**КАЧЕСТВО И СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

(понятие и принципиальные основы)

# ВВЕДЕНИЕ

Граждане РФ, привыкшие за последние 10-15 лет к снижению качества товаров и услуг, достаточно болезненно воспринимают низкое качество медицинской помощи, получаемой ими в лечебных учреждениях. Политики и организаторы здравоохранения заняты разработкой различных реформ, цель которых - усилить гарантии социальной защищенности населения в сфере здравоохранения и обеспечить повышение уровня и качества медицинских услуг. В настоящее время завершается период формирования в РФ системы ОМС. Уже решена значительная часть организационных задач, созданы предпосылки для правового и финансового взаимодействия субъектов ОМС, но запаздывает формирование необходимой системы контроля за качеством медицинской помощи (КМП) застрахованным гражданам.

Если учесть, что в стране отсутствует опыт вневедомственного контроля за КМП, то можно утверждать: создание новой социальной подсистемы требует развития имеющихся знаний о КМП, а также подготовки специалистов по оценке представления гарантий качества в соответствии с договорными обязательствами.

Определение качества медицинской помощи, как объекта оценки, необходимо для выбора цели, стратегии, постановки адекватных им задач и обоснования критериев их реализации.

Федеральный и территориальные фонды ОМС должны способствовать созданию и развитию системы независимой экспертизы КМП для обеспечения его гарантий застрахованным гражданам.

На основании ст.41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Граждане РФ в соответствии с законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" имеют право на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора медицинского страхования, который содержит перечень медицинских услуг, входящих в территориальную программу а также на предъявление иска учреждениям здравоохранения и частнопрактикующим врачам, работающим в системе обязательного медицинского страхования, в том числе и на материальное возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью вследствие ненадлежащего качества оказания медицинской и лекарственной помощи, а также условий предоставления медицинской и лекарственной помощи независимо от того, предусмотрено это в договоре медицинского страхования или нет.

## I. Качество медицинской помощи

Понятие качества товара или услуги в сфере производства и рыночной экономики тесно связано с их потребительскими свойствами. Они должны быть нужными и полезными с точки зрения потребителя. Международная организация по стандартизации, а затем и Госстандарт бывшего Союза, определяют качество, как такую совокупность свойств продукции, которая придает ей способность удовлетворять конкретные потребности людей.

При оценке качества товаров и услуг раздельно рассматриваются две характеристики качества: качество исполнения и качество соответствия. Качество исполнения - характеристика, отражающая степень, в которой товар или предоставляемые организацией (группой лиц, объединенных одной целью) услуги фактически удовлетворяют потребности клиентов. Качество соответствия - характеристика, отражающая степень, в которой продукция или услуги, предоставляемые организацией, соответствует внутренним спецификациям товара и услуги.

Особенностью категории “качество” в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и спецификацией (категорией) медицинского учреждения не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины. С учетом этой особенности понятия надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи могут быть сформулированы следующим образом.

Надлежащее качество медицинской помощи - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлением о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Ненадлежащее качество медицинской помощи - это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлением о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Проблема оценки качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется. Раньше, когда преобладали острые заболевания, критерии оценки были проще: выздоровел-умер. Сегодня превалируют хронические болезни, при которых эффект лечения крайне разнообразный, а, следовательно, оценка качества медицинской услуги стала делом значительно более сложным. Кроме того, медицинская помощь - это услуга далеко не всегда со знаком плюс. Например, в результате лечения больного спасли от смерти, но у него остался частичный паралич или другое инвалидизирующее последствие болезни. При этом оценка качества помощи будет зависеть от предпочтений потребителей. Таким образом, определение понятия качества медицинской помощи и ее оценка в современных условиях требуют новых подходов и критериев.

## ІI. Компоненты

Исследовательская группа ВОЗ предлагала рассматривать этот вопрос системно, выделив три основные компонента качества медицинской помощи:

- адекватность;

- экономичность;

- научно-технический уровень.

