

**Павлова Ирина Ивановна**

канд. пед. наук, доцент, доцент

**Аль-Халифа Тамер Мохамедович**

студент

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный

университет им. И.Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Чувашская Республика

## **МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ КАК ФАКТОР ФИНАНСОВЫХ ПОТЕРЬ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

***Аннотация:** в статье представлен комплексный анализ влияния медицинских ошибок на финансовые показатели системы здравоохранения Российской Федерации. Исследование выявляет основные типы медицинских ошибок, их распространенность и экономические последствия. Особое внимание уделено разработке стратегий минимизации финансовых потерь через внедрение систем управления качеством и риск-ориентированного подхода. На основе анализа статистических данных и экспертных оценок предложены практические меры по снижению экономического ущерба от медицинских ошибок.*

***Ключевые слова:** медицинские ошибки, финансовые потери, экономика здравоохранения, управление рисками, качество медицинской помощи, пациентская безопасность.*

Проблема медицинских ошибок в современной системе здравоохранения Российской Федерации обусловлена их значительным влиянием не только на качество медицинской помощи, но и на экономическую эффективность работы медицинских организаций. В условиях ограниченности ресурсов здравоохранения и возрастающих требований к качеству медицинских услуг понимание масштабов и структуры финансовых потерь от медицинских ошибок становится необходимым для разработки адресных профилактических мероприятий. Особую значимость приобретает анализ отечественного опыта и специфики прояв-

ления медицинских ошибок в условиях российского здравоохранения, что позволит разработать эффективные и реализуемые меры по снижению их негативных последствий.

В контексте российского здравоохранения медицинские ошибки определяются как предотвратимые неблагоприятные события в процессе оказания медицинской помощи, которые приводят или могут привести к нанесению вреда здоровью пациента. Классификация медицинских ошибок включает несколько основных категорий: диагностические ошибки, связанные с неправильной или несвоевременной диагностикой заболеваний; лечебно-тактические ошибки, возникающие при выборе неадекватной тактики лечения; технические ошибки, допускаемые при выполнении медицинских манипуляций; организационные ошибки, обусловленные недостатками в организации медицинской помощи; и коммуникационные ошибки, связанные с недостаточным взаимодействием между медицинскими работниками и пациентами.

Статистика распространённости различных типов медицинских ошибок в Российской Федерации демонстрирует устойчивую динамику. Каждая отрасль медицины имеет свой процент медицинских ошибок. На хирургическую отрасль приходится до 25%, на стоматологию, гинекологию и акушерство – 15%, терапию – 10% [5]. Для составления общей оценки происходящего в медицинской сфере деятельности России часто приходится обращаться к данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Так, по мировой статистике, 77% от общего числа больных излечиваются, 23% – не излечиваются или получают недостаточную медицинскую помощь, 0,7% пациентов страдают от врачебного вмешательства [5]. Анализ факторов, способствующих возникновению медицинских ошибок, позволяет выделить несколько основных групп: организационные факторы, связанные с недостатками в управлении медицинской организацией; технические факторы, обусловленные несовершенством оборудования и технологий; человеческий фактор, проявляющийся в профессиональных ошибках медицинских работников; и системные факторы, связанные с недостатками нормативно-правового регулирования и финансирования здравоохранения.

Медицинские ошибки относятся к внутренним профессиональным рискам. Их наступление приводит к прямым и косвенным экономическим потерям для медицинской организации и системы в целом [3].

Прямые финансовые потери от медицинских ошибок включают дополнительные затраты на обследование и лечение осложнений, возникших в результате ошибок. Эти затраты складываются из стоимости дополнительных диагностических процедур, расходов на лекарственные препараты для коррекции осложнений, затрат на повторные госпитализации и увеличения длительности лечения. Косвенные финансовые потери проявляются в снижении производительности медицинского персонала, связанном с необходимостью устранения последствий ошибок, и значительных юридических издержках. Судебные разбирательства по искам о компенсации вреда здоровью, вызванного медицинскими ошибками, приводят к выплатам, которые в отдельных случаях достигают миллионов рублей.

Оценка совокупного экономического ущерба для системы здравоохранения РФ требует учёта как прямых, так и косвенных потерь. Прямые потери включают дополнительные расходы на лечение последствий ошибок. Анализ дополнительных затрат в расчете на 1 неблагоприятное событие в здравоохранении развитых стран показывает, что величина прямых издержек равняется в среднем 11 366 долларов США, косвенных – 1 653 долларов США (всего – 13 019 долларов США). Научные исследования показывают, что 83% медицинских ошибок и нежелательных событий связаны с человеческим фактором, в том числе 69% из них происходят по причине отклонения совершаемых действий принятым правилам и процедурам, что находит отражение в обеспечении безопасности пациентов, преимущественно – эпидемиологической, лекарственной, хирургической [4].

Косвенные потери складываются из снижения эффективности работы медицинских организаций, ухудшения репутации и потери доверия населения, что в конечном итоге влияет на обращаемость за медицинской помощью и выполнение плановых показателей. Масштаб проблемы подчеркивается глобальной статистикой: медицинские ошибки и неблагоприятные события, по данным ми-

ровой статистики, приводят к гибели около 4,8 млн человек в год, а вероятность возникновения медицинской ошибки наблюдается у 20,2% пациентов, получающих медицинскую помощь [4]. В России, по данным общественных организаций, медицинские ошибки и дефекты оказания медицинской помощи уносят ежегодно более 50 тыс. человек [4]. Прямые потери включают дополнительные расходы на лечение последствий ошибок. По данным ВОЗ, вероятность гибели человека в автокатастрофе составляет 1: 3 000 000, тогда как вероятность смерти пациента в результате несчастного случая в медицинской практике – 1:300. Около 3 млн человек в мире умирает ежегодно вследствие небрежности или по недосмотру медицинских работников. Определенный вред наносится каждому десятому пациенту, при этом в более чем половине случаев он мог бы быть предотвращен. Наибольшее бремя ложится на страны со средним и низким уровнем дохода, где по этой причине умирает каждый 4-й из 100 пациентов. По данным экспертов, лидирует по количеству смертей Южная Азия, а также страны Центральной и Западной Африки [2].

