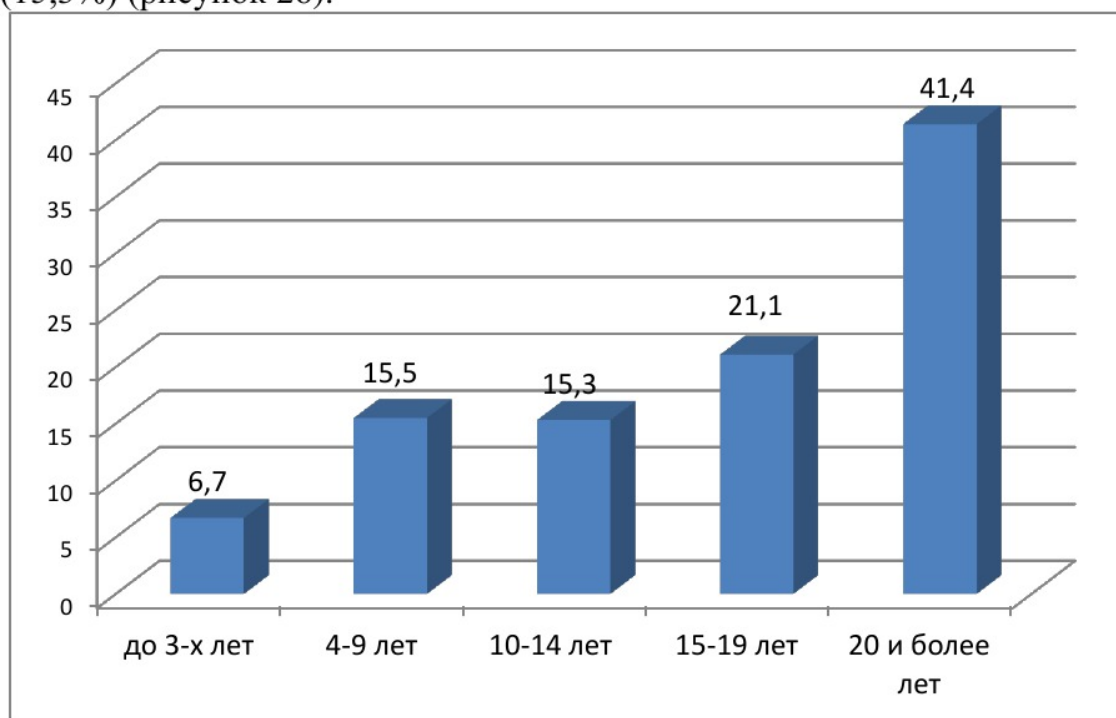


Рисунок 26 – Распределение респондентов по трудовому стажу (в %)

На вопрос: «Достаточно ли внимания уделяет государство, общество медицинским работникам, их нуждам?» абсолютное большинство (95,1%) ответили, что недостаточно (63,8%) и крайне недостаточно (31,2%). Достаточное внимание государства и общества отмечают лишь 4,9% (рисунок 27).

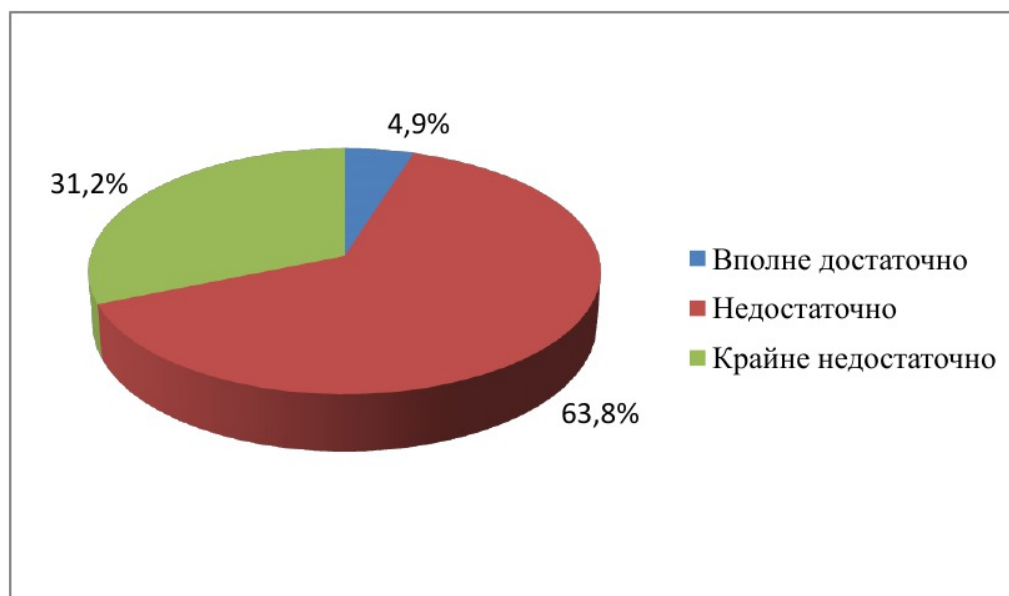


Рисунок 27 – Распределение ответов на вопрос: «Достаточно ли внимания уделяет государство, общество медицинским работникам, их нуждам?» (в %)

Характеризуя свой труд (таблица 45), преподаватели сошлись во мнении, что их работа отличается высокой умственной (70,1%) и нервной (67,6%) нагрузками. 89,9% отмечают наличие профессионального риска для здоровья, в том числе около половины (47,6%) – высокого риска. Физическая нагрузка же характеризуется как высокая 40,4% преподавателями. Оценивая собственную свободу действий, не чувствует ограничений только пятая часть (20,2%) опрошенных.

Таблица 45 – Оценка респондентами характера клинической практики (в %)

Характер клинической практики	Высокая	Средняя	Низкая	Всего
Физическая нагрузка	40,4	46,1	13,5	100,0
Умственная нагрузка	70,3	24,9	4,7	100,0
Нервное напряжение	67,6	26,1	6,3	100,0
Степень свободы действий	20,2	48,8	31,0	100,0
Степень риска для здоровья	47,6	42,2	10,1	100,0

Давая данную оценку оплате своего труда,  $\frac{3}{4}$  врачей считают его оплату несправедливой (27,2%) и не совсем справедливой (49,4%). Меньшая часть (23,9%) оценила оплату труда справедливой (9%) и в основном справедливой (14,4%).

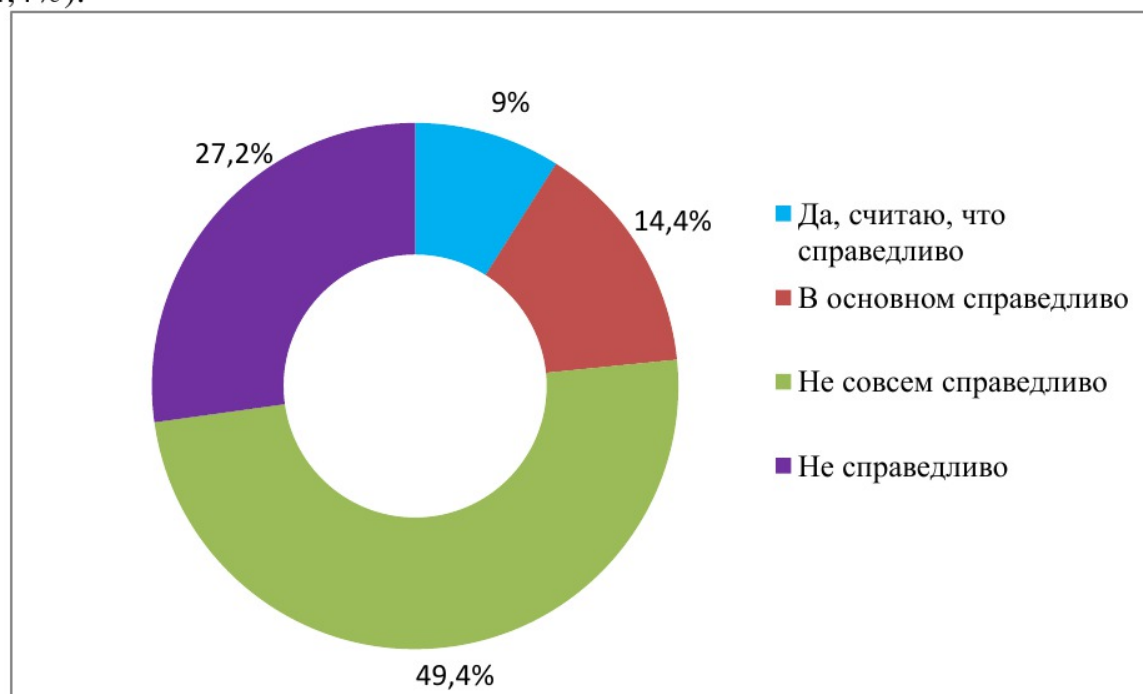


Рисунок 28 – Распределение оценок респондентов об оплате своего труда (в %)

Респонденты признают деятельность администрации, профсоюзной организации своего учреждения в защите прав и интересов сотрудников, признавая ее значительной (10,3%) и незначительной (51,9%), не ощущают ее на себе – 37,8% (рисунок 29).

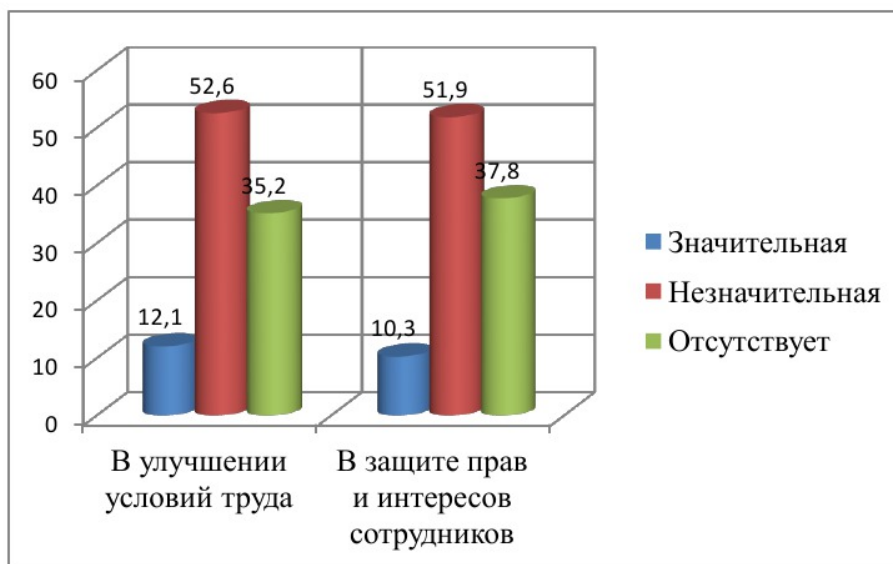


Рисунок 29 – Распределение оценок деятельности администрации, профкома (в %)

В целом, врачи положительно характеризуют условия своей клинической практики (таблица 46).

Таблица 46 – Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете условия своей клинической практики» (в %)

Условия своей клинической практики	В полном объеме	В ограниченном объеме	Практически не имеется	Итого
Условия для реализации своих способностей, навыков, опыта	31,7	62,7	5,6	100,0
Оборудование, необходимое для диагностики и лечения больных своего профиля	22,5	59,1	18,4	100,0
Санитарно-гигиенические условия пребывания больных	36,2	53,9	9,9	100,0
Обеспеченность медикаментами	21,8	64,7	13,5	100,0
Условия для профессионального роста	26,7	58,7	14,6	100,0

По оценкам врачей, можно ранжировать трудности в их трудовой деятельности: на первом месте – практическое отсутствие оборудования, необходимого для диагностики и лечения больных своего профиля (18,4%), на

втором – условий для профессионального роста (14,6%), на третьем – медикаментов (13,5%), на четвертом – санитарно-гигиенических условий пребывания и обслуживания больных (9,9%), и замыкает список – отсутствие условий для реализации своих способностей, навыков, опыта (5,6%).

Перечисленные проблемы создают определенные трудности в клинической практике. В результате, на вопрос: «Часто ли приходилось в вашей практике сталкиваться с ситуацией, когда Вы знаете, как помочь больному, но не можете этого сделать из-за каких-либо внешних условий», только 7,2% ответили, что не приходилось, а 21,6% – практически не приходилось. Остальные свидетельствуют, что приходилось очень часто (19,1%) и не часто (52,1%) (рисунок 30).



Рисунок 30 – Распределение ответов на вопрос: «Часто ли приходилось в вашей практике сталкиваться с ситуацией, когда Вы знаете, как помочь больному, но не можете этого сделать из-за каких-либо внешних условий» (в %)

Результаты опроса свидетельствуют о высокой степени профессионального контакта с пациентом (таблица 47), что, как предполагается, позволит избежать конфликтов в клинической практике.

Таблица 47 – Распределение ответов респондентов об личной практике информирования пациента (в %).



Информирование пациента	Всегда	Почти всегда	Иногда забываю	Никогда	Итого
Разъяснения по поводу диагноза	76,6	22,2	0,4	0,7	100,0
Информирование о плане лечения	74,2	23,1	1,3	1,3	100,0
Информирование о типичных рисках, связанных с лечением	69,4	27,4	2,2	0,9	100,0
Информирование о возможном воздействии лечения на качество жизни в будущем	62,0	33,3	3,1	1,6	100,0

Однако, несмотря на столь безупречную практику общения с пациентом, никто из опрошенных не избежал конфликтных ситуаций (таблица 48).

Таблица 48 – Частота конфликтных ситуаций в клинической практике опрошенных (в %)

	Постоянно	Часто	Иногда	Никогда	Итого
Устные претензии	2,9	11,5	45,4	40,2	100,0
Письменные жалобы	1,6	2,5	15,3	80,6	100,0
Судебные иски	1,3	2,0	9,4	87,2	100,0
Неуважительное отношение	1,6	7,0	34,6	56,8	100,0
Оскорбления	2,0	3,8	24,9	69,2	100,0
Агрессия	2,2	3,8	37,1	56,8	100,0

По свидетельству врачей, чаще всего им предъявляются устные претензии (59,8% опрошенных). Отмечают неуважительное отношение к себе (43,2%), столько же агрессию (43,2%). Подвергались оскорблениям – 30,8%. На 19,4% жаловались письменно, а на 12,8% врачей подавались судебные иски.

В создавшейся ситуации 41,1% врачей не ощущают собственную правовую защищенность. Чувствуют себя юридически защищенными 58,9%, в том числе в полной мере – 11%, в неполной – 47,9%.

Следующие вопросы анкеты посвящены изучению мнений преподавателей о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, о которой, как выяснилось, имеют представление более половины опрошенных (54,1%), остальные признались в практическом незнании вопроса (45,8%) и отсутствии малейшего представления (14,2%) (рисунок 31).

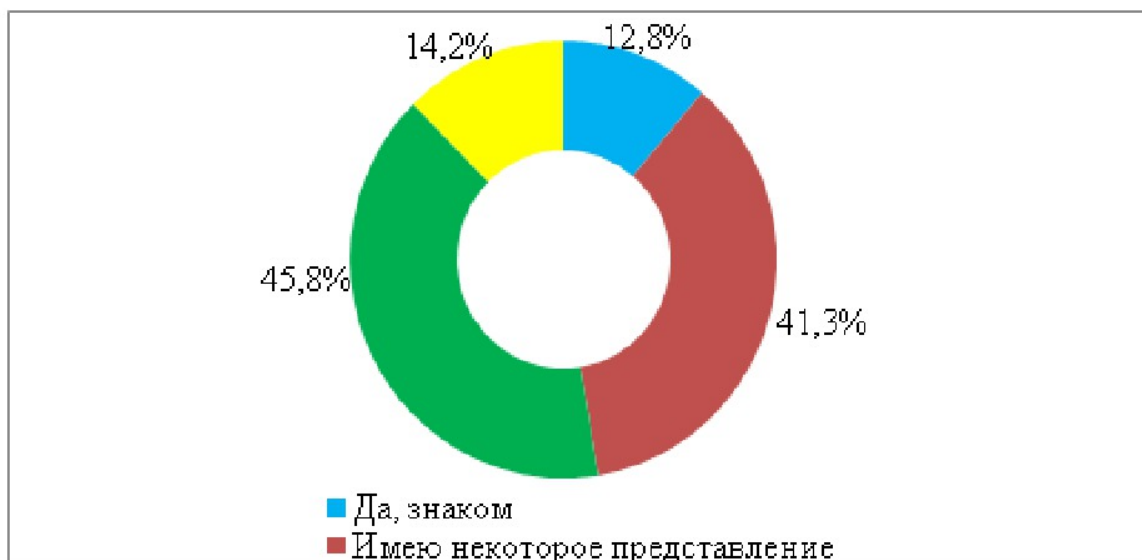


Рисунок 31 – Распределение ответов о наличии знаний по вопросу страхования профессиональной ответственности медицинских работников

К введению в Казахстане системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников положительно относятся 50,6%, отрицательно – 5,6%. Остальные (43,8%) пока не приняли решения и затрудняются ответить (рисунок 32).

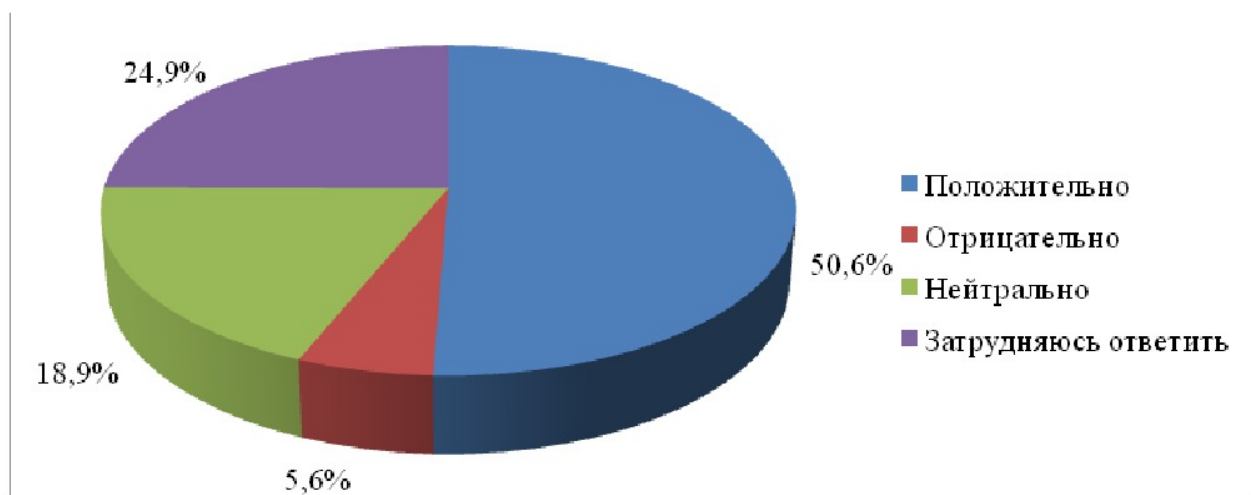


Рисунок 32 – Распределение ответов на вопрос о введении в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников (в %)

Более половины (57,1%) считают страхование профессиональной ответственности в нашей стране должно изначально иметь добровольную форму участия, 23,8% настаивают на обязательной форме, а 19,1% считают оптимальной смешанную форму.

В ответах на вопрос: «Кто может (должен) страховать профессиональную ответственность медицинских работников?» меньше всего считают, что



оплачивать страховку должен сам медицинский работник (8,1%). Считают, что страховать профессиональную ответственность медицинских работников является обязанностью работодателя 49,7%, государственных органов управления – 39,1%. Затруднились в выборе – 3,1% (рисунок 33).