Адекватность. Эксперт ВОЗ Х. Вуори определяет адекватность как показатель соответствия фактически оказанной технологии обслуживания потребностям и ожиданиям населения, относящимся к медицинским проблемам.

Так как главная потребность заболевшего - получить помощь, которая ведет к излечению, а если это невозможно, то облегчит страдания и поможет добиться приемлемого “качества жизни”, то считается, что адекватность может быть оценена конечной пользой от применения конкретной процедуры. Причем не “вообще”, а с точки зрения ее влияния на качество последующей жизни.

Иногда вместо термина “адекватность” используют термин “результативность”, хотя понятие “адекватность” существенно шире. По мнению многих авторов, оно включает и характеристики доступности помощи, которая понимается как возможность получения потребителем необходимой ему помощи в нужное время, в удобном для него месте, в достаточном объеме и в умеренных и приемлемых затратах. Результативность же оценивает только конечный итог.

Экономичность. Экономическую эффективность часто определяют соотношением затрат к достигнутым результатам.

Научно-технический уровень. Современность применяемых методов лечения, диагностики, профилактики также является важным компонентом качества. Она позволяет ответить на вопрос, насколько полно при оказании помощи были учтены современные достижения в области медицинских знаний и технологий. (“Международные медицинские обзоры” том 3 № 3 стр. 209-215, 1995 г).

Европейское бюро ВОЗ в своем отчете, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи указало на необходимость при решении данной проблемы учитывать четыре ее элемента:

1) квалификацию специалиста;

2) оптимальность использования ресурсов;

3) риск для пациента;

4) удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

Учитывая это, разработано и используется следующее определение: “Качество медицинской помощи - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой”.

Экономические стимулы повышения качества Переход отечественного здравоохранения к бюджетно-страховой модели финансирования медицинской помощи направлен на решение главной задачи реформы здравоохранения - повышение качества оказываемых населению лечебно-диагностических услуг. Недостаточное финансирование здравоохранения и связанное с этим сокращение количества закупаемого медицинского оборудования, снижение уровня оплаты труда медицинских работников, отток из отрасли работников привели к снижению качества медицинской помощи.

В создавшихся условиях принимаются экономические методы, такие как контроль за обоснованностью страховых выплат и направленностью расходования средств, полученных лечебным учреждением. Это важная задача СМО, но никак не единственная. Наиболее перспективным направлением является введение дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

Предпосылки для этого, зависящие от СМО, уже существуют. Технология учета медицинской помощи, оказанной по программе ОМС, позволяет объективно оценить личный вклад каждого медицинского работника, принявшего участие в лечебно-диагностическом процессе.

Наиболее серьезным изъяном экономического управления качеством медицинской помощи является практически полный отказ от планового восстановления стоимости фактически и морально устаревающей медицинской аппаратуры. Речь должна идти не только о крупных проектах целевого финансирования переоснащения ЛПУ, что в условиях финансового “голода” вряд ли возможно. Необходимо закладывать в экономические расчеты ускоренную амортизацию оборудования, использованного в ходе лечебно-диагностического процесса.

При сокращении средней продолжительности пребывания больного в стационаре уменьшается доля так называемых гостиничных услуг (ст.3, 14, 16, 17; питание - ст.9, зарплата непрофильного персонала - уборщиц, охраны, администрации - ст.1, 2). Одновременно увеличивается износ оборудования (ст.12), расход медикаментов (ст.10). При сохранении действующих подходов к ценообразованию в медицине и методике согласования тарифов на медицинские услуги, адекватной реакцией должно быть утверждение жестких уровней отчислений на восстановление стоимости медицинского оборудования, связанное с его ускоренной амортизацией, и расходов по приобретению медикаментов. Этот уровень должен находиться в пределах 40-30% от дохода, полученного сверх нормативных платежей.

Наиболее перспективным методом экономического стимулирования качества медицинской помощи является поощрение и организация новых лечебно-диагностических технологий. Проблемой этого направления является необходимость наличия значительных начальных оборотных средств (Л. Берестов).

Характеристика качества для здравоохранения Профилактика проблем, связанных со здоровьем.