Экономические последствия врачебных ошибок – это прямая реализация внутренних финансовых рисков медицинской организации, ведущая к прямым убыткам, росту издержек и потере доходов. Профилактика ошибок должна быть встроена в общую систему финансового риск-менеджмента учреждения.

Проанализировав современные исследования, мы выявили наиболее эффективные стратегии минимизации финансовых потерь от медицинских ошибок [1, 3, 5–7].

Внедрение проактивной системы управления рисками. Для эффективного предотвращения финансовых потерь необходимо внедрение многоуровневой системы управления рисками, ориентированной на проактивное выявление потенциальных ошибок. Ключевым элементом должна стать автоматизированная система мониторинга инцидентов, способная анализировать данные в реальном времени и идентифицировать паттерны, свидетельствующие о повышенном риске возникновения ошибок. Разработка профилей рисков для различных медицинских специальностей и процедур позволит осуществлять целевой кон-

троль наиболее уязвимых процессов и оптимально распределять ресурсы для профилактики.

Стандартизация лечебно-диагностических процессов. Существенное снижение финансовых потерь может быть достигнуто через внедрение стандартизированных клинических маршрутов для наиболее распространенных заболеваний. Каждый маршрут должен включать контрольные точки качества, систему автоматических напоминаний о необходимых обследованиях и встроенные механизмы проверки лекарственных назначений. Такой подход позволяет минимизировать отклонения от протоколов лечения и предотвратить связанные с ними ошибки.

Современные подходы к обучению персонала. Для профилактики ошибок, связанных с человеческим фактором, необходимо внедрение системы непрерывного образования с использованием технологий виртуальной реальности, позволяющих отрабатывать сложные медицинские манипуляции. Разработка обучающих сценариев на основе реальных случаев медицинских ошибок и внедрение системы краткосрочного обучения способствуют формированию устойчивых навыков безопасного оказания медицинской помощи.

Внедрение системы прогнозной аналитики. Разработка компьютерной системы для анализа исторических данных и прогнозирования вероятности возникновения ошибок в различных подразделениях позволяет оптимально распределять ресурсы контроля и профилактики. Система должна учитывать множество параметров, включая загруженность персонала, сезонные колебания заболеваемости и особенности работы с новым оборудованием.

Дистанционные консультации сложных случаев. Организация системы удаленных консилиумов с участием ведущих специалистов и внедрение процедуры обязательного дистанционного консультирования для случаев повышенного риска способствует снижению диагностических ошибок, особенно в регионах.

Обмен опытом между медицинскими организациями. Организация платформы для обмена данными об инцидентах между медицинскими организациями и создание обезличенной базы случаев медицинских ошибок способствуют формированию единого профилактического пространства.

Подводя итог, проведенный анализ позволяет сделать вывод о значительном влиянии медицинских ошибок на финансовые показатели системы здравоохранения Российской Федерации. Медицинские ошибки не только ухудшают качество медицинской помощи, но и создают существенную финансовую нагрузку на систему здравоохранения, снижая эффективность использования ограниченных ресурсов. Решение проблемы требует комплексного подхода, включающего внедрение стандартизированных протоколов, непрерывное образование медицинских работников и создание эффективных систем управления рисками. Особое значение имеет развитие культуры безопасности в медицинских организациях, ориентированной на профилактику ошибок и непрерывное улучшение качества медицинской помощи. Реализация предложенных мер позволит не только снизить финансовые потери, но и повысить доступность и качество медицинской помощи для населения Российской Федерации.

Неразвитость единых стандартизированных подходов к управлению рисками является фундаментальной преградой для реализации последовательной и всеобъемлющей стратегии по предупреждению ошибок на уровне всей страны.

### *Список литературы*

1. Беркович О.Е. О проблемах организации профилактики пищевой зависимости как формы девиации / О.Е. Беркович, Е.Б. Матрешина, И.И. Павлова // Юридическая психология. – 2025. – №1. – С. 33–37. DOI 10.18572/2071-1204-2025-1-33-37. EDN YGFRQI
2. Глобальный доклад о безопасности пациентов 2024 г. // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/bezopasnost-pacientov/4136.html> (дата обращения: 02.12.2025).
3. Голощанова Л.В. Управление финансовыми рисками в сфере здравоохранения и способы их минимизации / Л.В. Голощанова, С.О. Якушина // Вестник Академии знаний. – 2019. – №31(2). – С. 278–281.

4. Социально-экономические аспекты последствий медицинских ошибок в медицинских организациях / О.Л. Задворная, Ю.Э. Восканян, И.Б. Шикина [и др.] // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2019. – Т. 10. №1. – С. 99–113. DOI 10.18184/2079-4665.2019.10.1.99-113. EDN UDR TAV

5. Краснопеева М.К. Современные врачебные ошибки, статистика летальных исходов в России / М.К. Краснопеева // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – №34(116). – С. 78–80. DOI 10.20861/2304-2338-2017-116-004. EDN ZPEPVJ

6. Экономика здравоохранения / И.И. Павлова, С.В. Леженина, Г.Ф. Губанова [и др.]. – Чебоксары, 2020. EDN RGBBDD

7. Шишкин С.В. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения / С.В. Шишкин, Л.Д. Попович. – М.: ИЭПП, 2009. – 112с.