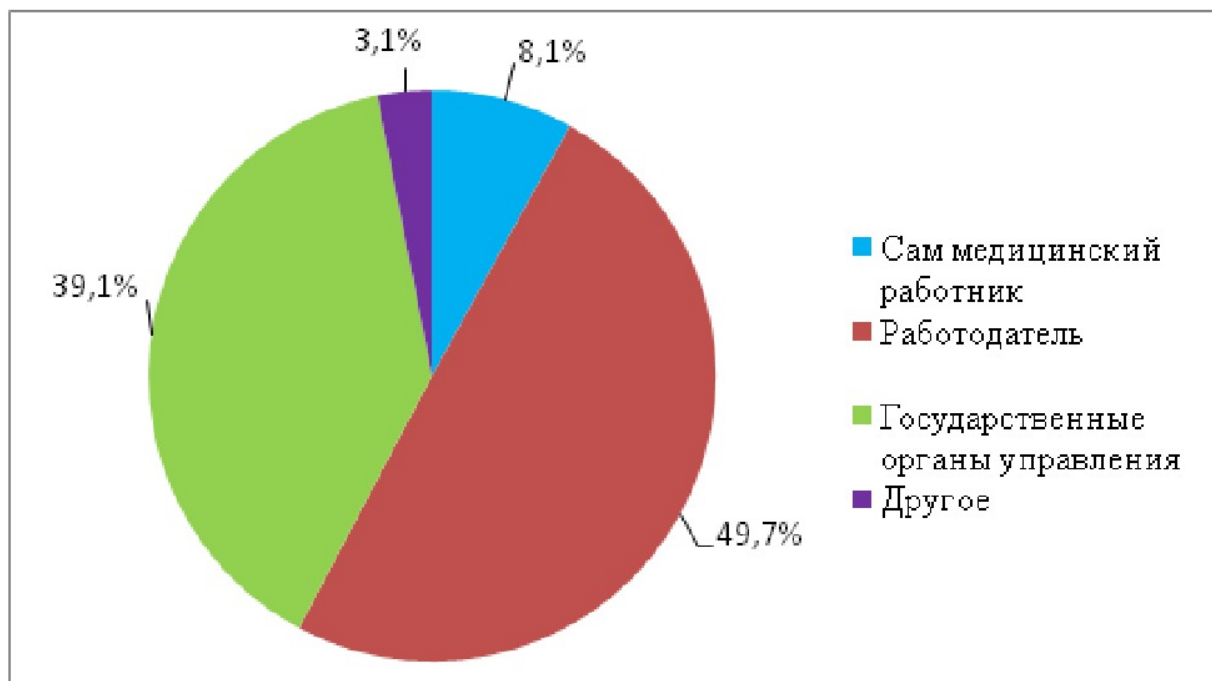


Рисунок 33 – Распределение ответов на вопрос, кто должен страховать профессиональную ответственность медицинских работников (в %)

Для осуществления деятельности по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников 31,7% опрошенных считают необходимым привлечь профессиональную ассоциацию; 27,7% – страховые компании. Необходимость создания специального фонда предлагают 21,1%. Затруднились ответить 19,8% (рисунок 34).

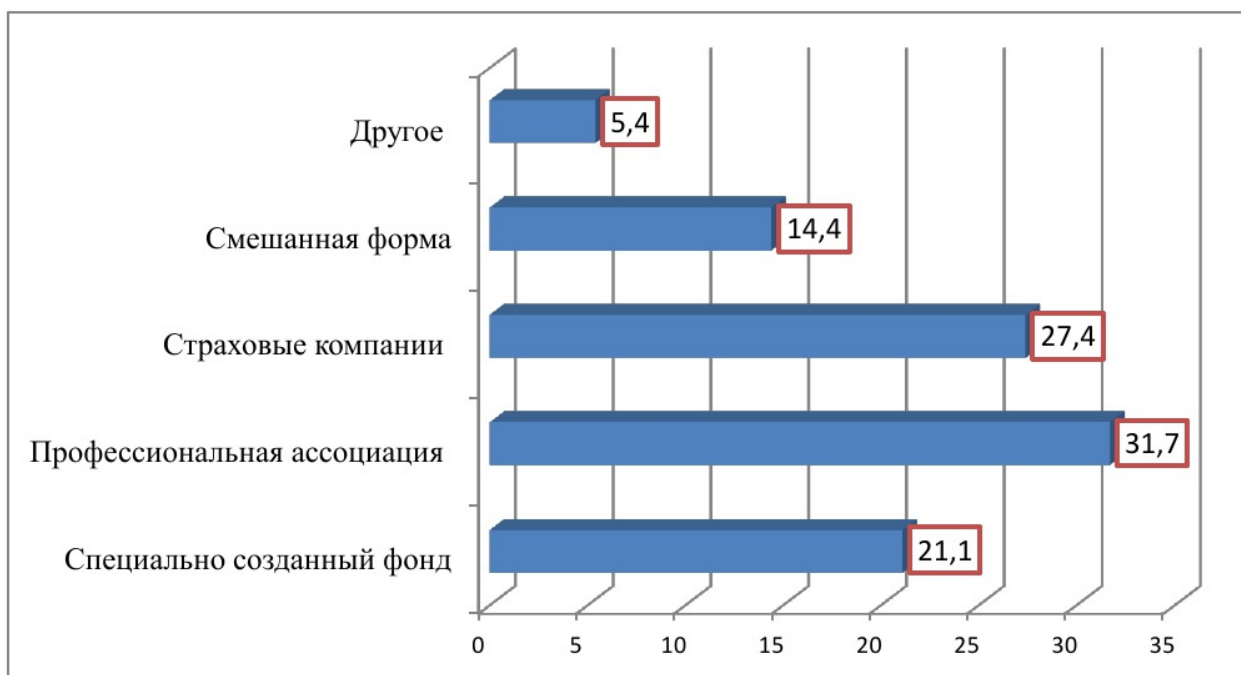


Рисунок 34 – Распределение ответов на вопрос, кто должен осуществлять профессиональную ответственность медицинских работников (в %)

Большинство опрошенных считают возможным выплачивать денежную компенсацию во всех доказанных случаях причинения вреда здоровью пациента (60,2%). Остальные ограничивают возможность выплаты денежных компенсаций только случаями понижения или утраты трудоспособности (23,8%) и смерти пациента (9,9%). Затруднились ответить – 6,1% (рисунок 35).

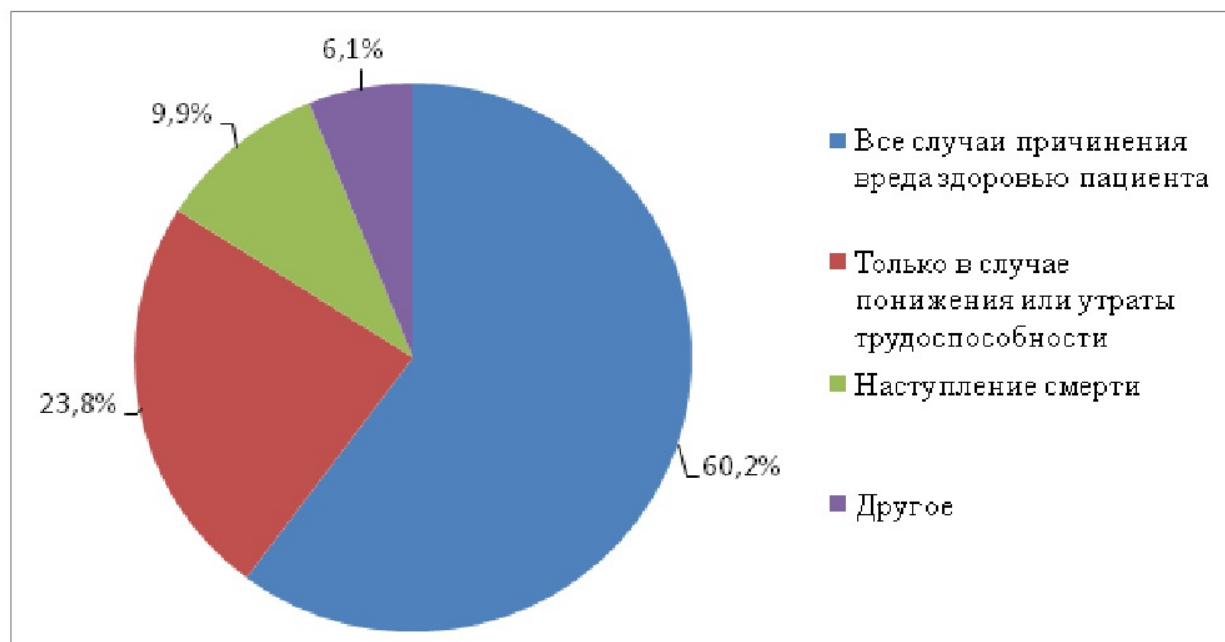


Рисунок 35 – Распределение ответов на вопрос, в каких случаях следует выплачивать денежную компенсацию (в %)

В вопросе: «Кто может (должен) решать вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая?» врачи оставляют право решения за специально созданными комиссиями (61,1%), а вот относят решение данного вопроса в компетенцию судебных органов – 17,3%, работодателя – 12,6%, государственных органов управления – 9% (рисунок 36).

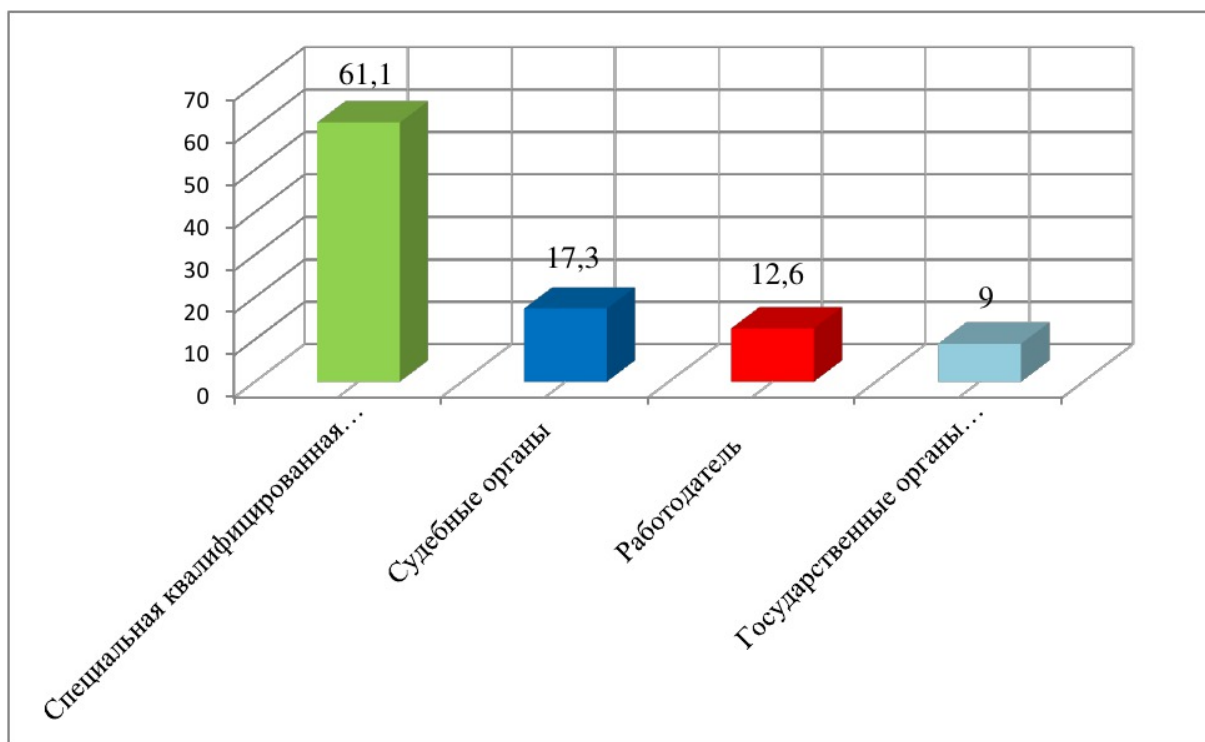


Рисунок 36 – Распределение ответов на вопрос, кто решает вопрос о выплате компенсации (в %)

Респонденты считают, что необходимо в обязательном порядке застраховать профессиональную ответственность всех специалистов в 69,9% случаев. В разрезе врачебных специальностей это требуется для акушеров-гинекологов (77,3%), врачей скорой и неотложной помощи (75,1%), хирургов (74,6%), педиатров (73,7%), стоматологов (71,5%), терапевтов (68,5%), врачей общей практики (67,6%). На необходимости страхования профессиональной ответственности среднего медицинского персонала настаивают 67% опрошенных (таблица 49).

Выражают желание, чтобы профессиональная ответственность была застрахована 59,1% врачей; возражают – 5,6%. Затруднились определиться – 35,2% (рисунок 37).

Таблица 49 – Распределение ответов на вопрос: «Как Вы думаете, профессиональная деятельность каких специалистов должна быть застрахована?» (в %)

Виды профессиональной деятельности	Обязательно	Возможно	Маловероятно	Ни в коем случае	Итого
Все специальности	69,9	22,0	7,4	0,6	100,0
Общая врачебная практика	67,6	25,4	6,7	0,2	100,0
Скорая и неотложная помощь	75,1	19,6	5,4	0	100,0
Терапия	68,5	25,6	5,8	0	100,0
Хирургия	74,6	18,9	6,1	0,4	100,0
Акушерство и гинекология	77,3	18,4	3,8	0,4	100,0
Педиатрия	73,7	19,8	5,8	0,6	100,0
Стоматология	71,5	22,2	6,1	0,2	100,0
Средний мед. персонал	67,0	23,8	8,8	0,4	100,0

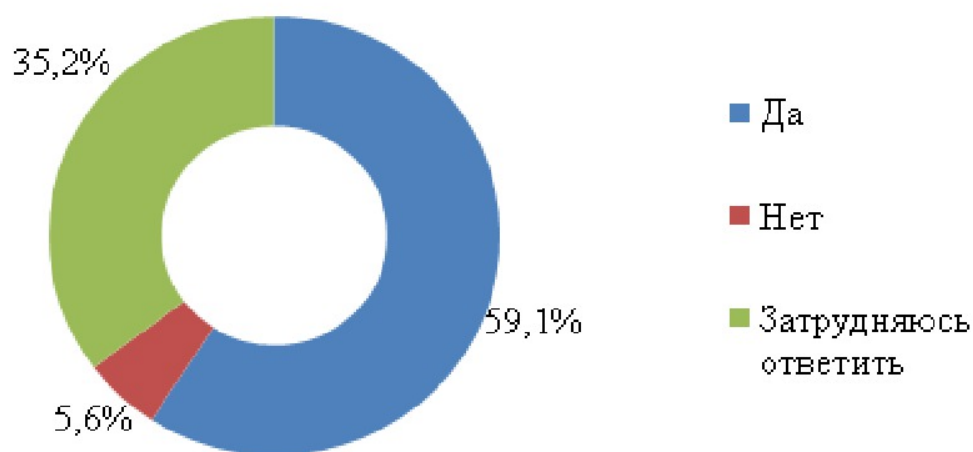


Рисунок 37 – Распределение ответов о желании застраховать собственную клиническую практику (в %)

Готовы сами вносить денежные взносы для страхования своей профессиональной ответственности лишь 8,8%, на долевых условиях с работодателем – 41,8%, не готовы – 49,4% (рисунок 38).

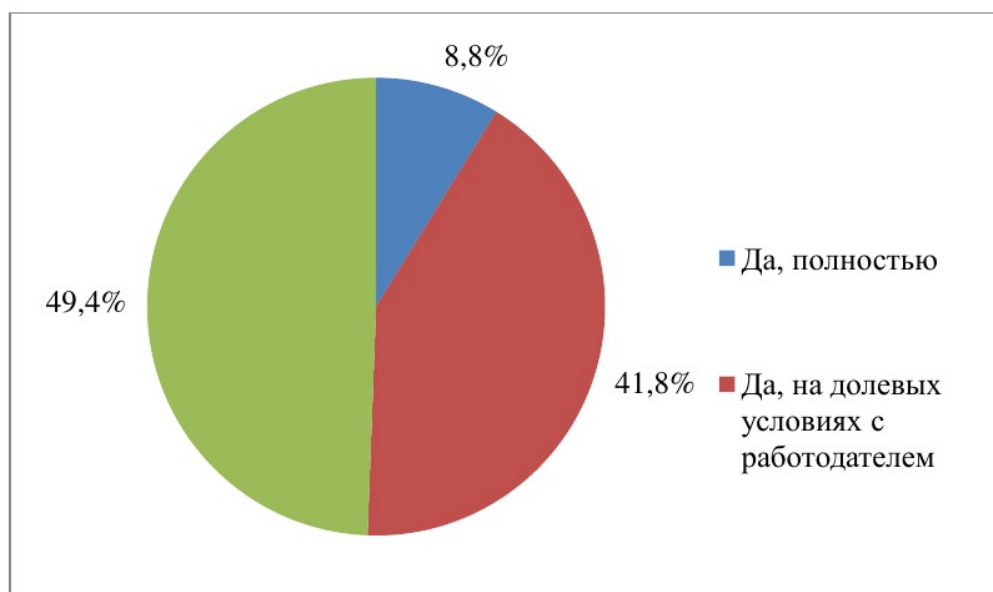


Рисунок 38 – Распределение ответов о готовности вносить денежные взносы (в %)

Относительно расчета размера взносов при страховании профессиональной ответственности 54,4% врачей считают, что взнос должен быть дифференцированным в зависимости от специальности, стажа, места работы; 45,6% не видят в этом необходимости, полагая его единым для всех (рисунок 39).

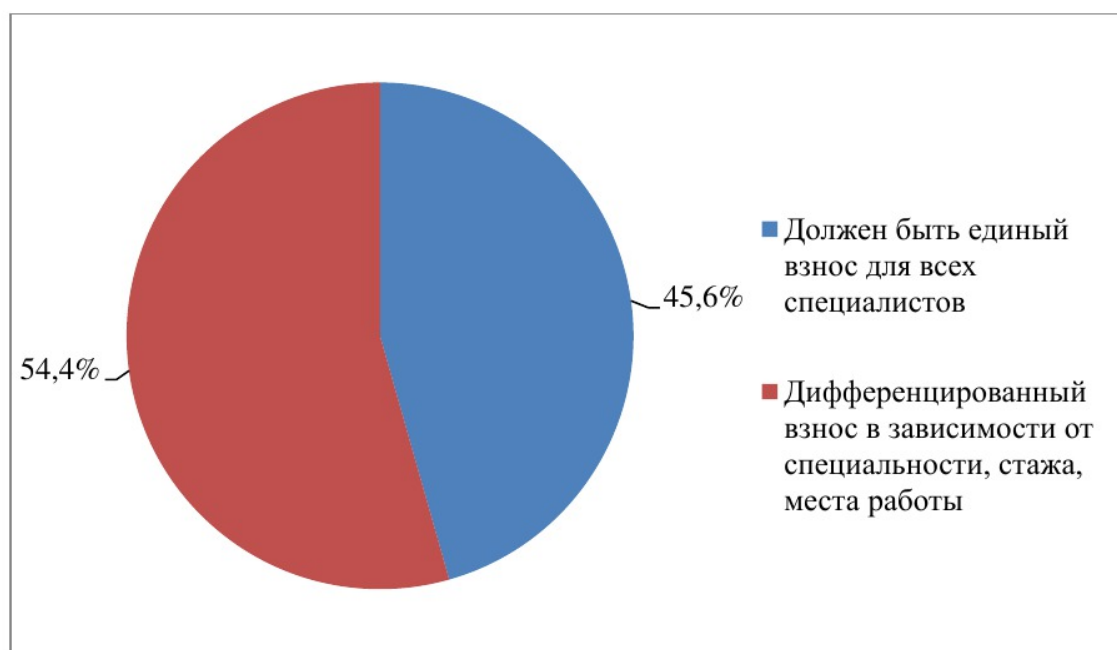


Рисунок 39 – Распределение ответов о формировании взноса на страхование профессиональной ответственности (в %)

Возможной суммой собственных взносов для страхования своей профессиональной ответственности 40,2% назвали предел до 5 тысяч тенге в год. 12,4% оценивают свое участие в страховании собственной



профессиональной ответственности от 5000 до 10000 тенге в год; 7,4% – от 10000 до 15000 тенге в год, 2,5% – от 15000 до 20000 тенге в год. Затруднились ответить – 37,6% (рисунок 40).