Влияние на физические, социальные, биологические и умственные способности функционирования (результаты здоровья).

Способность определить проблему, связанную со здоровьем.

Соответствие между диагнозом, прогнозом и лечением.

Продолжительность оказания услуги.

Доступ к лечению.

Взаимодействие между людьми.

Уровень заботы, касающейся лечения.

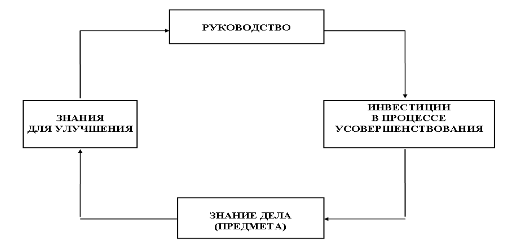
Информация, полезная для управления индивидуальным состоянием здоровья.

Эти характеристики качества важны для потребителя, но разные потребители будут оценивать их по-разному. Одной из наиболее важных целей получения знаний о потребителях является уточнение определения качества услуги или товара, принимая во внимание различие между группами потребителей.

Другой важный аспект соответствие услуг и потребностей заключается в том, чтобы предложить каждую услугу по доступной цене. При современном понимании стоимость задумана, как характеристика качества. Стоимость возрастает при улучшении качества.

Схема

Предпосылки для непрерывного усовершенствования качества медицинского обслуживания



Акцент на сокращение времени пребывания в больнице для того, чтобы сократить стоимость необходим потому, что поставщики здравоохранения не сосредотачивались на времени лечения как на факторе качества. Большинство потребителей предпочитает оставаться в больнице на меньший срок. Поэтому продолжительность лечения - это один из способов, которым они оценивают качество.

Профессионалы, которые поставляют услуги основываясь на знаниях экспертов, могут перегрузить проблему, используя методы не соответствующие значительности проблемы. Это не обеспечивает ценности для клиента. Качество в профессиональной услуге достигается обеспечением желаемого результата минимум ресурсов.

Схема показывает предпосылки для того, чтобы непрерывное улучшение качества сделать вершиной приоритета в учреждении.

1. Руководство.

2. Вложения в процесс усовершенствования.

3. Знание дела (предмета).

4. Знания для улучшения.

Руководство. Для того, чтобы направить любую медицинскую организацию к улучшению качества, необходимо руководство. Первым шагом в том, чтобы стать руководителем, является принятие решения. В отношении руководителей высшего звена это решение включает улучшение качества в его ежедневную работу в противоположность простой передачи понятия улучшения качества, возлагая саму работу по улучшению качества на других. Обладание знаниями и их применение обеспечивают основу для создания руководства, приобретение этого нового знания занимает время и требует занятий.

Во-первых, организация должна функционировать как система. Для этого необходимо, чтобы каждый знал общую цель организации и как его работа поможет осуществить эту цель. Неотъемлемой частью для формулирования целей является идентификация и сообщение о потребностях на рынке или в обществе, которые услугами организации должны удовлетворяться. Люди, которым требуется то, что организация создает или поставляет, являются потенциальными клиентами. Важной деятельностью руководителя является сосредоточение фокуса на этих клиентах. Руководитель должен построить систему по процессу улучшения качества: систему, с помощью которой получается информация и знания о клиенте, где установленные приоритеты и взгляды организации формируются и пересматриваются для того, чтобы улучшить качество своих услуг и товаров. Вложения (инвестиции) в процесс усовершенствования. Улучшение качества требует инвестиций. Первоначальным вложением является вложение времени, т.е. времени, необходимого для изучения и осуществления усовершенствований. Каждый занят, выполняя свою основную работу, до такой степени, что мало времени остается для поиска новых путей, связанных с выполнением процесса. Необходимы и другие инвестиции в процесс. Качество может быть улучшено с помощью повышения способностей людей в организации (учреждении). Обучение навыкам, которые относятся к специальности и персональное непрерывное обучение и образование добавляются к тому, что люди уже имеют, прийдя в организацию.