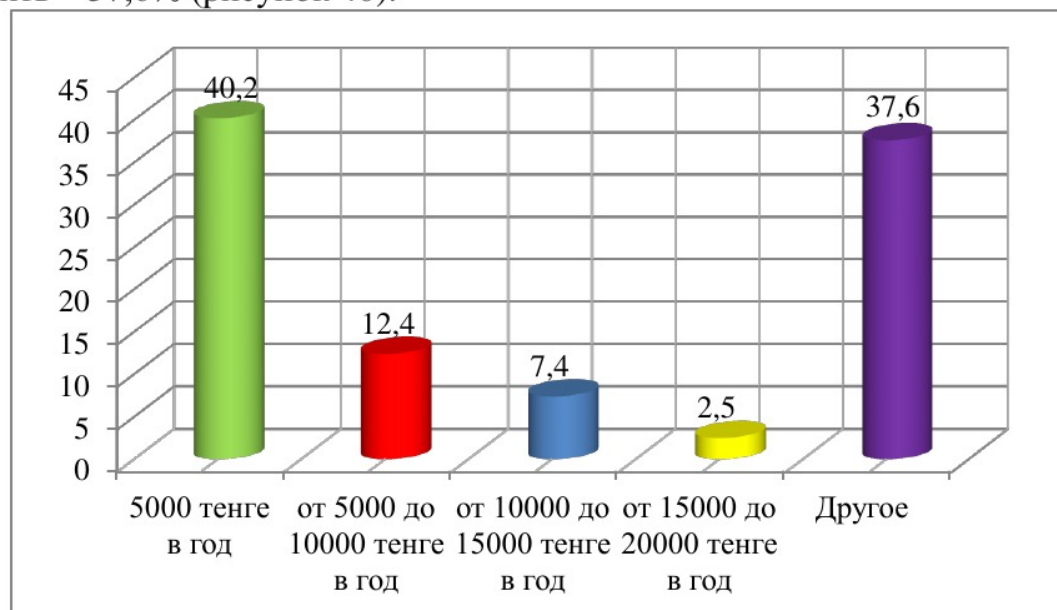


Рисунок 40 – Распределение ответов о размере взноса на страхование (в %)

28,5% опрошенных считают, что при введении системы страхования профессиональной ответственности будут достигнуто триединство интересов пациентов (членов их семей), медицинских работников и государства. Видят достижение интересов порознь медицинских работников – 23,8%, пациентов – 18,7%, государства – 8,5%. Затруднились ответить – 20,4% (рисунок 41).

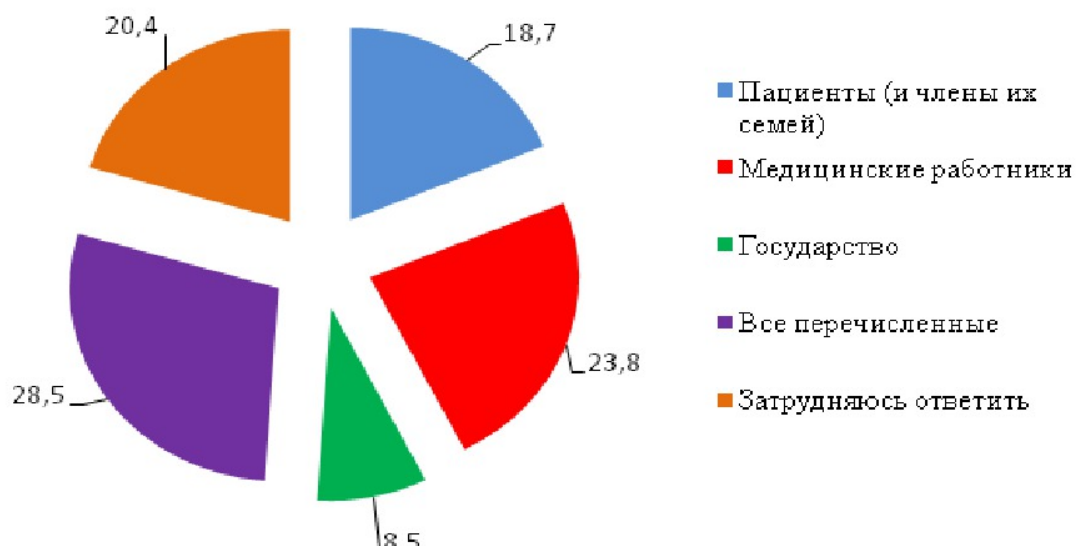


Рисунок 41 – Распределение ответов о достижении интересов в системе страхования ответственности медицинских работников (в %)

Ожидания респондентов от введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников представлены в



таблице 5, анализ которых демонстрирует главным образом повышение юридической защиты работников здравоохранения (45,6%), но и повышение их ответственности (41,6%) (таблица 50).

Таблица 50 – Распределение ответов на вопрос: «Какие надежды Вы возлагаете на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников?» (на 100 опрошенных)

Юридическая защита медицинских работников	45,6
Повышение ответственности медицинских работников	41,6
Повышение качества медицинской помощи	35,7
Финансовая защищенность	35,5
Стабильность профессиональной деятельности	29,7
Заинтересованность пациентов в контроле лечения	16,2
Ничего хорошего не жду	20,4

Главной причиной, которая может препятствовать становлению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, врачи называют несовершенство законодательства о страховании (42,2%); среди других причин: низкую культуру страхования в стране (23,4%), неготовность медицинского сообщества (16,9%), злоупотребление пациентами своими правами (15,3%). Затруднились ответить – 2,2% (рисунок 42).

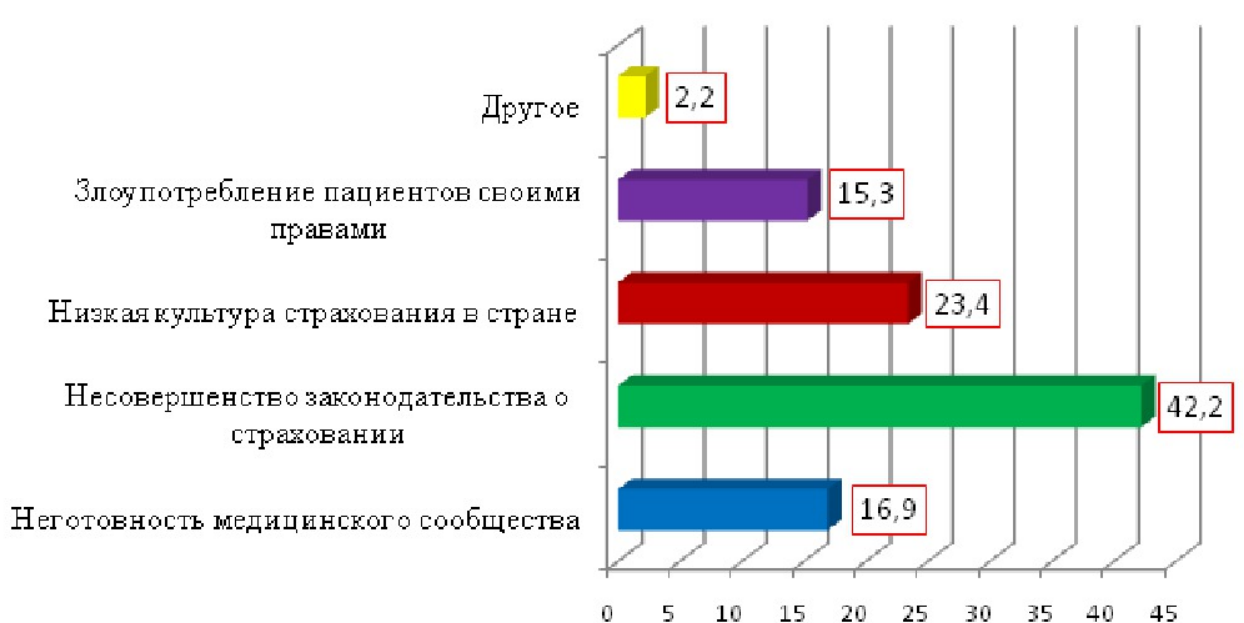


Рисунок 42 – Распределение ответов о возможных препятствиях системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников (в %)

Таким образом, основной причиной необходимости становления страхования профессиональной ответственности, по мнению врачей, является потребность в обретении юридической защиты собственной деятельности, поскольку их клиническая практика изобилует конфликтными ситуациями, несмотря на пациентоориентированную помощь. Основными причинами, затрудняющими становление института страхования профессиональной ответственности медицинских работников, является несовершенство законодательства о страховании. Врачи в своем большинстве не обладают достаточным уровнем знаний по вопросу страхования своей профессиональной ответственности. Врачи не выражают желания застраховать свою профессиональную ответственность лично, считая оплату своего труда несправедливой, несмотря высокие нагрузки и меру ответственности. По результатам исследования, ранжирование врачебных специальностей в системе страхования профессиональной ответственности выглядит следующим образом: акушерство и гинекология, скорая и неотложная помощь, хирургия, педиатрия, стоматология, терапия, общая врачебная практика.

#### **3.4 Мнение экспертов по страхованию профессиональной ответственности**

Проведен анкетный опрос 27 участников Круглого стола «Перспективы введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан», который состоялся в Зале Славы Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова 16 октября 2013 года.

Все без исключения эксперты знакомы с основами страхования профессиональной ответственности и положительно относятся к введению в Казахстане страхованию профессиональной ответственности медицинских работников.

В ответе на вопрос о форме введения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников (рисунок 43) мнения экспертов разделились: за добровольную форму – 20, обязательную форму – 7 (74%).

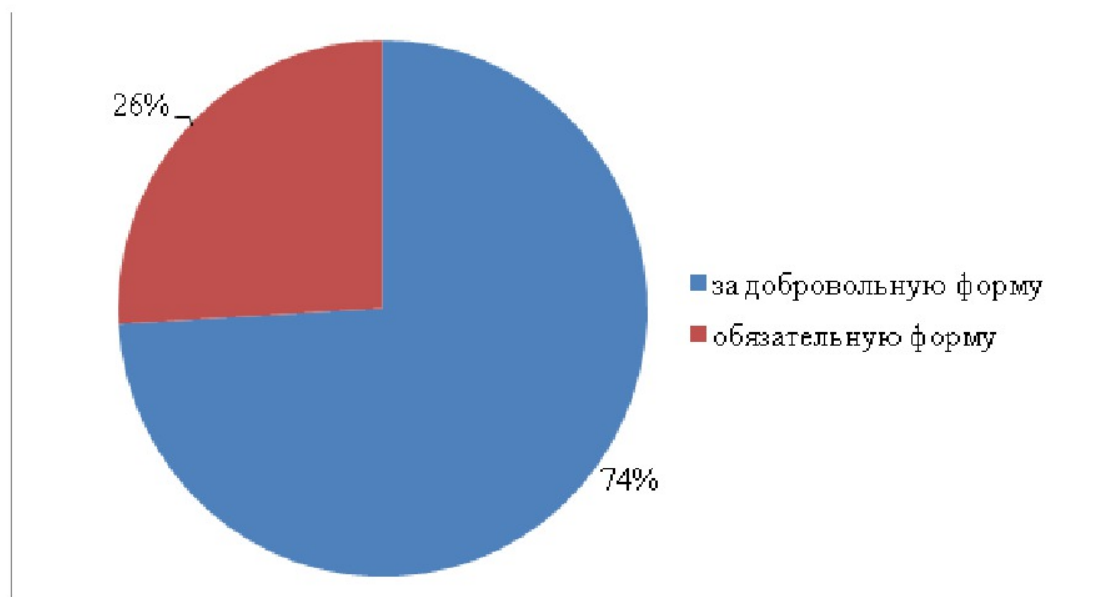


Рисунок 43 – Распределение ответов экспертов вопрос о форме введения системы страхованию профессиональной ответственности медицинских работников (в %)

Разделились мнения по поводу того, кто должен страховать профессиональную ответственность медицинских работников: работодатель – 7, сам работник – 7, должны участвовать оба – 13 (рисунок 44).

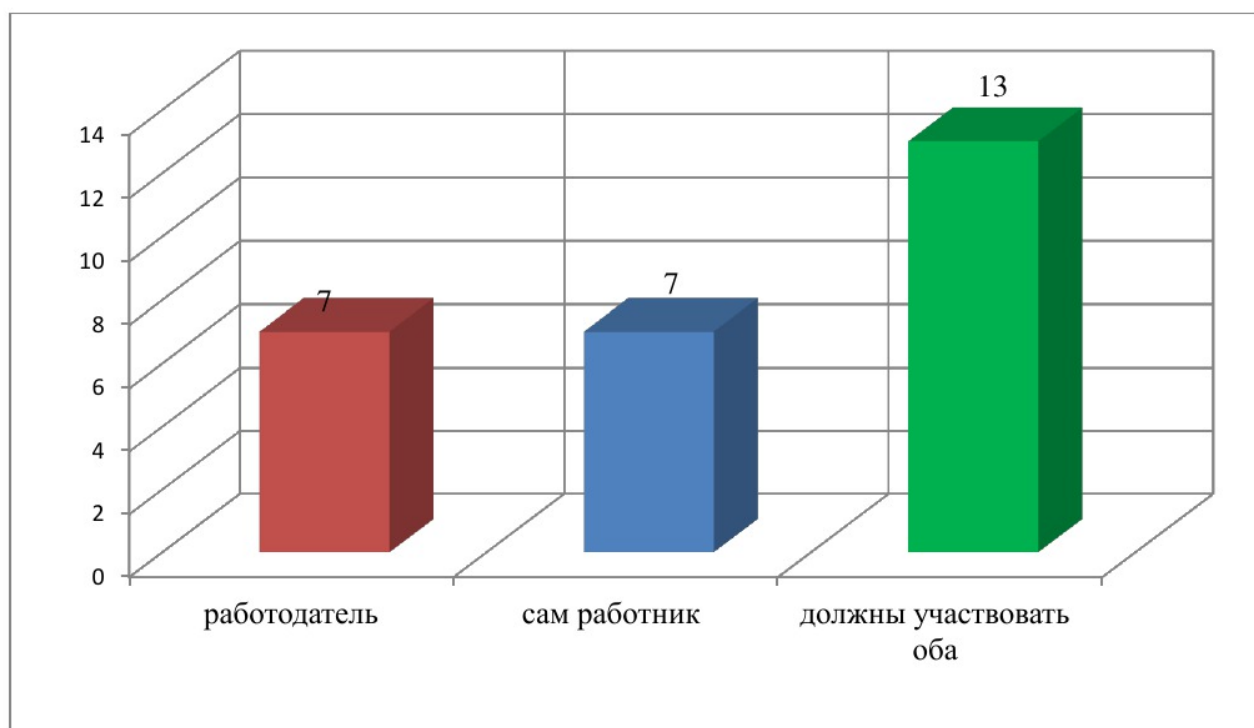


Рисунок 44 - Распределение мнений экспертов на вопрос, кто должен страховать профессиональную ответственность медицинских работников (абс. данные)

Большинство экспертов посчитали целесообразным, что деятельность по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников должны осуществлять страховые компании (21), немногие – специально созданный фонд (6) (рисунок 45).

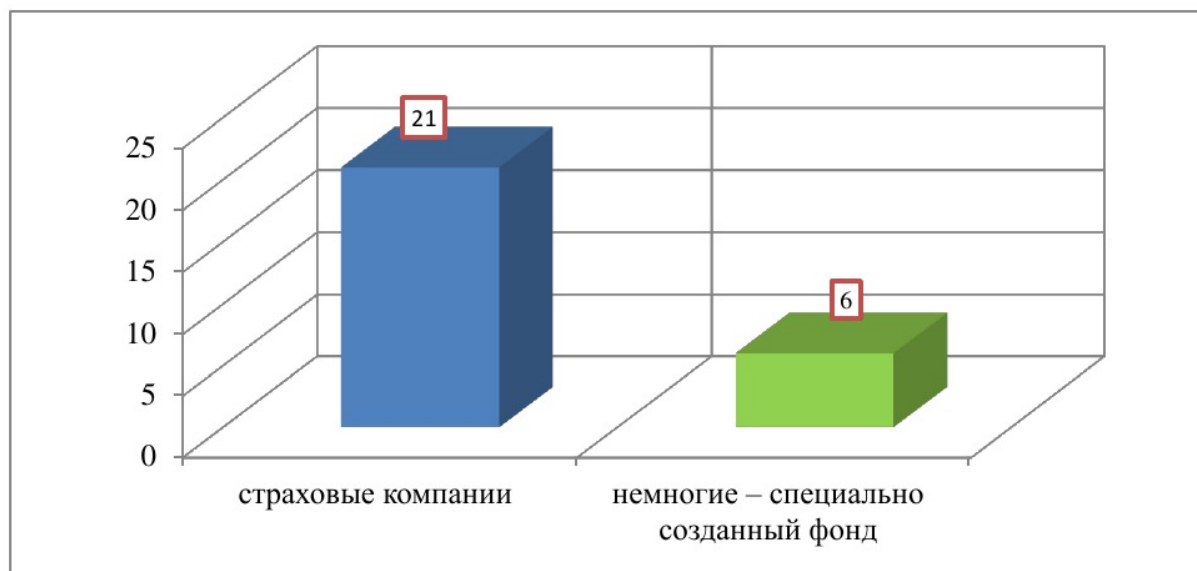


Рисунок 45 – Распределение мнений экспертов на вопрос, кто должен (может) осуществлять деятельность по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников(абс. данные)

Практически все эксперты (26) настаивают считать страховыми случаями все случаи причинения вреда здоровью пациента; по мнению одного – понижение или утрату трудоспособности, включая смерть.

Решают вопрос о выплате компенсации при наступлении страхового случая судебные органы (24 эксперта), страховые компании (3) (рисунок 46).

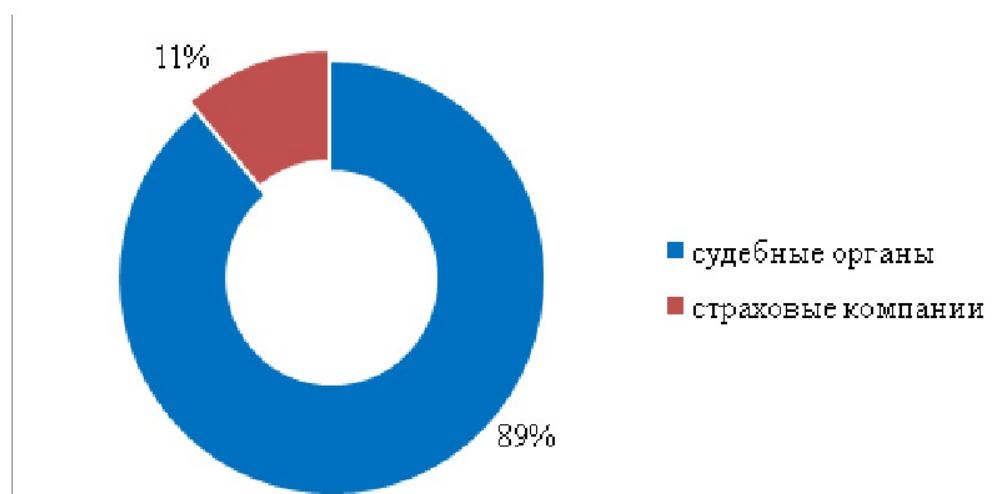


Рисунок 46 – Распределение мнений экспертов на вопрос, кто должен решать вопрос о выплате компенсации при наступлении страхового случая (абс. данные)

Все эксперты посчитали правильным, что страховой взнос при страховании профессиональной ответственности медицинских работников должен учитывать специальность, стаж и место работы.

По ответам экспертов, ранжирование специальностей медицинских работников в системе страхования профессиональной ответственности выглядит следующим образом:

- хирургия,
- акушерство и гинекология,
- стоматология,
- педиатрия,
- терапия,
- скорая и неотложная медицинская помощь,
- общая врачебная практика.

Эксперты сомневаются о включении в этот список всех врачей и исключили из него средний медицинский персонал.

Выражено общее мнение экспертов, что в результате внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников выиграют все: пациенты, медицинские работники, государство.

Главные надежды внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников экспертами справедливо связываются с юридической защитой и финансовой защищенностью врачей, а также повышением их ответственности.

В то же время главные трудности во внедрении системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников видятся в несовершенстве законодательства о страховании, низкой культуре страхования в стране, неготовности медицинского сообщества.