Также может быть необходимость в инвестициях для поиска и развития новых товаров и услуг. Инвестиции капитала, чтобы сохранить инфраструктуру в хорошем порядке, чтобы построить новые здания, купить необходимое оборудование. Инвестиции должны быть хорошо сбалансированными.

Знание предмета. Улучшения качества идут от применяемых знаний. Чем выше уровень относящихся к делу знаний в организации, тем эффективнее будут улучшения. В здравоохранении существует множество предметов, относящихся к науке: физиология, психология, наука о питании, фармакология и т.д. Медицинские организации обычно оценивают необходимые виды знаний проверяя профессиональное обучение, практические навыки, документы, квалификации будущих сотрудников или полагаясь на академические программы и их стандарты. Часто новые сотрудники обладают знаниями, которые, если ими поделиться с персоналом могли бы улучшить способности прежнего персонала. Развитие атмосферы сотрудничества, чтобы увеличить скорость распространения знаний, увеличивает способность организации улучшить качество услуг. Страх мешает сотрудничеству. Сможет ли организация определить источники страха и организовать сотрудничество зависит от политики организации, опыта, традиций руководства.

Знания улучшения. Знания улучшения является центральной частью нового подхода к совершенствованию здравоохранения. Система знаний улучшения состоит из четырех элементов, которые взаимодействуют между собой и вместе могут образовать условия для улучшения здравоохранения.

1. Оценка системы.

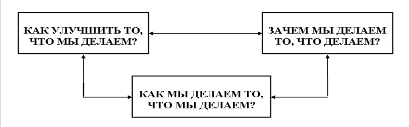
2. Знание (понимание) изменения.

3. Знание (понимание) психологии.

4. Теория знаний.

Оценка системы. Руководитель должен быть хорошо осведомлен о системе в целом. Средства производства требуют знаний: из чего это сделано или из чего создано; какие потребители получат услуги и товары; какие процессы использованы для производства, их мощности, поставщики этих мощностей.

Средства улучшения чего-либо требуют знаний плана улучшения и его связи с предвидением будущего, с поставщиками, потребителями



Знание изменений. Изучение и понимание изменений могут помочь управляющим развить понимание процессов которые порождают работу. Менеджеры должны разделить изменения на 2 категории:

а) изменения, причины которых относятся к числу регулярных событий;

б) изменения, которые возникают неожиданно или нерегулярно.

Знание этих категорий необходимо, т. к. они требуют различных ответов.

Знание психологии. Этот элемент усовершенствования строится на вере, что большинство работающих внутренне стимулированы на то, чтобы усовершенствоваться и исполнять свои обязанности в лучшем виде. Менеджер должен хорошо понимать и использовать источники внутреннего побуждения удовольствия, гордости, самоуважения за выполненную работу.

Факторы, влияющие на качество медицинских услуг



Теория знаний. Главная цель науки - предсказать будущее. Руководители, которые намереваются поддерживать свои организации, должны быть в состоянии предсказать тенденции (общие направления). Предсказание требует определенных знаний, которые могут быть получены путем повторения теории, наблюдения, проведения научных экспериментов. Приобретение знаний ускоряется путем использования статистических методов прогнозирования, проведения обзоров и анализов данных, чтобы утвердить или опровергнуть теорию и интуитивные догадки. К сожалению, научное экспериментирование обычно не используется руководителями как путь усовершенствования организации здравоохранения. Руководитель должен использовать хотя бы упрощенный метод экспериментального исследования - исследования в малых масштабах, на рабочем месте. Эффективное управление качеством медицинской услуги возможно тогда, когда определены ведущие факторы, влияющие на ее качество и начался процесс решения выявленных проблем, связанных с этими факторами.

Как видно из схемы важным элементом качества медицинской помощи является соблюдение стандартов.

Стандарты.

Важнейшим условием проведения оценки качества медицинской помощи является наличие стандартов качества медицинской помощи.