Таким образом, по мнению экспертов, должна вводиться добровольная форма страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в которой должны участвовать обе заинтересованные стороны (работодатель и работник). Решают вопрос о выплате компенсации при наступлении страхового случая судебные органы. Ранжирование специальностей медицинских работников в системе страхования профессиональной ответственности выглядит следующим образом: хирургия, акушерство и гинекология, стоматология, педиатрия, терапия, скорая и неотложная медицинская помощь, общая врачебная практика.



## 4 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЗМА СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

### 4.1 Анализ жалоб на качество медицинской помощи

С целью проведения актуарных расчетов сотрудниками РЦРЗ были проанализированы жалобы в территориальных департаментах Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности. Так, основным критерием были жалобы, при которых был причинен вред здоровью, и жалоба была обоснованна или частично обоснованная.

Так в 2010 году количество обоснованных жалоб на качество медицинской помощи составила 874, а в 2011 году 833, в 2012 году 804.

В 2010 году в структуре жалоб на качество медицинской помощи 40% составляли жалобы на терапевтическую службу, 23% на хирургическую помощь, 15% на акушерско-гинекологическую помощь. Небольшая доля жалоб приходится на стоматологическую службу и на средний медицинский персонал (4% и 5%, соответственно) (рисунок 47).

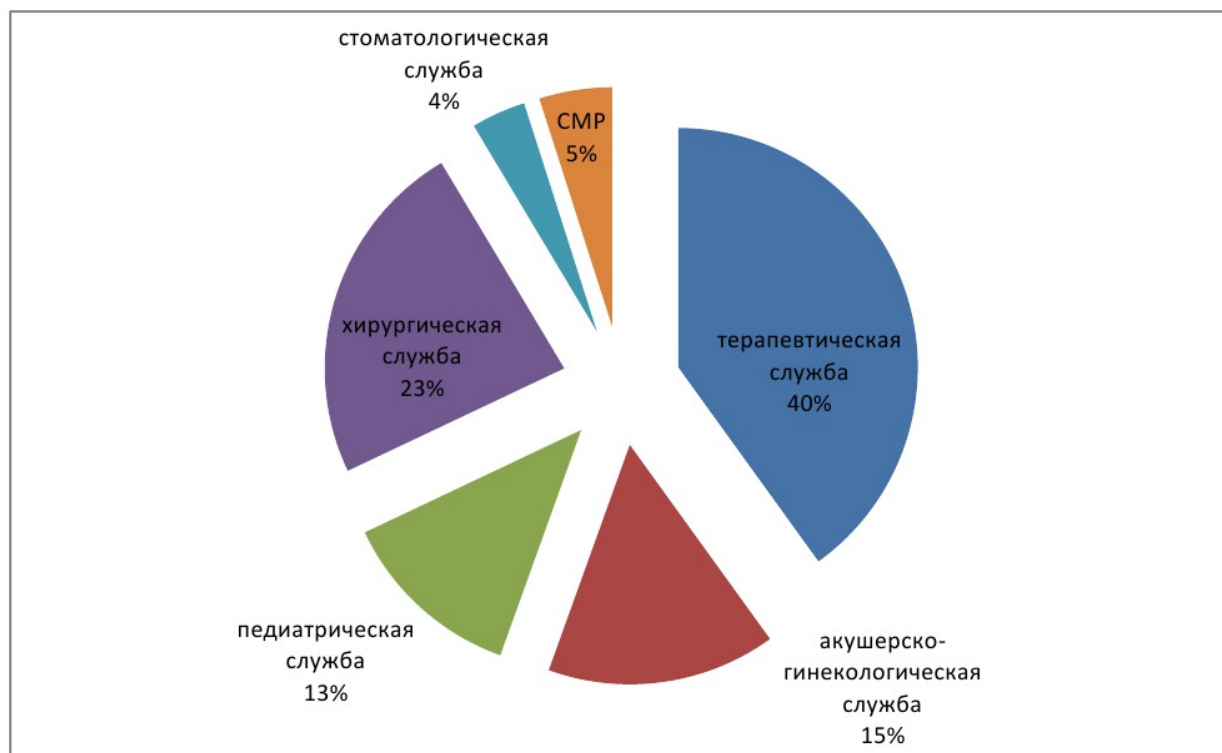


Рисунок 47 - Структура жалоб на медицинскую помощь в 2010 году

В 2011 году структура жалоб населения на качество медицинской помощи видоизменилась. В сравнении с 2010 годом удельный вес жалоб на терапевтическую помощь снизился на 4% и составила 36%. Доля жалоб на хирургическую помощь в 2011 году составила 22%. Небольшое изменение в доле жалоб на стоматологическую помощь (5% - увеличилась на 1%) и на СМР



(4% - сокращение на 1%). Следует отметить резкое увеличение доли жалоб на акушерско-гинекологическую помощь, которая в 2010 году составляла всего 15%, а в 2011 году выросла на 5% и составила 20% всех жалоб на качество медицинской помощи. Увеличение доли жалоб на качество оказываемых медицинских услуг акушерско-гинекологической службы было следствием увеличения жалоб на эту службу в ряде областей: в Южно-Казахстанской области (почти в два раза с 15 до 30 жалоб), в Актюбинской области (в два раза с 6 до 12 жалоб), в Павлодарской области (три раза – с 4 до 12 жалоб), в Жамбылской области (с 1 жалобы до 5 жалоб), в Северо-Казахстанской области (с 3 до 10 жалоб), в Карагандинской области (с 11 до 18 жалоб). Кроме того, в 2011 году наблюдается сокращение количества жалоб на акушерско-гинекологическую службу в г. Алматы с 20 до 9 и в Алматинской области с 17 до 11 жалоб.

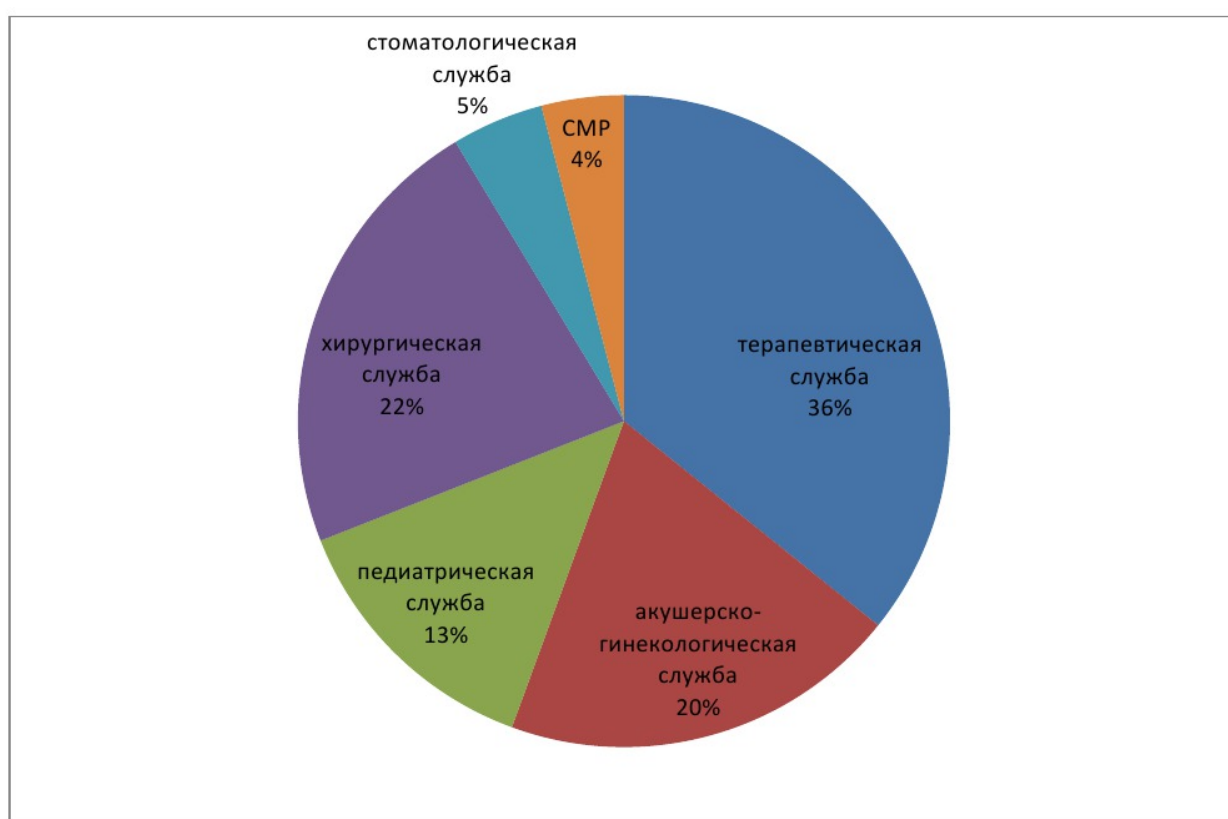


Рисунок 48 - Структура жалоб на качество медицинской помощи в 2011 году

В 2012 году в структуре жалоб населения на качество, оказанной медицинской помощи значительных изменений не замечается. Только удельный вес жалоб на акушерско-гинекологическую помощь по сравнению с прошлыми годами возросла на 2% и составила 22%, в то время как доля педиатрической службы сократилась с 13 до 11 %.

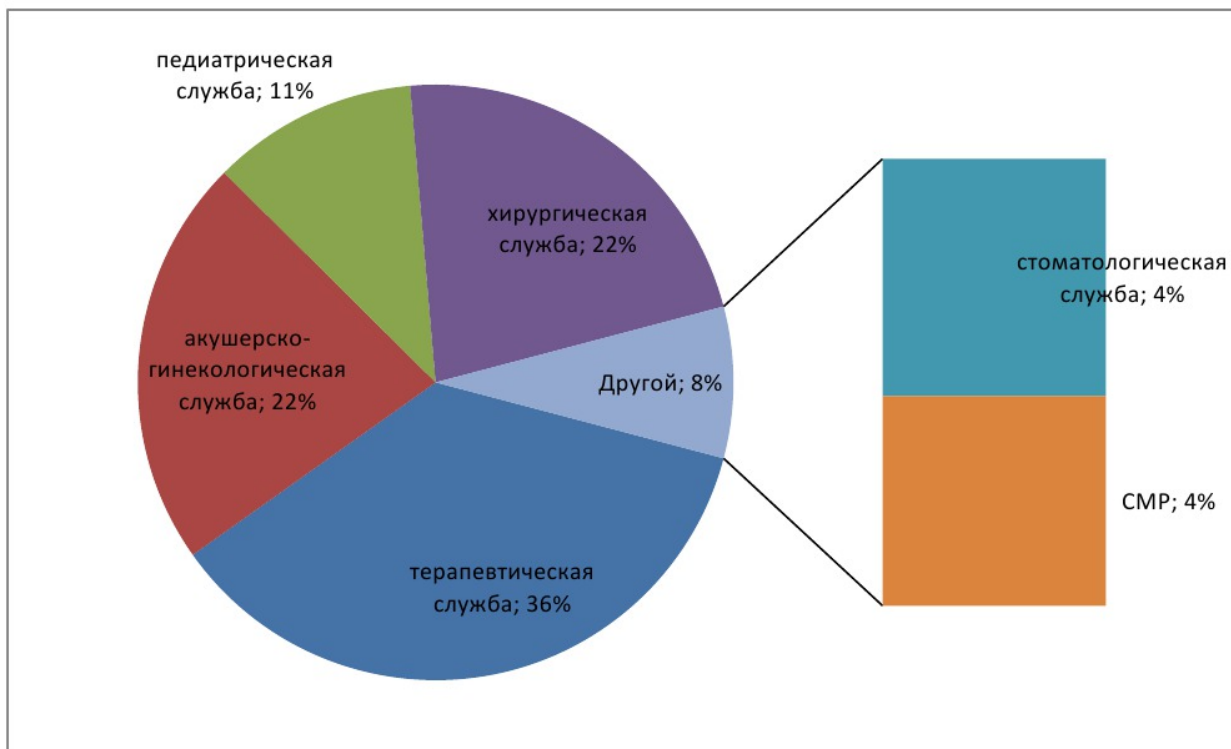


Рисунок 49 - Структура жалоб на качество медицинской помощи в 2012 году

Если рассматривать жалобы на медицинскую помощь в региональном разрезе, то следует отметить, что в 2010 году более 40% всех жалоб приходилось на Карагандинскую область (19,6%) и г. Алматы (22%). В 2011 году на первое место по количеству обоснованных жалоб на медицинскую помощь вышла Карагандинская область с долей 18,4%. В данном году за Карагандинской областью расположилась Южно-Казахстанская область (11,8%). На третью строчку по количеству жалоб претендует Жамбылская область с удельным весом 9,7%. Кроме того стоит отметить, что в 2010 году доля жалоб, которая приходилась на Жамбылскую область составляла всего 2,7%. Резкое сокращение удельного веса жалоб на качество медицинской помощи отмечается в сравнении с 2010 годом в г. Алматы (с 22% до 8,9%).

По итогам 2012 года по количеству жалоб лидируют Карагандинская область (17,2%), г. Алматы (11,6%), Южно-Казахстанская область (9,5%).

#### **4.2 Расчет тарифной ставки по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности субъектов здравоохранения перед пациентами**

При методике расчёта тарифных ставок необходимо в обязательном порядке определить следующие составляющие страхового тарифа:

1.  $T_0$  основная часть нетто ставки - это часть нетто ставки, обеспечивающая 50%-ную вероятность превышения суммы нетто-премий над суммой выплат. Основная часть нетто-ставки отражает убыточность страховой суммы

2.  $T_p$  рисковая надбавка - это часть нетто ставки, предназначенная для покрытия возможных отклонений убыточности страховой суммы от ее среднего (ожидаемого) назначения. Размер рискованной надбавки зависит от заданного уровня гарантии безопасности и величины среднеквадратического отклонения суммы выплат (ущербов).

3.  $T_n$  тарифная нетто ставка - основная часть страховых тарифов, предназначенных для формирования ресурсов страховщиков для выплаты страхового вознаграждения (страховых сумм).

4.  $T_0$  базовая ставка - тарифная ставка платежей по страхованию; исчисляется как сумма нетто ставки и надбавки для возмещения расходов по проведению страховых операций.

Первый метод расчета страховой премии описывается 3 шагами для определения страховой премии.

*Шаг 1. Определение тарифной нетто ставки.*

Нетто ставка  $T_n$  состоит из двух частей – основной части  $T_0$  и рискованной надбавки  $T_p$  и определяется по следующей формуле:

$$T_n = T_0 + T_p \quad (1)$$

*Шаг 2. Определение основной части нетто-ставки*

Основная часть нетто-ставки ( $T_0$ ) определяется как произведение частоты страховых случаев и тяжести убытков и рассчитывается по формуле (в % от страховой суммы)

$$T_0 = 100 \frac{S_e}{S} q \quad (\%), \quad (2)$$

где  $q$  - вероятность наступления страхового случая - частота,  $S$  - средняя страховая сумма,  $S_e$  - среднее возмещение,  $\frac{S_e}{S}$  - тяжесть убытка по данному виду страхования.

Рекомендуемое значение тяжести убытка по данному виду страхования равна 0,4.

$$\frac{S_e}{S} = 0,4 \quad (3)$$

Вероятность наступления страхового случая, т.е. частоты страховых случаев, определяется следующим образом:

$$q_i = \frac{\text{количество страховых случаев}}{\text{количество застрахованных объектов}} = B_i \quad (4)$$

Информацию по количеству подлежащих страхованию и количеству страховых случаев.

Таблица 51 – Данные для расчета коэффициента роста

Год	Кол-во подлежащих страхованию объектов	Кол-во страховых случаев	Вероятность наступления страхового случая	Коэффициент роста
2000	К31	КС1	В1	
2001	К32	КС2	В2	В2/В1
.....	....	.....	....	
2011	К312	КС12	В12	В12/В11
			В* - средняя вероятность наступления страхового случая	k - средний коэф. роста

С учетом среднего коэффициента роста вероятность наступления страхового случая ( $q$ ) можно определить следующим образом:

$$q = V * k \quad (5)$$

Отсюда, в силу (2) и (3) формул основная часть нетто-ставки рассчитывается так:

$$T_0 = 100 * 0,4 * q (\%) \quad (6)$$

### Шаг 3. Определение рисковой надбавки

Рисковую надбавку при расчете тарифной ставки можно вычислить по формуле:

$$T_p = 1,2 * T_0 * \alpha(\gamma) \sqrt{\frac{1-q}{nq}} \quad (7)$$

где  $\alpha(\gamma)$  — коэффициент, который зависит от гарантии безопасности. Его значение может быть взято из таблицы 2;

$n$  - планируемое количество будущих договоров страхования;

$q$  - вероятность наступления страхового случая;

$T_0$  основная часть нетто ставки.

Таблица 52 – Зависимости коэффициента  $\alpha$  от  $\gamma$  :

Коэффициент гарантии $\gamma$	84%	90%	93%	95%	99%
$\alpha$	1.00	1.28	1.48	1.64	2.33

Допустим что, планируемое количество будущих договоров страхования равно 150 000, то есть  $n = 150000$ .

Также предположим, что страховая компания с вероятностью  $\gamma = 0,84$  предполагает обеспечить не превышение возможных возмещений над собранными взносами, тогда согласно таблице 2  $\alpha(\gamma)$  принимает значение 1.

В данном случае рисковая набавка рассчитывается по следующей формуле:

$$T_p = 1,2 * T_0 * 1 * \sqrt{\frac{1-q}{150000q}} \quad (8)$$

Таким образом, используя  $T_p$  - рисковую нагрузку, мы получаем возможность применения данного значения в формуле согласно (1).

$$T_n = T_0 + T_p \quad (\%).$$

#### *Шаг 4. Определение базовой ставки*

Базовая ставка  $T_0$  рассчитывается по формуле приведенной ниже формуле:

$$T_0 = \frac{T_n * 100}{100 - f} \quad (9)$$

Следовательно, если допустим, что при доле нагрузки (административных расходов страховой компании) в общей тарифной ставке равна  $f = 25\%$ , то брутто-ставка определяется следующим образом:

$$T_0 = \frac{T_n * 100}{100 - 25} \quad (\%). \quad (10)$$

В соответствии с этим брутто-ставка  $T_0$  % общей страховой суммы находим среднегодовую вероятность страховых случаев. При большой вариации коэффициента роста в данной методике можно взять среднее значение  $q$  всем годам опыта.

Таким образом, основная часть нетто ставки определяется по следующей формуле:

$$T_0 = 100 * 0,4 * q \quad (\%).$$

Рисковую надбавку вычисляем по формуле:

$$T_p = 1,2 * T_0 * \alpha(\gamma) \sqrt{\frac{1-q}{nq}}.$$

Нетто ставка рассчитывается по формуле:

$$T_n = T_0 + T_p \quad (\%).$$

А брутто-ставка определяется так:

$$T_0 = \frac{T_n * 100}{100 - 25} \quad (\%).$$

Данное страхование является обязательным видом страхования и его можно отнести к массовым видам, поэтому при подготовке экономического обоснования используем методику, приведенной в главе 2 указанных рекомендаций «Методика расчёта тарифной ставки на основе среднего значения убыточности при отсутствии выраженной тенденции к увеличению или снижению убыточности страховой суммы».

При расчёте тарифных ставок необходимо использование статистических информации об убыточности страховой суммы по данным страховых компаний Республики Казахстан за 2007-2011 гг. по аналогичным видам страхования.



*Шаг 1. Определение нетто-ставки*

В целях расчета нетто-ставки необходимо определить следующие показатели:

а) Определяется средняя арифметическая убыточность страховой суммы за последние 5 лет согласно по формуле:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^5 y_i}{n}$$

(11)

где  $\bar{y}$  - средняя арифметическая убыточность;  $y_i$  - показатель убыточности в  $i$  -том конкретном году;  $n$  - число лет во временном ряду показателей убыточности (5 лет)  $i = 1, \dots, 5$ ;

А показатель убыточности в  $i$  -том конкретном году определяется так:

$$y_i = \frac{CCC_i}{CB_i} \quad (12)$$

где  $CCC_i$  - совокупная страховая сумма в  $i$  -том конкретном году,  $CB_i$  - страховая выплата в  $i$  -том конкретном году,

Используя информацию о суммарных выплатах по страховым случаям, а также о совокупных страховых суммах застрахованных объектов, рассчитаем фактическую убыточность страховой суммы ( $y_i$ ).