Стандарт - это нормативно-технический документ, устанавливающий единицы величин, термины и их определения, требования к продукции (услугам) и производственным процессам, требования, обеспечивающие безопасность людей и сохранность материальных ценностей. Исходя из общего определения понятия под термином “стандарт качества медицинской помощи” следует понимать нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения. Стандартизация уходит своими корнями в глубокую древность. Тысячи лет назад при строительстве жилищ, изготовлении предметов домашней утвари, инструментов, снаряжения и т.д. люди, выделяя лучшие образцы сделанного, наиболее удачные приемы работы, многократно повторяли их, запоминали и передавали из поколения в поколение. Лопата, жернов, сложная колодка - все это первые стандарты, закрепившиеся в опыте и традициях. Первый пример применения единой технологической нормы в международном масштабе - это введение в 1841 г. винтовой резьбы, разработанной Витвортом.

Сегодня стандартизация позволяет обеспечить:

- предельную экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве;

- выбор оптимального решения;

- защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг;

- охрану здоровья населения и безопасность труда;

-создание средств выражения идей и общения между заинтересованными сторонами.

Чтобы служить перечисленным выше целям стандарты должны:

- объективно отражать действительность;

- содержать оптимальное решение задачи;

- быть практически выполнимыми;

- быть стабильными и одновременно динамичными;

- обладать организующей ролью;

- обеспечивать преемственность при организации процесса производства.

В современном мире стандартизация проникла во все сферы общественной жизни, в том числе в здравоохранение.

Стандартизация распространялась на сферу оказания медицинских услуг, начиная с конца XIX - начала XX века. Однако, особую активность деятельность по разработке и использованию стандартов в сфере медицинской помощи приобрела во второй половине XX века. Это было связано с процессами специализации в медицине и бурным ростом медицинских технологий. Сегодня среди стран наибольшей активностью отличается деятельность по стандартизации в США, Японии. В большинстве стран созданы национальные институты по стандартизации, которые тесно взаимодействуют с соответствующими профессиональными объединениями медиков и медицинскими учебными заведениями.

В 1963 году Международная организация стандартов учредила специальный технический комитет, координирующий деятельность национальных организаций по стандартизации в стоматологии.

Результатом активной деятельности по стандартизации в сфере здравоохранения стали разработка и внедрение сотен и даже тысяч разнообразных стандартов медицинской помощи.

По обязательности выполнения различают:

- рекомендательные стандарты;

- законодательные стандарты.

По уровню в общей иерархии и области применения различают: локальные, региональные, национальные, международные стандарты.

По видам: стандарты на ресурсы здравоохранения; стандарты организации медицинской службы и учреждений; технологические стандарты; стандарты программ медицинской помощи; медико-экономические стандарты; комплексные стандарты.

Стандарты на ресурсы здравоохранения содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению, хранению, подготовке, использованию и т.д. Примером таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации.

Организационные стандарты содержат требования к системам организации, эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, программы контроля качества и т.д.

Технологические стандарты регламентируют процесс оказания медицинской помощи. Несмотря на строго индивидуальный характер этого процесса, в нем можно выявить некоторые более или менее постоянные основные компоненты:

- сбор анализа - физикальное исследование больного;

- ряд диагностических и лечебных процедур;

- услуги по уходу и реабилитации и т.д.

Каждая из перечисленных составляющих является как бы технологической единицей процесса оказания медицинской помощи и выполняется в соответствии с установленными традициями или письменными правилами.

Стандарты программ медицинской помощи регламентируют проведение комплекса медицинских мер, осуществляемых для определенных групп пациентов, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии и т.д.

В последние годы к программам обслуживания стали проявлять большой интерес страховщики, заинтересованные в организации системы контроля за ростом цен на медицинские услуги.

Комплексные стандарты - это набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов конкретных программ, регламентирующий деятельность определенной медицинской специальности или службы.

При проверке качества медицинской помощи часто используют стандарт качества. Основу стандарта качества медицинской помощи составляют три основных блока.

1. Набор мероприятий, характеризующих объем обследования больного.

2. Набор параметров и мероприятий, характеризующих объем лечебно-реабилитационных мер.