б) На основании средней арифметической убыточности вычислим *рисковую надбавку*  $T_p$  в соответствии со следующей формулой

$$T_p = \alpha * \bar{y} * v_y \quad (13)$$

где  $v_y$  - коэффициент вариации убыточности  $y$ .

Таблица 53 – Информация для расчета убыточности в  $i$  -том конкретном году

Год	Совокупная страховая сумма (тенге)	Страховые выплаты (тенге)	Показатель убыточности страховой суммы, в % ( $y_i$ )
2007	CCC1	CB1	Y1
2008	CCC2	CB2	Y2
2009	CCC3	CB3	Y3
2010	CCC4	CB4	Y4
2011	CCC5	CB5	Y5
Средняя арифметическая убыточность			$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^5 y_i}{n}$

В свою очередь, коэффициент вариации  $v_y$  определяется следующим способом:

$$v_y = \sigma_y / \bar{y} \quad (14)$$

где  $\sigma_y$  -среднее квадратичное отклонение убыточности  $y$ . Из этой формулы видно, что *коэффициент вариации*,  $\alpha$ , следовательно, и *рисковая надбавка*, прямо пропорциональны среднему квадратичному отклонению.

Теперь определим это отклонение, которое находится следующим образом:

1. Находятся отклонения отдельных значений убыточности от средней арифметической убыточности для  $i=1..5$  ( $y_i - \bar{y}$ );

2. Найденное отклонение возводится в квадрат ( $y_i - \bar{y}$ )<sup>2</sup>

3. Затем по определению среднеквадратического отклонения вычисляется квадратный корень из следующей величины

$$\frac{\sum_{i=1}^4 (y_i - \bar{y})^2}{(n-1)} \quad (15)$$

4. Полученная величина и есть среднеквадратическое отклонение.

Затем находится коэффициент вариации по (4) формуле  $v_y$ . Тогда, формула определения рисковой надбавки (3) примет вид:

$$T_p = \alpha * \bar{y} * \sigma_y / \bar{y} , \quad (16)$$

$$\text{где } \sigma_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^4 (y_i - \bar{y})^2}{(n-1)}} \quad (17)$$

Показатели необходимые для определения рисковой надбавки приведены в таблице 54.

Таблица 54 – Показатели для определения рисковой надбавки

Год	Отклонение убыточности от средней арифметической убыточности ( $y_i - \bar{y}$ )	Квадраты отклонений ( $y_i - \bar{y}$ ) <sup>2</sup>
2007	( $y_1 - \bar{y}$ )	( $y_1 - \bar{y}$ ) <sup>2</sup>
2008	( $y_2 - \bar{y}$ )	( $y_2 - \bar{y}$ ) <sup>2</sup>
2009	( $y_3 - \bar{y}$ )	( $y_3 - \bar{y}$ ) <sup>2</sup>
2010	( $y_4 - \bar{y}$ )	( $y_4 - \bar{y}$ ) <sup>2</sup>
2011	( $y_5 - \bar{y}$ )	( $y_5 - \bar{y}$ ) <sup>2</sup>
Сумма		Сумма данной колонки

Подставив рассчитанные показатели в формулу (7), получим  $\sigma_y = K$ , поэтому  $T_p = T1(\%)$ , где  $\alpha = 1,28$  (коэффициент, зависящий от уровня гарантии безопасности) принят исходя из  $\gamma$ – вероятности равной 90%, с которой собранных премий должно хватить на будущие выплаты.

Следовательно, *тарифная нетто-ставка* определяется как:

$$T_n = \bar{y} + T_p = T2 (\%)$$

*Шаг 2. Определение брутто-ставки*

Брутто-ставка рассчитывается по формуле:

$$T_{\sigma} = \frac{T_n * 100}{100 - f},$$

где  $f$  (%) – доля нагрузки расходов в общей тарифной ставке, стандартно оно берется в размере 25%.

$$T_{\sigma} = \frac{T2 * 100}{100 - 25} = T3 (\%).$$

Для всех методик, предложенных выше для расчёта минимальной и максимальной тарифных ставок укажем утяжеляющие факторы, характерные для данного вида страхования применяя при этом повышающие коэффициенты для каждого фактора. Тогда формула для расчёта минимальной и максимальной ставок будет выглядеть следующим образом:

$$T_{\min(\max)} = T_{\sigma} * K_1 * K_2 * K_n$$

а) коэффициенты, зависящие от степени риска – серьезности заболевания:

степени риска – серьезности 70% и более -  $K=3,0$ ;

от 50% до 70% -  $K=2,5$ ;

от 30% до 50% -  $K=2,0$ ;

от 10% до 30% -  $K=1,2$ ;

до 10% -  $K=0,8$ ;

б) коэффициенты, зависящие от территории обслуживания пациента  $K$  от 0,7 до 1,2;

в) коэффициенты, зависящие от типа заболевания  $K$  от 0,7 до 1,2;

$$T_{\min} = T3 * K1 * K2 * K3 = T_{\min} \%$$

$$T_{\max} = T3 * K1_{\max} * K2_{\max} * K3_{\max} = T_{\max} \%$$

Отсюда, минимальная тарифная ставка составляет  $T_{\min}$  % общей страховой суммы, а максимальная тарифная ставка составляет  $T_{\max}$  % общей страховой суммы.

Пусть полный пакет по всем рискам будет равен 100%. Ввиду того, что отсутствует необходимая для расчёта статистика, применяются тарифные ставки, согласно процентному распределению рисков приведённые в следующей таблице.

Таблица 55 – Расчёт минимальной и максимальной тарифных ставок

Варианты	Риск	Процентное соотношение	Тариф с учётом риска		
			$T_{\min}$	$T_{\sigma n}$	$T_{\max}$
1	2	3	4	5	6
1	Все риски (смерть пациента, инвалидность, потеря трудоспособности)	100	$T_{\min}$	$T_{\sigma n}$	$T_{\max}$

Продолжение таблицы 55

1	2	3	4	5	6
2	Риски, приводящие к инвалидности	70	$0,7 \cdot T_{\text{мин}}$	$0,7 \cdot T_{\text{ср}}$	$0,7 \cdot T_{\text{макс}}$

Теперь в зависимости от категории страхователей (застрахованных) приведем таблицу коэффициентов дифференциации в случае риска ущерба в результате врачебных ошибок, которые затем применяем к рассчитанному тарифу для определения максимального и минимального размера тарифов.

Таблица 56 – Коэффициент дифференциации

Категория	Коэффициент дифференциации
I категория	0,3
II категория	1
III категория	4

Таблица 57 – Факторы, влияющие на снижение тарифной ставки (скидки)

Факторы	Уменьшение тарифа или некоторых составляющих тарифа, %
безубыточное страхование (система «бонус-малус»)	до 50 %
образования и категория врача-застрахованного	до 20 %
технические характеристики поликлиник	до 20 %
Стаж работы	до 50 %
территория страхования	до 20 %
срок страхования	до 20 %
история убытков и иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового риска	до 30 %

Принадлежность Застрахованных к той или иной категории в зависимости от объекта страхования определяет андеррайтер или актуарий на основании следующих критериев:

- срок страхования;
- территория страхования;
- технические характеристики поликлиник и больниц;
- образования и категория врача-застрахованного;
- стаж работы;
- история убытков и иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового риска.

При этом в целом тарифная ставка может быть уменьшена только до 70%.

Таблица 58 – Факторы, влияющие на увеличение тарифной ставки (надбавки)

Факторы	Увеличение тарифа или некоторых составляющих тарифа, %
Случаи ущерба за последние пять лет (система «бонус-малус»)	до 200%
образования и категория врача-застрахованного	до 50 %
технические характеристики поликлиник	до 30 %
стаж работы	до 30 %
территория страхования	до 50 %
история убытков и иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового риска	до 100 %

При этом в целом тарифная ставка может быть увеличена только до 400%.

С учетом коэффициентов дифференциации и рассчитанных выше тарифов определяются максимальные и минимальные тарифные ставки (в % от страховой суммы).

$$T_{\min} = 0.7 * T_{\sigma}$$

$$T_{\max} = 4 * T_{\sigma}$$

При первичном заключении Договора присваивается разряд "Первично-страховой объект", по которому страховая премия взимается в размере 100% страхового тарифу. При переоформлении (продлении) Договора на следующий страховой период по результатам 11 месяцев действующего договора и последний месяц предыдущего договора производится перераспределение по разрядам системы "Бонус-малус".

Изменение разряда по системе "Бонус-малус" производится следующим образом:

1) Страхователь ухудшает разряд, если в течение последних 12 месяцев им заявлена претензия по врачебной ошибке, которое произошло по его вине;

2) Разряд остается без изменений, если в течение года Страхователем заявлено претензии, не приводящие к убытку или вина застрахованного не доказано.

3) Страхователь улучшает разряд на одну единицу, если в течение последних 12 месяцев:

а) им не заявлено ни одной претензии;

в) им заявлены претензии, однако ущерба не последовало или вина его не доказано;

4) Скидки и надбавки по системе "Бонус-малус" сохраняются за Страхователем при переоформлении Договора с одного региона на другое в течение одного страхового периода.

5) При перерыве в страховании скидки и надбавки сохраняются за тем же Страхователем по тому же региону в течение двух лет.



Изменение разряда по указанной системе производится по следующей таблице система «Бонус-малус».

Система "Бонус-малус" (применение системы скидок и надбавок в зависимости от результатов страхования по итогам предшествующего страхового периода).

Методика расчета тарифной ставки на основе среднего значения убыточности при наличии выраженной тенденции к увеличению или снижению убыточности.

Расчет нетто-ставки произведем в следующей последовательности.

А) из информации о сумме страховых выплат и совокупной страховой сумме по рискам по каждому году рассчитаем фактическую убыточность страховой суммы ( $Y_i$ ) как отношение страховой выплаты к общей сумме застрахованных рисков ( $S_v/S$ ). При наличии выраженной тенденции к увеличению (снижению) убыточности определение основной части нетто-ставки как средне пятилетней убыточности приведет к установлению заведомо убыточного (излишне рентабельного) тарифа. Вследствие чего, расчет основной части нетто-ставки базируется на построении тренда (экстраполяции) за пятилетний период.

Таблица 59 – Изменения разряда при количестве заявленных убытков за год

Исходный разряд	Премия в % к страховому тарифу	Изменения разряда при количестве заявленных убытков за год				
		1	2	3	4	5 и более
C3	70%	Y2	Y3	Y4	Y5	Y7
C2	75%	Y2	Y3	Y4	Y5	Y7
C1	85%	Y2	Y3	Y4	Y6	Y7
C0	100%	Y2	Y3	Y5	Y7	Y7
Y1	130%	Y2	Y4	Y6	Y7	Y7
Y2	150%	Y3	Y5	Y7	Y7	Y7
Y3	200%	Y4	Y6	Y7	Y7	Y7
Y4	250%	Y5	Y7	Y7	Y7	Y7
Y5	300%	Y6	Y7	Y7	Y7	Y7
Y6	350%	Y7	Y7	Y7	Y7	Y7
Y7	400%	Y7	Y7	Y7	Y7	Y7

Таблица 60 – Методика расчета тарифной ставки

Год	Общий объем страховых выплат, тыс.тенге	Общая страховая сумма, тыс.тенге	Показатель убыточности страховой суммы, в % ( $Y_i$ )
1	2	3	4
2007	CB1	CCC1	Y1
2008	CB2	CCC2	Y2

Продолжение таблицы 60

1	2	3	4
2009	CB3	CCC3	Y3
2010	CB4	CCC4	Y4
2011	CB5	CCC5	Y5
Средняя арифметическая убыточность			$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^5 y_i}{n}$

Б) на основании этих данных вычислим прогнозируемый уровень убыточности страховой суммы. Для этого используем модель линейного тренда, согласно которой фактически данные по убыточности страховой суммы выравниваются на основе линейного уравнения:

$$y_i^* = a_0 + a_1 i, \quad (8.1)$$

где  $y_i^*$  - выравненный уровень убыточности страховой суммы,  $a_0, a_1$  - параметры линейного тренда,  $i$  - порядковый номер соответствующего года.

Параметры линейного тренда можно определить методом наименьших квадратов, решив следующую систему уравнений с двумя неизвестными :

$$\begin{aligned} a_0 * n + a_1 * \sum_{i=1}^n i &= \sum_{i=1}^n y_i, \\ a_0 * \sum_{i=1}^n i + a_1 * \sum_{i=1}^n i^2 &= \sum_{i=1}^n y_i * i \end{aligned}, \quad (8.2)$$

где n- число анализируемых лет, в нашем случае 5 лет;

$y_i$  - значение убыточности в i-том году.

Таблица 61 – Прогнозируемый уровень убыточности страховой суммы

Год	I	Yi*I	I^2
2007	1	Y1*1	1
2008	2	Y2*2	4
2009	3	Y3*3	9
2010	4	Y4*4	16
2011	5	Y5*5	25
Сумма	15	Сумма Yi*I	55

Подставив полученные в этой таблице данные в систему уравнений (8.2), получим

$$5a_0 + 15a_1 = \sum_{i=1}^5 y_i,$$

$$15a_0 + 55a_1 = \sum_{i=1}^5 i * y_i \quad (8.3)$$

Решив систему уравнений, получаем следующие значения:

$$a_0, a_1. \quad (8.4)$$

На основании этих данных можно определить выровненную убыточность по годам, подставляя необходимые данные в уравнение (1).

Подставляя в найденное уравнение линейного тренда последовательно значения  $i=1, \dots, 5$ , определяются теоретические (сглаженные) значения убыточности в процентном отношении от страховой суммы.

$$y_1^* = a_0 + a_1 * 1;$$

$$y_2^* = a_0 + a_1 * 2;$$

$$y_3^* = a_0 + a_1 * 3;$$

$$y_4^* = a_0 + a_1 * 4;$$

$$y_5^* = a_0 + a_1 * 5;$$

По найденному линейному тренду экстраполируется убыточность на следующий год, т.е.

$$y_6^* = a_0 + a_1 * 6; \quad (8.5)$$

Полученная убыточность для  $i=6$  может быть принята за основную часть нетто-ставки.

В) Для определения рискованной надбавки необходимо по следующей формуле рассчитать среднее квадратическое отклонение фактических значений убыточности от выровненных значений:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i^* - y_i)^2}{n-1}}. \quad (8.6)$$

Используемые для определения рискованной надбавки показатели приведены в следующей таблице 62.

Таблица 62 – Показатели для определения рискованной надбавки

Год	I	Фактическая убыточность (Y <sub>i</sub> )	Выворенная убыточность (Y <sub>i</sub> <sup>*</sup> )	Отклонения выворенной убыточности от фактической убыточности (Y <sub>i</sub> <sup>*</sup> -Y <sub>i</sub> )	Квадраты отклонений (Y <sub>i</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>i</sub> ) <sup>2</sup>
2007	1	Y <sub>1</sub>	Y <sub>1</sub> <sup>*</sup>	Y <sub>1</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>1</sub>	(Y <sub>1</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>1</sub> ) <sup>2</sup>
2008	2	Y <sub>2</sub>	Y <sub>2</sub> <sup>*</sup>	Y <sub>2</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>2</sub>	(Y <sub>2</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>2</sub> ) <sup>2</sup>
2009	3	Y <sub>3</sub>	Y <sub>3</sub> <sup>*</sup>	Y <sub>3</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>3</sub>	(Y <sub>3</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>3</sub> ) <sup>2</sup>
2010	4	Y <sub>4</sub>	Y <sub>4</sub> <sup>*</sup>	Y <sub>4</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>4</sub>	(Y <sub>4</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>4</sub> ) <sup>2</sup>
2011	5	Y <sub>5</sub>	Y <sub>5</sub> <sup>*</sup>	Y <sub>5</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>5</sub>	(Y <sub>5</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>5</sub> ) <sup>2</sup>
Сумма	15	Сумма Y <sub>i</sub>	Сумма Y <sub>i</sub> <sup>*</sup>	Сумма (Y <sub>i</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>i</sub> )	Сумма (Y <sub>i</sub> <sup>*</sup> - Y <sub>i</sub> ) <sup>2</sup>

Подставив рассчитанные показатели в формулу (3.6), получим:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i^* - y_i)^2}{5-1}}$$

Г) Нетто-ставка рассчитывается следующим образом:

$$T_n = y_n^* + \beta(\gamma, n) * \sigma \quad (8.7)$$

где  $\beta(\gamma, n)$  - коэффициент, используемый для исчисления размера рискованной надбавки. Величина  $\beta(\gamma, n)$  зависит от заданной гарантии безопасности  $\gamma$  (той вероятности, с которой собранных взносов хватит на выплаты страховых возмещений) и  $n$  - число анализируемых лет . В нашем случае при  $n=5$  и  $\gamma=0,80$  величина  $\beta(\gamma, n)=1,592$ .

Следовательно, используя формулы (3.7) и (3.5) находим нетто-ставку.

Брутто-ставка  $T_\sigma$  рассчитывается по формуле

$$T_\sigma = \frac{T_n * 100}{100 - f} \quad (8.8)$$

Следовательно, при доли нагрузки в общей тарифной ставке  $f = 25\%$ , брутто-ставка равна

$$T_\sigma = \frac{T_n * 100}{100 - 25} \quad (\%) \quad (8.9)$$

В соответствии с выше рассчитанным, брутто-ставка будет составлять  $T_\sigma\%$  общей страховой суммы.

В связи отсутствием данных по убыточности нами взята для расчета методика расчета страховой премии на основе оценки степени риска на медицинскую организацию (коллективная) и на медицинского одного работника.

В целях расчета страховых тарифов по страхованию необходимо использование исходных статистических данных за последние три и более полных финансовых года, предшествующих дате расчета.

Расчет страховой премии для среднего медицинского персонала

По аналогии с Законом Республики Казахстан от 1 июля 2003 года № 446-ІІ «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» размер страховой выплаты определен следующим образом (Статья 24 вышеуказанного Закона).

Предельный объем ответственности страховщика по одному страховому случаю (страховая сумма) составляет (в месячных расчетных показателях):

1) за вред, причиненный жизни или здоровью каждого потерпевшего и повлекший:

смерть - 1000;

установление инвалидности:

I группы - 800,

II группы - 600,

III группы - 500;

«ребенок-инвалид» - 500;

увечье, травму или иное повреждение здоровья без установления инвалидности - в размере фактических расходов на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но не более 300. Размер страховой выплаты за каждый день стационарного лечения должен составлять не менее 10 месячных расчетных показателей.

Также использована информация месячного расчетного показателя для исчисления пособий и иных социальных выплат, а также для применения штрафных санкций, налогов и других платежей в соответствии с законодательством Республики Казахстан в размере 1 731 тенге (статья 9 Закона РК от 23.11.2012 года № 54-V «О республиканском бюджете на 2013-2015 годы»).

Согласно предложенной методике расчёта тарифных ставок в обязательном порядке определяются следующие составляющие страхового тарифа.

1) основная часть нетто ставки  $T_0$

2) рисковая надбавка  $T_p$

3) тарифная нетто-ставка  $T_n = T_0 + T_p$

4) базовая ставка  $T_b$

Нетто ставка  $T_n$  состоит из двух частей – основной части  $T_0$  и рискованной надбавки  $T_p$ :

$$T_n = T_0 + T_p . \quad (10.1)$$

Основная часть нетто-ставки ( $T_0$ ) это произведение частоты страховых случаев и тяжести убытков и рассчитывается по формуле (в % от страховой суммы)

$$T_0 = 100 \frac{S_e}{S} q \quad (\%), (10.2)$$



где  $q$  - вероятность наступления страхового случая - частота,  $S$  - средняя страховая сумма,  $S_e$  - среднее возмещение,  $\frac{S_e}{S}$  - тяжесть убытка по данному виду страхования. В данном случае принято  $\frac{S_e}{S}$  по степени тяжести убытка, указанным выше для каждого случая в зависимости от полученного вреда здоровью и жизни выгода приобретателя, так как страховые выплаты фиксированы по степени тяжести в расчете МРП.

Год	Количество объектов страхования (в единицах)
	Итого
2010	143822
2011	159870
2012	166654

	Количество страховых случаев
1	43
2	34
3	31

Получаем вероятности наступления страховых случаев по следующей формуле.

$$q_i = \frac{\text{количество страховых случаев}}{\text{количество застрахованных объектов}} = B_i$$

- частота страховых случаев по конкретной больнице и по вреду здоровья и жизни выгода приобретателю (вероятность наступления страховых случаев).

Вероятности страховых случаев получены в следующей таблице.

	Вероятность
1	0,00007
2	0,00005
3	0,00004

Размеры страховых выплат в тенге, учтенные в расчетах, указаны в нижней таблице.

	Страховая выплата
1	692400
2	692400
3	692400

В силу (10.2) и (10.3) основная часть нетто-ставки в тенге равна

$$T_0 = 100 \frac{S_e}{S} q (\%) .$$

	T0
1	47
2	35
3	30
Среднее	

Пусть 163272 - планируемое количество будущих договоров страхования.  
Сумма, оплачиваемая средним медицинским персоналам, составляет 1260 тенге за каждого медицинского работника в год.

#### Расчет страховой премии для врача

Год	Количество объектов страхования (в единицах)
	Итого
2010	63855
2011	62239
2012	60664

	Количество страховых случаев
1	831
2	799
3	733

Получаем вероятности наступления страховых случаев по следующей формуле.

$$q_i = \frac{\text{количество страховых случаев}}{\text{количество застрахованных объектов}} = B_i$$

- частота страховых случаев по конкретной больнице и по вреду здоровья и жизни выгода приобретателю (вероятность наступления страховых случаев).

Вероятности страховых случаев получены в следующей таблице.

	Вероятность
1	0,00026
2	0,00024
3	0,00020

Размеры страховых выплат в тенге, учтенные в расчетах, указаны в нижней таблице.

	Страховая выплата
1	692400
2	692400
3	692400

Пусть 62253 - планируемое количество будущих договоров страхования.

Сумма, оплачиваемая средним медицинским персоналом, составляет 10500 тенге за каждого медицинского работника в год.

## **5 АНАЛИЗ И МОДЕЛИРОВАНИЕ ВИДОВ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

В странах ОЭСР можно выделить две основные модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников: социальная и рыночная модель страхования.

Социальная модель страхования предполагает большую ответственность со стороны государственных органов в части создания Фонда здравоохранения, что требует дополнительных финансовых вложений в уставной и резервный капитал и принятия соответствующих нормативно-правовых актов для регулирования данной деятельности. Кроме того при использовании данной модели государство вынуждено полагаться на административный диктат, вместо применения рыночного механизма. Однако имеется и положительная сторона данной модели, так как существует финансовая стабильность, которая возникает вследствие наличия достаточных финансовых ресурсов для покрытий страховых выплат и возможность использования эффекта масштаба, что приводит к снижению совокупных издержек. В рамках социальной модели можно выделить системы «вины» и «без вины».

Система «вины» предполагает, что страховые выплаты будут осуществлены только при наличии введенного в действие судебного решения. Это говорит, что при данной системе обязательно рассмотрение вопроса допущения ошибки со стороны медицинского работника в судебном порядке. Данный факт увеличивает расходы на судебные издержки (гонорар адвоката и другие обязательные административные выплаты) и приводит к продолжительному временному лагу между обращением в суд по поводу страхового случая и выплатой страховых сумм. В рамках системы «вины» можно использовать фиксированную страховую премию, которая выплачивается в зависимости от размера заработной платы и ранжированную страховую премию, которая определяется в зависимости от профессии, стажа работы и региона работы медицинского работника.

При использовании фиксированной страховой премии могут возникнуть недовольства со стороны медицинских работников, у которых отмечается низкий риск возникновения ошибок, поскольку риск неблагоприятных исходов у терапевта и хирурга несравним. Однако такая страховая премия проста в применении, так как тут отсутствует доля непредсказуемости и нет необходимости проведения постоянных актуарных расчетов для корректировки страховой премии, что говорит и об отсутствии дополнительных расходов на перерасчеты.

Ранжированная страховая премия основана на справедливом принципе определения страховой премии. Однако такая форма установления страховой премии сложна для начинающих свою профессиональную практику медицинских работников, поскольку они заведомо рассматриваются как высоко рискованные работники. Кроме того в данном случае можно использовать систему

«бонус-малус», где есть возможность дополнительного выигрыша для медицинских работников, у которых отмечается низкий риск возникновения неблагоприятных последствий медицинской деятельности. Отрицательной стороной отмечается необходимость осуществления постоянной работы над корректировкой страховой премии. Также необходимо создание единой базы медицинских работников в режиме on-line, а ее администрирование скажется на общем размере расходов.

Система «без вины» не требует выяснения факта наличия вины медицинского работника в судебном порядке, такой механизм заменяется наличием медиативных центров. Такой факт говорит о снижении издержек и сокращении временного лага за счет досудебного порядка рассмотрения дел. В системе «без вины» также используется фиксированная страховая премия, которая выплачивается в зависимости от размера заработной платы и ранжированная страховая премия, которая определяется в зависимости от профессии, стажа работы и региона работы медицинского работника. Их характеристики были описаны выше.

Рыночная модель страхования привносит большую ответственность на рыночные механизмы, нежели на государственные органы. Применение данной модели предполагает использования целой сети сложившихся на рынке страховых компаний, что не требует дополнительных денежных средств на создание Фонда здравоохранения. Кроме того данную модель отличает высокое качество услуг страховых компаний, которые имеют достаточный опыт ведения такой деятельности. Такие компании кроме всего прочего имеют возможность диверсификации страхового портфеля и снижения страховой премии. Из отрицательных сторон использования данной модели следует отметить наличие риска отсутствия достаточных финансовых ресурсов, при наступлении случая несостоятельности страховых компаний. Также существует необходимость вступления в договорные отношения с отдельными страховыми компаниями, развития бизнеса в регионах и поиск клиентов, которые сопряжены с дополнительными издержками.

В рыночной модели также как и в социальной модели есть система «вины» и «без вины», используется фиксированная и ранжированная страховая премия, которые были описаны выше.

Рассмотрев предложенные модели страхования, считаем целесообразным использование в Республике Казахстан социальной модели страхования путем создание фонда. Как показывает мировая практика там, где Государство берет на себя ответственность по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощи, функционирует социальная модель в лице государственного фонда либо некоммерческой профессиональной организации. В прочем по мере внедрения страхования профессиональной ответственности в будущем можно предположить использование государственно-частного партнерства. Если говорить о системах «вины» и «без вины» то тут мы больше склоняемся больше к системе «без вины», поскольку система «вины» налагает нагрузку на судебную систему, которая также не готово к рассмотрению множества дел по

определению вины медицинских работников. Также мы предлагаем оплачивать не только врачебную ошибку, но халатность и несчастный случай.

Кроме того практика стран ОЭСР говорит о том, что около 50% сумм возмещенных ущербов направлены на компенсацию судебных издержек. Если учитывать возможное количество предполагаемых судебных разбирательства, это может привести к перегрузке судей и к большим административным расходам, которых уже будет много в связи с созданием Фонда здравоохранения.

При определении премии необходимо отдать предпочтение ранжированной премии, которая определяется в зависимости от профессии, стажа и региона работы медицинского работника, поскольку она считается более справедливым по сравнению с фиксированной ставкой.

При использовании фиксированной страховой премии могут возникнуть недовольства со стороны медицинских работников, у которых отмечается низкий риск возникновения ошибок, поскольку риск неблагоприятных исходов у терапевта и хирурга нельзя сравнить.

Ранжированная страховая премия основана на принципе справедливости определения страховой премии. Кроме того в данном случае можно использовать систему «бонус-малус», где есть возможность дополнительного выигрыша для медицинских работников, у которых отмечается низкий риск возникновения неблагоприятных последствий деятельности.

В таблицах 63, 64 представлен SWOT-анализ моделей обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников.



Таблица 63 – SWOT-анализ рыночной модели обязательного моделей обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>Сложившаяся рыночная система страхования                      Более эффективное распределение ресурсов страховыми компаниями                      Высокое качество услуг страховых компаний                      Возможность урегулирования претензий на до судебном этапе                      В системе работают сильные страховые компании, которые имеют большой опыт в страховом бизнесе                      Возможность снижение страховой премии                      Диверсификация страхового портфеля                      Частный капитал                      Установление различных премий в зависимости от специальности, профиля организации</p>	<p>Отсутствует полная и достоверная статистика у страховщика                      Необходимо наличие договорных отношений, что ведет к дополнительным затратам                      Необходимость в развитии бизнеса в регионах, что ведет к дополнительным затратам                      Привлечение клиентов ведет к дополнительным затратам                      Высокие ставки для молодых врачей                      Риск отсутствия достаточных финансовых ресурсов                      Отсутствие единых операционных стандартов                      Высокие операционные расходы                      Присутствует риск неопределенности</p>
<p>Возможности</p>	<p>Угрозы</p>
<p>Развитие конкурентной среды между страховыми компаниями (новый вид страхового продукта)                      Низкая степень контроля проверяющих органов                      Создание новых рабочих мест в страховых компаниях                      Вступление в ВТО, конкуренция с участием иностранных страховых компаний</p>	<p>Банкротство страховой компании                      Изъятие лицензии контролирующего органа                      Возможны некачественные и различные актуарные расчеты                      Регулирование страхового рынка, подразумевают повышение минимального уставного капитала, новые требования к составу и структуре активов, собственники страховых компаний могут выйти с данного рынка страхования                      Увеличение стоимости медицинских услуг                      Снижение рентабельности страхового бизнеса.</p>

Таблица 64 – SWOT-анализ социальной модели обязательного моделей обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>Единственный участник в процессе страхования профессиональной ответственности медицинских работников (Фонд здравоохранения).</p> <p>Наличие полной картины о ситуации на рынке и статистике страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Финансовая стабильность. Наличие достаточных финансовых ресурсов для покрытий страховых выплат.</p> <p>Возможность максимально использовать эффект от масштаба, что приводит к снижению издержек.</p> <p>Возможность использования новых технологий (информационные технологии) упрощение документооборота, развитие облачных технологий.</p> <p>Возможность следования единым стандартам на продукцию и предоставляемые услуги.</p> <p>Отсутствие фактора неопределенности.</p> <p>Возможность урегулирования претензий на до судебном этапе.</p> <p>Деньги автоматически снимаются в виде процента от заработной платы медицинского работника.</p> <p>Нет необходимости проведения постоянных актуарных расчетов для корректировки страховой премии.</p>	<p>Необходимо наличие уставного капитала для создания Фонда здравоохранения.</p> <p>Необходимо наличие значительных средств для формирования резервов Фонда.</p> <p>Необходимость принимать форму административного диктата, подменяющего экономический механизм.</p> <p>Возможность переложить издержки в значительной мере на конечного потребителя, который не в состоянии оказывать обратного влияния.</p> <p>Установление одинаковых процентных % отчислений на страхования для терапевта и хирурга.</p> <p>Нечеткой становится ответственность медицинского работника за риск.</p> <p>Требует большего внесения изменений в нормативно-правовую базу.</p>
<p>Возможности</p>	<p>Угрозы</p>
<p>Поддержка государства.</p> <p>Деятельность фонда регулируется НПА.</p> <p>Новый вид продукта.</p> <p>Возможность быстрого роста компании и аккумулялирование средств.</p>	<p>Утрачивается страховой характер системы.</p> <p>Высокая зависимость от политической системы.</p> <p>Высокая степень контроля проверяющих органов.</p> <p>Дефицит квалифицированных специалистов.</p> <p>Претензии со стороны врачей касательно равномерного распределения рисков.</p> <p>Снижение качества предоставляемых услуг.</p>

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Точкой отсчета времени в деятельности, направленной на разработку системы страхования медицинских работников стало выступление Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева перед депутатами Парламента с посланием народу «Социальная модернизация Казахстана: 20 шагов к Обществу Всеобщего Труда». Как отметил Глава государства в своей речи, одним из перспективных вопросов модернизации является развитие такой формы страховой медицины, при которой ответственность за здоровье разделяют три стороны: человек, его работодатель и государство. В связи с этим, существует острая необходимость в рассмотрении вопроса о введении страхования профессиональной ответственности врачей за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

Введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников обусловлено сложившейся ситуацией в нашей стране: в Казахстане не ведется официальная статистика врачебных ошибок, в дополнении к этому нет и качественной экспертизы, мер наказания и законодательной базы для защиты прав пациентов и медицинских работников, а уровень оказания медицинской помощи оценивается по количеству жалоб пациентов.

По данным Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности количество обоснованных жалоб на качество медицинской помощи за период с 2010 по 2012 год неуклонно растет. Такое количество жалоб на медицинскую помощь, безусловно, перегружает работу судебных органов и, соответственно, увеличивают бюджетные расходы на судебные разбирательства. А вопрос о том, что жалобы на медицинскую помощь рассматриваются в судах общей юрисдикции, которые не в полной мере учитывают специфику медицинской деятельности даже и не поднимается.

Кроме того, следует отметить тот факт, что право пациента на возмещение вреда причиненного его здоровью, связанного с предоставлением медицинской помощи закреплены в ряде нормативно-правовых актов Республики Казахстан.

С принятием 1 июля 1999 года особенной части Гражданского кодекса, положения которого представляют собой основу казахстанской гражданской правовой системы и включают в себя детальное описание большинства юридических норм, в том числе отношения связанные с обязательственным правом, обязательства виновного лица по возмещению вреда оформились в нормативном порядке. В ряду последней группы обязательств одно из основных мест занимают обязательства в связи с возмещением вреда, причиненного жизни или здоровью, и в связи с компенсацией морального вреда. Нормы гражданского кодекса определяют, что вред (имущественный и (или) неимущественный), причиненный неправомерными действиями (бездействием) имущественным или неимущественным благам и правам граждан подлежит возмещению лицом, причинившим вред, в полном объеме (статья 917, параграф 1, глава 47).

Право пациента на возмещение вреда рассматривается в законе Республики Казахстан № 274-IV «О защите прав потребителей» от 4 мая 2010 года. Положения данного закона говорят о том, что потребитель (в нашем случае пациент) имеет право на возмещение убытков (вреда), причиненных его жизни, здоровью и (или) имуществу вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), в полном объеме. Данное право с другой стороны порождает ответственность у продавца (изготовителя, исполнителя) в полном объеме возместить вред, причиненный жизни, здоровью и (или) имуществу потребителя вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги) либо вследствие неполной, недостоверной или несвоевременной информации о товаре (работе, услуге) (статья 31).

Следует отметить, что право пациента рассматривается и в Кодексе Республики Казахстан № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года. Согласно положениям кодекса предусматривается право населения на возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным назначением и применением медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (п. 6, ст. 88, гл.16, раздел 5). Также в данном кодексе предполагается право на возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, в соответствии с законодательством Республики Казахстан лиц, заражение ВИЧ или заболевание СПИД которых произошло в результате ненадлежащего исполнения своих обязанностей медицинскими работниками и работниками сферы бытового обслуживания (п. 3, ст. 113, гл.16, раздел 5).

Все вышеуказанные нормативные акты, наряду с созданием правовой основы для защиты гражданских прав пациента и его родственников, существенно увеличили риск профессиональной деятельности медицинского работника, поскольку ни в одном из них не предусмотрены юридические нормы, которые необходимы для организации и осуществления корректной правовой защиты, имущественных интересов врача в случаях возникновения его гражданской ответственности вследствие причинения вреда жизни и здоровью пациента, а также морального вреда ему и его родственникам. Только в кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» предусматривается право медицинского работника на страхование профессиональной ответственности за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника. Однако данное право медицинского работника не раскрыто ни в одном из специальных нормативно-правовых актах.

Подобное положение дел, которое подчеркивает дисбаланс в отношениях пациент – медицинский работник, без сомнения, склоняет чашу весов в сторону пациентов и оставляет медицинских работников, профессиональная деятельность которых усложнена в силу специфичности их работы, фактически без защиты.

Исходя из вышеперечисленного, следует отметить актуальность и необходимость исследования данной проблемы. Одним из артефактов, на основе которого должны быть приняты политические государственные решения, является социологический опрос мнения населения. И в рамках разработки Казахстанской модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников следует провести социологическое исследование среди медицинских работников и населения в целях выявления их мнения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников на всей территории Республики Казахстан. Результаты опроса представлены в первой главе настоящего отчета.

Кроме того, был проведен анализ жалоб на качество оказанной медицинской помощи, поступивших в территориальные департаменты Комитета контроля медицинской и фармацевтической помощи. Данный анализ представлен во второй главе отчета.

На основе анализа жалоб населения на качество оказанной медицинской помощи были проведены предварительные актуарные расчеты.

По результатам наших исследований можно сделать следующие **выводы**:

1. Решение проблемы профессиональной защиты врача в рыночных условиях видится в страховании профессиональных рисков, поскольку такое страхование защищает от непредвиденных обстоятельств, возникающих в его профессиональной деятельности. На медицинских работников, оказывающих медицинские услуги населению, распространяются положения гражданского и уголовного законодательства, предусматривающие виды ответственности за нанесение вреда здоровью пациента. В этих условиях как пациенты, так и юридические и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность, должны иметь эффективную страховую защиту на случай причинения вреда при осуществлении медицинской деятельности.

2. По результатам проведенного социологического исследования выяснилось, что в целом решение о введении в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников поддерживается большей половиной (57,2%) медицинских работников. В большинстве своем (74,9%) медицинские работники осознают актуальность проблемы возникновения осложнений у пациента по вине медицинского персонала. Причем за обязательность страхования профессиональной ответственности выступают 61,1% медицинских работников. Социологический опрос оценил готовность медицинских работников осуществлять взносы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

3. Как показал социологический опрос населения, проблему возникновения осложнений у пациента по вине медицинского работника считают актуальной 49% населения, очень актуальной 26% граждан страны. Каждый пятый опрошенный (24,1%) указал на факт причинения вреда здоровью пациента в результате вины медицинского работника, с которыми сталкивались он сам или родственники. 13,2% опрошенных лиц обращались с жалобами на причинение вреда здоровью пациента медицинским работником



куда-либо. В целом решение о введении в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников поддерживается 58,2% населения.

4. По форме страхования мнения населения и медицинских работников разделились. Медицинские работники большинством голосов выступают за смешанную форму страхования (33%), профессиональную ассоциацию выбрали около 30% респондентов, а фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства поддерживают 29% опрошенных лиц. А население, прежде всего, выступает за фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства (39,4%), 27,5% респондентов считают приемлемым смешанную форму страхования, 20% населения думаю о привлечении для данной формы страхования частных страховых компании. В то время, как только 13% граждан задумываются о страховании ответственности медицинских работников посредством профессиональной ассоциации медицинских работников.

5. Мнения медицинских работников и населения совпадают по поводу органа, который должен определить вину медицинского работника, и соответственно, принять решение о выплате компенсации. 44,6% населения выступают за независимую квалифицированную комиссию и солидарны с ними 70% медицинских работников. Судебные органы поддерживаются 28,6% граждан, в то время, как только 9% медицинских работников отдают предпочтение им.

6. По мнению ППС Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова и ведущих экспертов основной причиной необходимости страхования профессиональной ответственности, по мнению врачей, является потребность в обретении юридической защиты собственной деятельности, поскольку их клиническая практика изобилует конфликтными ситуациями, несмотря на пациентоориентированную помощь. Основными причинами, затрудняющими становление института страхования профессиональной ответственности медицинских работников, является несовершенство законодательства о страховании. Врачи в своем большинстве не обладают достаточным уровнем знаний по вопросу страхования своей профессиональной ответственности. Врачи не выражают желания застраховать свою профессиональную ответственность лично, считая оплату своего труда несправедливой, несмотря высокие нагрузки и меру ответственности.

7. Внедрение системы страхования профессиональной ответственности должно осуществляться при соблюдении принципов экономической целесообразности и социальной защищенности медицинских работников и адекватном балансе элементов компенсации и сдерживания.