3. Набор параметров и критериев, характеризующих должное состояние больного при выписке.

Основные требования, предъявляемые к стандарту Стандарт качества лечения и диагностики должен:

- быть единым, принятым на территории региона;

- быть единым для поликлиники и стационара;

- характеризовать на фактическое состояние медицинской помощи, а максимально достигнутый уровень медицинской помощи при современном развития науки и практики;

- характеризовать степень соответствия лечения конкретного больного его состоянию и течению болезни;

- разрабатываться на основе либо синдрома, либо состояния больного;

- быть достоверным;

- давать возможность ранней постановки диагноза на его основе;

- иметь необходимый и достаточный объем исследований;

* быть экономичным.

## III. Контроль качества медицинской помощи

Контроль качества медицинской помощи направлен на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения.

Контроль качества осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ и ФФОМС № 363/77 от 24.10.96 г. "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ" и Положением о контроле качества медицинской помощи, утверждаемым на территории субъекта РФ.

Различают следующие виды контроля качества медицинской помощи:

I. Ведомственный контроль производится в соответствии с положением о системе ведомственного контроля качества мед. помощи в учреждениях здравоохранения на территории субъекта РФ.

Результаты ведомственного контроля могут использоваться и сопоставляться с данными вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.

II. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи за деятельностью учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, а также частнопрактикующих врачей (специалистов, работников), осуществляется на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи следующими представителями:

1. лицензионно-аккредитационные комиссии

2. страховые медицинские организации 3. территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случае выполнения ими функции страховщика)

4. страхователи 5. исполнительные органы Фонда обязательного страхования РФ

6. профессиональные медицинские ассоциации

7. общества (ассоциации) защиты прав потребителей. Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- предупредительного контроля - контроля результата - целевого контроля - планового контроля - повторного контроля (метаэкспертиза)

При выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской и лекарственной помощи, санитарных правил и норм органы здравоохранения, страховые медицинские организации, а также территориальные фонды обязательного медицинского страхования используют свои права по защите интересов застрахованных.

## IV. Виды нарушений при оказании медицинской и лекарственной помощи

1. невыполнение или ненадлежащее выполнение условий договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию

2. выставление счета за фактически неоказанную услугу (случай медицинской помощи):

- неоднократное включение в счет одной и той же медицинской услуги;

- выставление счета за услуги, не предусмотренные программой ОМС и лицензией медицинского учреждения, а также за действия, не являющиеся отдельно оплачиваемые медицинской услугой при принятом порядке оплаты.

3. оказание застрахованному медицинской помощи ненадлежащего качества:

- невыполнение, несвоевременное или некачественное выполнение необходимых пациенту диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий (исследования, консультации, операции, процедуры, трансфузии, медикаментозные назначения и т.д.);

- необоснованное (без достаточных показаний или при наличии противопоказаний), проведение диагностических, лечебных мероприятий, приведшее к диагностической ошибке, выбору ошибочной тактике лечения, ухудшение состояния пациента, осложнению течения заболевания или удлинению сроков лечения.

4. нарушения в работе медицинских учреждений, наносящие ущерб здоровью:

- заболевания (травмы, ожоги) и осложнения возникшие в период пребывания пациента в медицинском учреждении по вине медицинских работников, потребовавшие оказания дополнительных медицинских услуг, в том числе:

- внутрибольничное инфицирование связанное с неправильными действиями мед. персонала,

-осложнения после манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанные с дефектами их выполнения или недоучетом противопоказаний.

5. преждевременное прекращение лечения (с клинической точки зрения), приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнений, обострений и т.д.

6. другие нарушения, ущемляющие права гарантированные статьей 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

# Список использованной литературы

1. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.
2. Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев, А.Г. Трушкин, Л.М. Демьянова, Экономика и управление здравоохранение, ростов-на-Дону, "Феникс", 2003.
3. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
4. В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.

Родионова В.Н. Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях // Экономика и управление здравоохранением /под ред. Ю.П. Лисицына. - М., 1993, с.43-83.