**Практические рекомендации:**

1. К внедрению рекомендуется целесообразность использования в Республике Казахстан социальной модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

2. Следует рассмотреть создание органа, к компетенции которого должна быть отнесена деятельность по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников.

3. Следующим шагом повышения профессиональной защиты медицинских работников в Республике Казахстан должна стать разработка и внедрение нормативно-правовой базы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

4. Желательно распространить порядок лицензирования медицинских организаций на деятельность врачей.

5. Шире использовать в практике здравоохранения медиацию как форму внесудебного разрешения споров и конфликтов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы: Утв. Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.-Астана,2011
- 2 Постановление Правительства Республики Казахстан «О стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2010-2014 годы»: Утв. 10 февраля 2010 года № 81.- Астана,2011
- 3 Ахметов В.И. Теоретические и методологические основы создания комплексной системы обеспечения и непрерывного совершенствования качества в здравоохранении в Республике Казахстан: дис. ... док. мед. наук. - Семей, 2008. - 258 с.
- 4 Абдрахманова С.А. Научное обоснование подходов к реализации прав пациентов в Республике Казахстан в условиях реформирования здравоохранения: дис. ... канд. мед. наук. - Алматы, 2010. – 147 с.
- 5 Рахыпбеков Т.К., Адылханов Т.А., Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за медицинские ошибки за рубежом и в Республике Казахстан.- Семей, 2008.- 126 с.
- 6 Камалиев М.А., Айтманбетова А.А. Престиж врача и мотивация врачебной деятельности в современных условиях // ПМСП как приоритетное направление реформы здравоохранения. Результаты, проблемы, перспективы развития: сборник научно-практических работ, посвященных 150-летию города Алматы. – Алматы, 2004. – С. 143-147.
- 7 Камалиев М.А., Айтманбетова А.А. Сравнительная характеристика организации и условий труда городских и сельских врачей //Вестник Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. – 2005.- № 1-2 (22). – С. 137-140.
- 8 Камалиев М.А., Мустапаева Р.Т., Айтманбетова А.А. Проблемы оплаты труда работников здравоохранения и образования в современных условиях //Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2005.- № 33. – С. 13-16.
- 9 Камалиев М.А., Айтманбетова А.А. Социологическая оценка статуса врача в современном обществе // Информационный листок. – КазгосИНТИ, 2005.- № 15- С. 4
- 10 Камалиев М.А., Айтманбетова А.А., Мустапаева Р.Т. О статусе врача и преподавателя в современном обществе // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2005.- № 35. – С. 32-36.
- 11 Айтманбетова А.А. О положении медицинских работников в условиях рыночных отношений // Новые технологии в медицине и фармации: Материалы международной конференции, посвященной 10-летию независимости РК. – Астана, 2000. - С. 15.
- 12 Айтманбетова А.А. Комплексная медико-социологическая оценка статуса врача в рыночных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Алматы, 2005. – 24 с.

13 Айтманбетова А.А., Камалиев М.А. О проблемах медицинского персонала в переходный период // Медицина и образование в 21 веке: материалы международной конференции, посвященной 70-летию КазГМУ. – Алматы, 2001. – С. 37.

14 Камалиев М.А., Робин Томпсон, Буздаева С.С., Сарбасов К.Т., Айтманбетова А.А. Проблемы системы здравоохранения Казахстана в переходный период // Десять лет реформ на постсоветском пространстве: ожидания, результаты, перспективы: материалы международной научной конференции. – Алматы, 2001. – С. 279-283.

15 Камалиев М.А., Буздаева С.С., Сарбасов К.Т., Айтманбетова А.А. Анализ проблем доступности медицинской помощи населению // Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан: материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с международным участием. – Алматы, 2002. – С. 128-131.

16 Айтманбетова А.А. Алматы қаласының бірқатар медициналық мекемелері дәрігерлерінің қоғамдағы әлеуметтік орны // Медицина денсаулық жылдарында: ғылыми, оқу-әдістемелік еңбектер жинағы. – Алматы, 2002. – 7-10 б.

17 Айтманбетова А.А. Социальный статус врачей ряда медицинских учреждений г. Алматы // Сборник докладов международной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Алматы, 2004. – С. 257-258.

18 Камалиев М.А., Шумбалов Н.М., Бигалиев М.Х., Айтманбетова А.А. Социологическая оценка профессии врача в современном обществе // Проблемы фундаментальной науки и клинической медицины: сборник научных трудов КазНМУ. – Алматы, 2004. – С. 169-172.

19 Айтманбетова А.А. Оценка статуса врача в современных условиях // Сборник трудов VI конференции молодых ученых-медиков стран СНГ. – Алматы, 2004. – С. 3-4.

20 Камалиев М.А., Шумбалов Н.М., Бигалиев М.Х., Айтманбетова А.А. Проблемы здоровья и образа жизни врачей // Проблемы, опыт и перспективы развития программы проведения скрининга, раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и оздоровления населения РК: материалы международной научно-практической конференции. – Астана-Алматы, 2004. – С. 204-206.

21 Камалиев М.А., Айтманбетова А.А. Удовлетворенность врачей организацией и условиями труда // Наука и здравоохранение. – 2004, № 4. – С. 65-68.

22 Садыкова А.Б. Роль общественный медицинских объединений в развитии общественного здравоохранения в Республике Казахстан: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2003. – 26 с.

23 Сагиндыкова А.Н. Конституционно-правовые проблемы охраны здоровья граждан в Республике Казахстан. – Алматы: Білім, 1997. – 168 с.

- 24 Правовые основы медицинского страхования в Республике Казахстан. - Алматы: Білім, 1996. – 176 с.
- 25 Мохов А.А. Теоретические проблемы медицинского права России: Монография. - Волгоград: изд-во Волгоградского государственного университета, 2002. - 176 с.
- 26 Леонтьев О.В. Медицинская помощь: права пациента. — Спб.: ИК «Невский проспект», 2002. - 160 с.
- 27 Файнштейн А.Б. Социальные субъекты защиты прав пациента: дис. канд. социол. наук.- ВолГМУ. - Волгоград, 2004. - 142 с.
- 28 Филиппов Ю.Н., Эделев Н.С., Краев И.П., Абаева О.ГГ. Соблюдение прав пациента как критерий правовой грамотности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений // Медицинское право,- 2008. - № 2. - С. 39-42.
- 29 Кривошеев Г.Г. Защита профессиональной медицинской деятельности в условиях современной России // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 1. - С. 47-49.
- 30 Золотых В.В., Жуков С.П. Обоснованный риск в медицинской деятельности // Медицинское право. - 2004. - № 4. - С. 3-7.
- 31 Балло А.М., Балло А.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред // СПб.: «БиС», 2001.- 374 с.
- 32 Антонова Н.Л., Булавин О.В., Белявский О.В., Карачев Г.Д. Реализация прав пациентов в системе ОМС // Социология медицины. - 2004. - № 3. - С. 45-48.
- 33 Азаров А.В., Захаров И.А., Косолапова И.В. Организационно-правовое обеспечение конституционного права граждан на медицинскую помощь // Здравоохранение. - 2000. -№ 10. - С. 15-23.
- 34 Бирлидис Г.В. Особенности применения гражданского процессуального права в здравоохранении // Экономика здравоохранения. - 2001. - № 2. - С.38-39.
- 35 Буланова Л.В., Воробьев П.Л. О некоторых вопросах медицинского права // Медицина и Право: материалы конференции. - М.: Международная академия предпринимательства, 1999. - С. 149-153.
- 36 Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. - 2001. - № 1. - С. 38 - 41.
- 37 Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Рук- во. - М.: Медицина, 2003. - 1048 с.
- 38 Решетников А.В., Астафьев Л.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины. - 2005. - № 1. - С. 32-37.
- 39 Решетников А.В. Современные социальные изменения и общественном здоровье и моделях медицины // Социология медицины. - 2006. - № 1. - С. 3-8.
- 40 Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. - М.: Изд-во «Статус», 1998. - 418 с.

- 41 Старостепкова Т.Л. Мотивация профессиональной деятельности // Стоматолог. - 2006. - № 27. - С. 45-49.
- 42 Квернадзе Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения // Государство и право. - 2001. - № 8. - С.99-104.
- 43 Козьминых Е. Ответственность медицинских работников по уголовному и гражданскому законодательству // Медицинская газета. – 2000. - 29 ноября. - С.7.
- 44 Жилина Т.Н. Социологический подход к изучению социальных и экономических аспектов отношений в медицинском коллективе // Социология медицины. - 2006. - № 1. - С. 18-21.
- 45 Кагаловская Э.Т., Солощева С.А., Лысенкова М. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников России: сущность и проблема развития // Финансы. - 2003.- № 10. - С. 42-46.
- 46 Азаров А.В. Некоторые аспекты страхования профессиональной ответственности медицинских работников // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - № 3. - С. 32- 33.
- 47 Жаров В.В., Фадеев С.П. Практика возбуждения гражданских и уголовных «врачебных» дел // Здравоохранение. - 2001. - № 10. - С. 161-166.
- 48 Малеина М.Н. О предмете гражданского права // Государство и право.- 2001.-№ 1. - С. 25-31.
- 49 Сергеев Ю.Д., Капунникова Л.В. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания // Медицинское право. - 2005. - № 2(10). - С. 31-33.
- 50 Сергеев Ю.Д., Кашко Б.В., Кашко Е.Г. Некоторые особенности правового регулирования оказания медицинской (стоматологической услуги) в ГК РФ // Медицинское право. - 2004. - № 2. - С. 16-20.
- 51 Давыдова С.В., Мирсаева Ф.З., Давлетшина Р.М. Анализ причин повторного обращения пациентов за стоматологической помощью / Акт. вопр. стоматологии: сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф. посв. 120-летию со дня рождения А.И. Евдокимова.- М., 2003.- С. 38.
- 52 Правовые основы здравоохранения в России / Под ред. Шевченко Ю.Л.- М.: ГЕОТАР медицина, 2000. - 211 с.
- 53 Тихомиров А.В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) // Здравоохранение. - № 11. - 2000. - С. 149-164.
- 54 Тихомиров А.В. Здравоохранение: правовые аспекты // Главврач. - 2002. - № 6. - С. 38-40.
- 55 Михеев Р.И, Пути научного сотрудничества юристов и медиков на рубеже столетий // Медицина и Право: материалы конф. - М.: Междунар. акад. предпринимательства, 1999.- С. 46-58.
- 56 Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. - 2006. - № 1. - С.9-13.
- 57 Дронова Ю.А. Анализ основных прав пациентов в отношении но оказанию медицинских услуг // Медицинское право. - 2003. - № 3. – С. 21-23.



58 Лебедев А.А., Матвеев В., Зарубина А.В., Гончарова М.В. Особенности правового статуса государственных и негосударственных субъектов здравоохранения на современном этапе реформирования национальной системы здравоохранения // Экономика здравоохранения, 2004. - № 5-6. - С. 59-63.

59 Панфилова Т. Медикам нужна правовая и социальная защита // Фармацевтический вестник. - 2000. - № 17. - С.2.

60 Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: Проблемы юридической классификации // Российский следователь. - 2002. - № 5. - С. 7-11.

61 Степанов Е.М. Профессиональные и юридические вопросы врачебных ошибок // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 2. - С. 38-39.

62 Мазин П.В. Правовой статус врача в РФ/ П.В. Мазин, В.Х. Битяев // Вятский медицинский вестник. - 1999. - № 2. - С. 3-6.

63 Лукиных Л.М., Демин А.В. К вопросу о причинах конфликтов «врач-пациент» // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сборник тезисов. М., «Аниаиздат», 2001. - С. 78-79.

64 Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи // М.,: Иваново, 2001. - 284 с.

65 Кибкало А.П., Тимачева Т.Е., Мохов А.А. Правовые основы по защите врача-стоматолога / - Волгоград, 2003. - 38 с.

66 Бирлидис Г.В. Закон и право в здравоохранении Краснодарского края // Экономика здравоохранения. - 1999. - № 9-10. - С. 33-35.

67 Алексеев С.С. Общая теория права. - Москва, 1981. – 245 с.

68 Акопов В.И., Маслов П.Н. Право в медицине. - М.: Книга-сервис, 2002. - 352 с.

69 Мохов А.А. Некачественное медицинское обслуживание как источник повышенной опасности для окружающих // Современное право, - 2004. - №10.- С. 2- 6.

70 Данилочкина Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: автореф. дис.. - канд. юрид. наук. - Волгоград, 2003. — 20 с.

71 Данилочкина Ю.В. Сертификация и стандартизация как критерии оценки качества медицинской услуги: правовое реагирование // Главврач. - 2004. - № 7. - С.6 -11.

72 Духно И.А., Ивакип В.И. Понятие и виды юридической ответственности // Государство и право. - 2000. - № 6. - С. 12-17.

73 Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. - М.: «Медицина», 1979. - 168 с.

74 Гурочкина Ю.Д. Судебная медицина: Курс лекций /- М.: Право и закон, 2003. - 320 с.

75 Шкляева У.В. Критерии юридической ответственности при оказании медицинской помощи // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 5-6. - С. 65-66.

76 Назаров Б.Л. Ответственность юридическая. Юридический энциклопедический словарь / Под ред. Сухарева А.Я. - Москва, 1984. - 232 с.



- 77 Канунникова Л.В., Фролов Я.А., Фролова Е.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки // Медицинское право. - 2003. - № 2. - С.22-23.
- 78 Стогова П.Б., Григорьев И.Ю. Юридическая и моральная ответственность медицинских работников // Здоровоохранение.- 2002.- № 10.- С. 159-170.
- 79 Гончаров Д.В. Медицинское предпринимательство: уголовная ответственность за нарушение правил осуществления предпринимательской деятельности // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 9-10.- С.25-28.
- 80 Бондаренко Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников // Медицинское право. — 2006. - № 4. - С. 41-48.
- 81 Флоря В.Н. Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях // Медицинское право. - 2007. - № 4. - С. 49- 50.
- 82 Кречетов С.А. Медико-социологические аспекты профессиональных качеств врача-стоматолога: автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2000. - 19 с.
- 83 Болдинов В.М. Ответственность за причинение вреда источником повышенной опасности. - СПб., 2002. - 275 с.
- 84 Жилинская Е.В., Жилыева Е.П. Страхование профессиональной ответственности в здравоохранении // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - № 6. - С. 48-50.
- 85 Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита.- М.: МЗ Пресс, 2001. - 244 с.
- 86 Karlheinz K. Стоматология и качество жизни // Новое в стоматологии. - 2003. - № 4. - С. 56-61.
- 87 Shou L., C. Currie, McQueent O. Using a lifestyle perspective to understand loothbrushing behavior in Scottish children // Com Dent Oral Epidemiol. - 1997. - № 18. - P. 230-234.
- 88 Акопов В. И. Судебная медицина в вопросах и ответах (справочник-пособие для юристов и врачей). - Ростов на Дону.: Изд-во «Феликс», 1998. - С.42-43.
- 89 Бондаренко Н.П. Врач-стоматолог и пациент - новые реалии взаимоотношений // Клиническая стоматология. - 2005. - № 3. - С. 76.
- 90 Данилов Е.О. Правовые основы стоматологической практики. - СПб. Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002. - 176 с.
- 91 Малый А.В. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий // Медицинское право. -2003. - № 2. - С. 31-34.
- 92 Малый А.В., Жаров В.В. Защита врачей в конфликтных ситуациях // ТОП-медицина. - 2000. - № 5. - С. 6-14.
- 93 Седова Н.Н. Соотношение юридической, административной и этической регуляции деятельности медицинских работников // Медицинское право. - 2003. - № 3. - С. 34-46.

- 94 Piskoppel A. A. Relativization of the conflict space // Asilomar - 2001.- July.- P. 8-13.
- 95 Lipset S. Consensus and Conflict: Essays in political sociology. - New Brunswick / Oxford, 1985.
- 96 Sheiham A., Sheiham A., Tsakos G. Oral health needs assessment / - Community oral health. - Edinburgh: Elsevier Science Limited, 2005.
- 97 Юркип Г. О правах граждан при обращении за медицинской помощью // Врач. - 2000. - № 8. - С. 44-46.
- 98 Chen M., Andersen R.M., Barles D.E. Comparing oral health care systems / - Geneva, WHO, 1997. - 350 p.
- 99 Lopatin Y., Sedova N. Whom independent Ethical Committee. In Russia Depend On // Bulletin of EF GCP. – Geneva, 2001. - № 2/124.
- 100 Плешанов А.В. Страхование профессиональной ответственности врачей // ТОП- медицина. - 1998. - № 2. - С. 25-28.
- 101 Плаксин В.О., Гуртовой Б.Л., Обойнаков В.Б. Некоторые вопросы организации судебно- медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников // Судебно-медицинская экспертиза. - 1994. - № 1. - С. 3-6.
- 102 Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения // - Новосибирск, 2000. - 255 с.
- 103 Мохов А.А. К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) // Медицинское право. - 2005. - №1 (9). - С. 32-36.
- 104 Ларенцова Л.И., Соколова Е.Д. Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания // Российский стоматологический журнал. - 2002. - № 2. - С. 34-35.
- 105 Grath C. C. Grath, R. Bedi, M. Gilthorpe Oral health related quality of life - views of the public in the United Kingdom // Community Dental Health. -2000.- № 17.- P. 3-7.
- 106 Седова П.Н., Дмитриенко С.В. Ваш бизнес - стоматология (нормативная регуляция в стоматологии) / - Москва: Мед. книга, Н.Новгород: Изд-во НГМД, 2001. - 114с.
- 107 Риффе А.И. Юридическая оценка этического поведения. - Медицинское право.- 2008.- №2.- С. 42-44.
- 108 Попова Е.Г. Конфликты в лечебно-профилактических учреждениях: причины, условия и социальные последствия. автореф. дис ... канд. мед. наук, Волгоград, 2005. — 23 с.
- 109 Тучик Е.С., Полуен В.И., Логинов А.А. Об уголовной и гражданской ответственности врачей за профессиональные правонарушения / Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез - М.: «Авиаиздат», 2001. - С. 119-120.
- 110 Харитоновна М.П. Профилактика правовых ошибок в лечебно-диагностической деятельности специалистов // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2005. - № 2(13).- С. 63-66.

- 111 Тимофеев И., Леонтьев О. Юридическая оценка и правовые последствия медицинской ошибки // *Стоматолог.* - 2004. - № 6. - С. 9-13.
- 112 Тимофеев И., Леонтьев О. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты // *Стоматолог.* - 2004. - № 7. - С. 7-9.
- 113 Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А. Социологическая оценка качества медицинской помощи // *Здравоохранение РФ.* - 2001. - № 4. - С. 22-26.
- 114 Ерофеев С.В. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики // *Медицинское право.* - 2006. - № 3. - С. 42-48.
- 115 Евстафьева Т.И. Практика разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в стоматологии // *Экономика и менеджмент в стоматологии.* 2004. - № 1(12). - С. 64-65.
- 116 Герасименко Н.Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан. - М.: ГЕОТАР - МЕД, 2001. - 351 с.
- 117 Герасименко Н.Ф., Максимов Б.П. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: Комментарии, основные понятия, подзаконные акты / - М.: ГЕОТАР - МЕД, 2001. - 511 с.
- 118 Герасименко Н.Ф. Законодательное обеспечение реформы здравоохранения // *Медицинский вестник.* - 2002. - № 1. - С. 3.
- 119 Герасименко Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения РФ // *Здравоохранение РФ.* - 2003. - № 2. - С. 3-7.
- 120 Капранова С.З. Нормативно-правовая база страхования профессиональной ответственности медицинских работников в современных условиях // *Медицинское право.* - 2006. - №6. - С. 28-31.
- 121 Palmqvist S. Utilization of dental services in an elderly population // *Swed Dent J.* - 1999. - № 13. - P. 61-68.
- 122 Sheiham J. and Croog S.H. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities // *J. Behav Med.* - 1981. - № 4. - 257-72.
- 123 Kiyak H., Mulligan K. Studies of the relationship between oral health and psychological well-being // *Gerodontics.* - 1987. - № 3. - P. 109-112.
- 124 Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике / - Волгоград: Издатель, 2001. - 95 с.
- 125 Пашина Г. А., Жаров В.В. Судебно-медицинская экспертиза стоматологической помощи // *Медицинская газета.* - 2002. - № 10. - С. 10-11.
- 126 Мохов А.А., Мохова И.П. Функции обязательств вследствие причинения вреда здоровью или жизни пациента // *Медицинское право.* - 2006. - № 3. - С. 35-38.
- 127 Мохов А.А., Акишева Г.Г., Капранова С.Ю. Проблемы и перспективы страхования гражданской ответственности // *Общество и личность: Интеграция, партнерство, социальная защита: материалы 2 межрегиональной научно-практической конференции.* - Элиста. КФ МОСУ, 2006. - С. 160-165.

128 Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни в медицине // Клиническая медицина. - 2000. - № 2. - С. 10-13.

**Анкета медицинского работника**

Уважаемый респондент! Основной целью опроса является определение мнения медицинских работников относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане.

Полученные нами результаты будут детально проанализированы. Они будут использоваться Республиканским центром развития здравоохранения и Министерством здравоохранения Республики Казахстан в разработке программ и политики в целях улучшения системы здравоохранения, которые должны отражать интересы граждан Казахстана.

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

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

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

Номер анкеты

**Блок А. Просим Вас указать краткую информацию о себе:**

A1. Пол \_\_\_\_\_

A2. Возраст \_\_\_\_\_ лет

A3. Должность \_\_\_\_\_

A4. Тип Вашего медицинского учреждения \_\_\_\_\_ (областная больница, городская больница, районная больница, городская поликлиника, районная поликлиника, диспансер, НИИ, НЦ)

**Блок В. Основные вопросы анкеты**

B1. Как Вы считаете, насколько актуальна проблема возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника в нашей стране?

A) Очень актуальна

Б) Актуальна

В) Не очень актуальна

Г) Не актуальна

B2. Считаете ли Вы, что риск возникновения осложнений у пациента по вине медицинского работника одинаков у всех медицинских работников вне зависимости от специальности?

A) да

Б) нет

В3. Для каждого из представленных ниже специалистов просим отметить возможность причинения вреда здоровью пациента (просим отметить знаком ✓ напротив каждого варианта).

	ни в коем случае	маловероятно	возможно	обязательно
А) стоматолог				
Б) терапевт				
В) педиатр				
Г) акушер-гинеколог				
Д) хирург				
Е) анестезиолог				
Ж) медицинская сестра				
Другие (указать) _____				

В4. Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника?

- А) да
- Б) нет

В5. Приходилось ли Вам и Вашим коллегам/медицинскому учреждению возмещать расходы на лечение пациентов, у которых наблюдались осложнения по вине медицинского работника?

- А) да
- Б) нет

В6. Как Вы думаете, по какой причине допускается причинение вреда здоровью пациента (просим отметить знаком ✓ напротив каждого варианта)?

	ни в коем случае	маловероятно	возможно	обязательно
А) вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества				
Б) по причине некомпетентности				
В) по причине халатности				
Г) материально-технические причины оснащённости				
Д) по причине сложности медицинского случая				



Другие (указать)				
---------------------	--	--	--	--

В7. Как Вы относитесь на введение в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

- А) положительно
- Б) отрицательно
- В) нейтрально

В8. Какую форму страхования профессиональной ответственности Вы считаете приемлемой для нашей страны?

- А) В роли страховщика выступает Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения
- Б) В роли страховщика выступает Профессиональная ассоциация медицинских работников
- В) В роли страховщика выступают различные страховые компании
- Г) Смешанная форма, где страховщиком может быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения

В9. По Вашему мнению, страхование профессиональной ответственности медицинского работника должна быть обязательной?

- А) да
- Б) нет

В10. Готовы ли Вы платить определенную сумму денег в целях страхования профессиональной ответственности?

- А) да, полностью
- Б) да, на условиях, когда 50% покрывает Ваша медицинская организация, а 50% сам медицинский работник
- В) нет

В11. Какую сумму Вы готовы платит для страхования профессиональной ответственности?

- А) от 15000 до 20000 тенге в год
- Б) от 10000 до 15000 тенге в год
- В) от 5000 до 10000 тенге в год
- Г) до 5000 в год

В12. Какую позицию Вы придерживаетесь относительно размера взносов при страховании профессиональной ответственности медицинских работников?

- А) Единый взнос для всех специалистов медицинского учреждения
- Б) Фиксированный взнос в зависимости от специальности, региона, стажа

В13. По Вашему мнению, какой орган должен решить вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая?

А) специальная квалифицированная комиссия

Б) судебные органы

В) главный врач медицинской организации, где зафиксирован случай причинения вреда здоровью пациента

**Благодарим за участие!**

Дата \_\_\_\_\_

### Анкета для проведения опроса населения

Уважаемый респондент! Основной целью опроса является определение мнения населения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане.

Полученные нами результаты будут детально проанализированы. Они будут использоваться Республиканским центром развития здравоохранения и Министерством здравоохранения Республики Казахстан в разработке программ и политики в целях улучшения системы здравоохранения, которые должны отражать интересы граждан Казахстана.

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

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

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

Номер анкеты:

#### Блок А. Просим Вас указать краткую информацию о себе:

A1. Пол: \_\_\_\_\_

A2. Возраст \_\_\_\_\_ лет

A3. Образование \_\_\_\_\_ (среднее, среднее специальное, неоконченное высшее, высшее, академическая степень, научная степень)

A4. Социальный статус \_\_\_\_\_ (руководитель, служащий, рабочий, пенсионер, гражданин льготной категории, студент, безработный, предприниматель)

#### Блок В. Основные вопросы

V1. Как Вы считаете, насколько актуальна проблема возникновения осложнения у пациентов по вине медицинского работника в нашей стране?

А) Очень актуальна

Б) Актуальна

В) Не очень актуальна

Г) Не актуальна

V2. Считаете ли Вы, что можете пострадать в результате возникновения осложнений по вине медицинского работника в Казахстане?

А) Обязательно

Б) Возможно

В) Маловероятно

Г) Ни в коем случае

В3. Для каждого из представленных ниже специалистов просим отметить возможность причинения вреда Вашему здоровью (просим отметить знаком ✓ напротив каждого варианта).

	ни в коем случае	маловероятно	возможно	обязательно
А) стоматолог				
Б) терапевт				
В) педиатр				
Г) акушер- гинеколог				
Д) хирург				
Е) анестезиолог				
Ж) медицинская сестра				
З) Прочие (указать) _____				

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

- А) да
- Б) нет

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

- А) да
- Б) нет

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

- А) к главному врачу медицинской организации, где был зарегистрирован данный случай
- Б) в Управление здравоохранения Вашего региона
- В) в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности
- Г) в Министерство здравоохранения РК
- Д) в правоохранительные органы
- Е) в суд
- Ж) в СМИ
- З) другие (запишите свой вариант): \_\_\_\_\_

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

- А) несвоевременность оказания медицинской помощи

- Б) неправильное диагностирование заболевания
- В) неправильное назначение лечения
- Г) неправильное назначение лекарственных средств
- Д) заражение инфекцией во время медицинских манипуляций
- Е) осложнения во время хирургических манипуляций
- Ж) другое (запишите свой вариант) \_\_\_\_\_

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

- А) стоматолога
- Б) терапевта
- В) педиатра
- Г) акушер- гинеколога
- Д) хирурга
- Е) анестезиолога
- Ж) медицинской сестры
- З) другие (запишите свой вариант): \_\_\_\_\_

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

- А) обещали в рассмотрении жалобы
- Б) принесли извинения за случившееся
- В) наказали виновного медицинского работника выговором, штрафом или увольнением
- Г) возместили причиненный вред здоровью
- Д) другие (запишите свой вариант): \_\_\_\_\_

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

- А) да, просим ответить дополнительно на вопросы В10.1 и В10.2
- Б) нет

В10.1 В каком объеме Вам пришлось потратить личные средства на восстановление здоровья вследствие вреда, причиненного медицинским работником?

- А) до 5 тыс. тенге
- Б) от 5 тыс. до 10 тыс. тенге
- В) от 10 тыс. до 15 тыс. тенге
- Г) от 15 тыс. до 20 тыс. тенге
- Е) от 20 тыс. и выше

В10.2 Куда Вы обращались для устранения последствий осложнений, вызванных некорректными действиями медицинских работников?

А) в медицинскую организацию, где причинили вред Вашему здоровью, к виновному специалисту

Б) в медицинскую организацию, где причинили вред Вашему здоровью, но к другому специалисту

В) в другую государственную медицинскую организацию

Г) в другую частную медицинскую организацию

Д) другие (запишите свой вариант): \_\_\_\_\_

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

А) да, получил (а) возмещение, просим дополнительно ответить на вопрос 11.1

Б) да, но не получил (а)

В) нет, так как тяжело добиться возмещения

Г) нет, не думал (а) об этом

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

А) до 10 тыс. тенге

Б) от 10 тыс. до 30 тыс. тенге

В) от 30 тыс. до 100 тыс. тенге

Г) от 100 тыс. тенге и выше

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

А) положительно

Б) отрицательно

В) нейтрально

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

А) Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения

Б) Частные страховые компании

В) Профессиональная ассоциация медицинских работников

Г) Смешанная форма, где страховщиком может быть, как и отдельные компании и ассоциации, так и Фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения

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



- А) суд
- Б) независимая экспертная комиссия
- В) медицинское учреждение

**Благодарим Вас за уделенное нам время!**

Дата \_\_\_\_\_

Глубокоуважаемый коллега!

Внимательно прочитайте вопрос и все предложенные варианты ответов на него. Выбрав ответ, который в наибольшей степени соответствует Вашим представлениям, обведите его номер в кружок, а недостающую информацию впишите в специально отведенное для этого место.

Заранее благодарим за сотрудничество!

1. На ваш взгляд, достаточно ли внимания уделяет государство, общество медицинским работникам, их нуждам?

1. Вполне достаточно 2. Недостаточно 3. Крайне недостаточно

2	Оцените, пожалуйста, характер вашей клинической практики:	высокая	средняя	низкая
1	Физическая нагрузка	1	2	3
2	Умственная нагрузка	1	2	3
3	Нервное напряжение	1	2	3
4	Степень свободы действий	1	2	3
5	Степень риска для здоровья	1	2	3

3. Считаете ли Вы, что ваш труд оплачивается справедливо в соответствии с его характером?

1. Да, считаю, что справедливо 2. В основном справедливо

3. Не совсем справедливо 4. Несправедливо

4. Ощущаете ли Вы деятельность администрации, профсоюзной организации вашего учреждения:

		значительная	незначительная	отсутствует
1	В улучшении условий труда	1	2	3
2	В защите прав и интересов сотрудников	1	2	3
3	Другое (указать) _____	1	2	3

5	Как Вы оцениваете условия своей клинической практики:	в полном объеме	в ограниченном объеме	практически не имеется
1	Условия для реализации своих способностей, навыков, опыта	1	2	3
2	Оборудование, необходимое для диагностики и лечения больных	1	2	3

	своего профиля			
3	Санитарно-гигиенические условия пребывания и обслуживания больных	1	2	3
4	Обеспеченность медикаментами	1	2	3
5	Условия для профессионального роста	1	2	3

6. Часто ли приходилось в вашей практике сталкиваться с ситуацией, когда Вы знаете, как помочь больному, но не можете этого сделать из-за каких-либо внешних условий (например, из перечисленных в. 5)?

1. Приходилось очень часто
2. Приходилось, но не часто
3. Практически не приходилось
4. Не приходилось никогда

7	Насколько часто вы информируете пациента:	всегда	почти всегда	иногда забываю	никогда
1	Разъяснения по поводу диагноза	1	2	3	4
2	Информирование о плане лечения	1	2	3	4
3	Информирование о типичных рисках, связанных с лечением	1	2	3	4
4	Информирование о возможном воздействии лечения на качество жизни в будущем	1	2	3	4

8	Как часто в вашей клинической практике встречались со стороны пациента:	постоянно	часто	иногда	никогда
1	Устные претензии	1	2	3	4
2	Письменные жалобы	1	2	3	4
3	Судебные иски	1	2	3	4
4	Неуважительное отношение	1	2	3	4
5	Оскорбления	1	2	3	4
6	Агрессия	1	2	3	4
7	Другое	1	2	3	4

9. Чувствуете ли Вы свою правовую защищенность в сфере деятельности?

1. Да, в полной мере
2. В неполной мере
3. Не ощущаю

10. Знакомы ли Вы с основами страхования профессиональной ответственности?

1. Да, знаком 2. Имею некоторое представление 3. Практически ничего не знаю 4. Не имею ни малейшего представления

11. Как Вы относитесь к введению в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

1. Положительно 2. Отрицательно 3. Нейтрально 4. Затрудняюсь ответить

12. Как Вы считаете, в какой форме может (должно) вводиться страхования профессиональной ответственности в нашей стране?

1. Обязательная форма 2. Добровольная форма 3. Смешанная форма

13. Кто может (должен) страховать профессиональную ответственность медицинских работников? Другими словами, кто платит за страховку?

1. Сам медицинский работник  
2. Работодатель  
3. Государственные органы управления  
4. Другое \_\_\_\_\_

14. Кто может (должен) осуществлять страховую деятельность по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников?

1. Специально созданный фонд  
2. Профессиональная ассоциация  
3. Страховые компании  
4. Смешанная форма  
5. Другое \_\_\_\_\_

15. При каких страховых случаях следует выплачивать денежную компенсацию?

1. Все случаи причинения вреда здоровью пациента  
2. Только в случае понижения или утраты трудоспособности  
3. Наступление смерти  
4. Другое \_\_\_\_\_

16. Кто может (должен) решать вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая?

1. Специальная квалифицированная комиссия  
2. Судебные органы  
3. Работодатель  
4. Государственные органы управления

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

1. Должен быть единый взнос для всех специалистов
2. Дифференцированный взнос в зависимости от специальности, стажа, места работы

18. Как Вы думаете, профессиональная деятельность каких специалистов должна быть застрахована:

	Виды профессиональной деятельности	обязательно	возможно	маловероятно	ни в коем случае
1	Все специальности	1	2	3	4
2	Общая врачебная практика	1	2	3	4
3	Скорая и неотложная помощь	1	2	3	4
4	Терапия	1	2	3	4
5	Хирургия	1	2	3	4
6	Акушерство и гинекология	1	2	3	4
7	Педиатрия	1	2	3	4
8	Стоматология	1	2	3	4
9	Средний мед. персонал	1	2	3	4
9	Другое (указать)	1	2	3	4

19. Хотели бы Вы, чтобы ваша профессиональная ответственность была застрахована?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

20. Готовы ли Вы сами вносить денежные взносы для страхования своей профессиональной ответственности?

1. Да, полностью
2. Да, на долевых условиях с работодателем
3. Нет

21. Какую сумму Вы готовы платить для страхования своей профессиональной ответственности?

2. 5000 тенге в год
2. от 5000 до 10000 тенге в год
3. от 10000 до 15000 тенге в год
4. от 15000 до 20000 тенге в год
5. другое \_\_\_\_\_

22. На ваш взгляд, чьи интересы будут достигнуты в системе страхования профессиональной ответственности?

1. Пациенты (и члены их семей)
2. Медицинские работники
3. Государство
4. Все перечисленные
5. Затрудняюсь ответить

23. Какие надежды Вы возлагаете на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

(не более трех ответов)

1. Повышение ответственности медицинских работников
2. Стабильность профессиональной деятельности
3. Финансовая защищенность
4. Повышение качества медицинской помощи
5. Юридическая защита медицинских работников
6. Заинтересованность пациентов в контроле лечения
7. Ничего хорошего не жду

24. Как Вы считаете, какая основная причина может препятствовать становлению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

1. Неготовность медицинского сообщества
2. Несовершенство законодательства о страховании
3. Низкая культура страхования в стране
4. Злоупотребление пациентов своими правами
5. Другое \_\_\_\_\_

В заключение, укажите некоторые сведения о себе:

25. Пол: 1. Мужской 2. Женский

26. Возраст (число лет): 1. до 30 2. 30-39 3. 40-49 4. 50-59 5. 60-65 6. старше 65

27. Специальность: 1. внутренние болезни 2. хирургия 3. акушерство и гинекология 4. педиатрия 5. стоматология 6. другое

28. Должность: 1. ассистент 2. доцент 3. профессор 4. зав. кафедрой 5. интерн, резидент

29. Стаж работы по медицинской специальности:

1. до 3-х лет 2. 4-9 лет 3. 10-14 лет 4. 15-19 лет 5. 20 и более лет

30. Квалификационная категория: 1. не имею 2. вторая 3. первая 4. высшая

Благодарим за участие!

Дата \_\_\_\_\_



Глубокоуважаемый эксперт!

Внимательно прочитайте вопрос и все предложенные варианты ответов на него. Выбрав ответ, который в наибольшей степени соответствует Вашим представлениям, обведите его номер в кружок, а недостающую информацию впишите в специально отведенное для этого место.

Заранее благодарим за сотрудничество!

1. Вы знакомы с основами страхования профессиональной ответственности?
  1. Да, знаком
  2. Имею некоторое представление
  3. Практически ничего не знаю
  4. Не имею ни малейшего представления
  
2. Как Вы относитесь к введению в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников?
  1. Положительно
  2. Отрицательно
  3. Нейтрально
  4. Затрудняюсь ответить
  
3. Как Вы считаете, в какой форме может (должно) вводиться страхования профессиональной ответственности в нашей стране?
  1. Обязательная форма
  2. Добровольная форма
  3. Смешанная форма
  
4. Кто может (должен) страховать профессиональную ответственность медицинских работников? Другими словами, кто платит за страховку?
  1. Сам медицинский работник
  2. Работодатель
  3. Государственные органы управления
  4. Другое \_\_\_\_\_
  
5. Кто может (должен) осуществлять страховую деятельность по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников?
  1. Специально созданный фонд
  2. Профессиональная ассоциация
  3. Страховые компании
  4. Смешанная форма
  5. Другое \_\_\_\_\_
  
6. При каких страховых случаях следует выплачивать денежную компенсацию?
  1. Все случаи причинения вреда здоровью пациента
  2. Только в случае понижения или утраты трудоспособности
  3. Наступление смерти
  4. Другое \_\_\_\_\_

7. Кто может (должен) решать вопрос выплаты компенсации при наступлении страхового случая?

1. Специальная квалифицированная комиссия
2. Судебные органы
3. Работодатель
4. Государственные органы управления

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

1. Должен быть единый взнос для всех специалистов
2. Дифференцированный взнос в зависимости от специальности, стажа, места работы

9. Как Вы думаете, профессиональная деятельность каких специалистов должна быть застрахована:

	Виды профессиональной деятельности	обязательно	возможно	маловероятно	ни в коем случае
1	Все специальности	1	2	3	4
2	Общая врачебная практика	1	2	3	4
3	Скорая и неотложная помощь	1	2	3	4
4	Терапия	1	2	3	4
5	Хирургия	1	2	3	4
6	Акушерство и гинекология	1	2	3	4
7	Педиатрия	1	2	3	4
8	Стоматология	1	2	3	4
9	Средний мед. персонал	1	2	3	4
9	Другое (указать)	1	2	3	4

10. На ваш взгляд, чьи интересы будут достигнуты в системе страхования профессиональной ответственности?

1. Пациенты (и члены их семей)
2. Медицинские работники
3. Государство
4. Все перечисленные
5. Затрудняюсь ответить

11. Какие надежды Вы возлагаете на введение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

(не более трех ответов)

1. Повышение ответственности медицинских работников
2. Стабильность профессиональной деятельности

3. Финансовая защищенность
4. Повышение качества медицинской помощи
5. Юридическая защита медицинских работников
6. Заинтересованность пациентов в контроле лечения
7. Ничего хорошего не жду

12. Как Вы считаете, какая основная причина может препятствовать становлению системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

1. Неготовность медицинского сообщества
2. Несовершенство законодательства о страховании
3. Низкая культура страхования в стране
4. Злоупотребление пациентов своими правами

Благодарим за участие!

Дата \_\_\_\_\_