

ГУЗ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 4 УЗ ЮЗАО» Г. МОСКВЫ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ
МАТЕРЯМ И ДЕТЯМ**

**/УЧЕБНОЕ ПОСОБОИЕ ДЛЯ СИСТЕМЫ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ/**

**МОСКВА
2011**

Актуальные вопросы медицинской деонтологии при оказании помощи матерям и детям (Учебное пособие для системы последиplomного образования) – Москва, 2011 г. – 51 с.

Авторы: Ильенко Л.И., Коваль Г.С., Костамаров Д., Кубрин А.В., Пономарева Л.П., Шарапова О.В.

Методические указания подготовлены сотрудниками кафедры госпитальной педиатрии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ МЗ РФ (зав. кафедрой - заслуженный врач РФ., д.м.н., профессор Л.И. Ильенко) и ГУЗ «Родильный дом № 4 УЗ ЮЗАО» г. Москвы (главный врач – д.м.н., профессор О.В. Шарапова).

Методические указания предназначены для врачей неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов, аспирантов, ординаторов и студентов медицинских вузов и училищ.

Любое использование данного материала, полностью или частично, без разрешения правообладателя запрещается.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Понятие о медицинской деонтологии и основных её вопросах	4
Особенности медицинской деонтологии в педиатрии.....	7
Вопросы ятрогении и врачебной ошибки.....	20
Современные правила этики и деонтологии	24
Понятие «качество деятельности врача»	28
Вопрос о получении медицинской информации	43
Список литературы	51

ПОНЯТИЕ О МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ И ОСНОВНЫХ ЕЁ ВОПРОСАХ

Деонтология медицинская (греч. deon, deontos должное, надлежащее + logos учение) — совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

Понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны. Проблема долга — одна из основных проблем медицинской этики; соответственно Деонтология является отражением этических концепций, но она имеет более прагматический и конкретный характер. Если медицинская этика не несет в себе специфики, обусловленной той или иной врачебной специальностью (не существует отдельно этики терапевта, этики хирурга и т.д.), то деонтология обрела черты специализации, обусловленные ее прикладным характером, взаимосвязью с той или иной медицинской профессией (различают деонтологию хирурга, педиатра, онколога, рентгенолога, венеролога и т.д.).

Медицинская деонтология охватывает широкий круг проблем, связанных с взаимоотношениями медиков с больными, их близкими, со здоровыми людьми (практические мероприятия), а также между собой в процессе лечения больного. Должное отношение врача к больному предполагает доброжелательность, сострадание, максимальную отдачу своих умений и знаний, основанных на высоком профессионализме в постоянном самосовершенствовании. Главный принцип в отношении врача к больному состоит в следующем: относись к заболевшему так, как хотелось бы, чтобы относились в аналогичном положении к тебе.

Медицинская деонтология включает в себя:

1. Вопросы соблюдения врачебной тайны
2. Меры ответственности за жизнь и здоровье больных
3. Проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе

4. Проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками.

Врачѣбная тайна — медицинское, правовое, социально-этическое понятие, представляющее собой запрет медицинскому работнику сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведений о личной жизни, полученных при обследовании и лечении. Запрет распространяется также на всех лиц, которым эта информация стала известна в случаях, предусмотренных законодательством.

Врачебная тайна относится к основным принципам клятвы Гиппократата:

«... Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...».

Всегда следует помнить о существовании **врачебной (медицинской) тайны** (право пациента на конфиденциальность). К ней относится «информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении». Врачебная тайна соблюдалась с глубокой древности. Ее история насчитывает более двух тысячелетий. По некоторым источникам, она зародилась в Древней Индии, где существовала пословица: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача — никогда».

Исходя из традиционного понимания медицинской тайны, сохранять ее следует от всех посторонних. Однако необходимо отметить, что, с одной стороны, медицинский работник обязан хранить тайну, с другой — он может и должен нарушить ее, если общественные интересы преобладают над личными. Известна история разглашения медицинской тайны английскими врачами в связи с жестоким обращением родителей с детьми.

Закон сохранения врачебной тайны, важнейшего элемента клятвы Гиппократова, в детских учреждениях нередко нарушается. Истории болезни не всегда хранятся надлежащим образом и могут быть доступны детям и родителям, а эпикризы зачастую печатаются техническими сотрудниками, которые получают доступ к медицинским заключениям. Родители обычно стремятся сохранить в тайне пороки развития у ребенка, наследственные заболевания, умственную отсталость, психические заболевания у членов семьи. Сохранение медицинской тайны обязательно, если подросток (особенно девушка) доверился врачу о начале половой жизни, не поставив об этом в известность родителей. Разглашение врачебной тайны сопряжено с вмешательством посторонних людей в жизнь семьи и личную жизнь ее членов, а это прямое нарушение Декларации прав человека.

Отношение медиков к родственникам больного предполагает приобщение их к борьбе за выздоровление заболевшего, а также попытки смягчить переживания близких больному людей в случаях, когда лечение неэффективно. При этом следует учитывать психотравмирующий эффект болезни на родственников больного, их реакцию на неблагоприятный исход заболевания, возможности и желание сотрудничать с врачами.

Клиническая практика показывает, что проблемы и вопросы, возникающие при оказании медицинской помощи детям, носят не только сугубо медицинский, но и этический характер и присутствуют на всех уровнях системы «врач - родители - больной ребенок». Без четкого представления об этических особенностях охраны здоровья ребенка нельзя гарантировать безопасность детей при получении ими медицинской помощи.

Любая проблема *медицинской этики* рассматривается исходя из основополагающих принципов:

- автономности;

- информированности пациента (родителей) о состоянии его здоровья и необходимости получения согласия на медицинские вмешательства;
- конфиденциальности;
- безопасности для пациента;
- уважения достоинства и ценности жизни каждого пациента;
- социальной справедливости.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям врач должен иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию больного ребенка и его родителей, четко представлять существующие в этой области этические проблемы. Одна из важнейших среди них — осведомление родителей, родственников ребенка об особенностях заболевания для получения согласия на лечение. Умение врача успокоить, объективно информировать родителей о методах диагностики, организации медицинской помощи ребенку, развитии возможных осложнений и при этом ободрить и настроить на активную помощь является обязательным этическим требованием.

Медицинская деонтология предъявляет особые требования к врачу-педиатру, во-первых, потому, что его деятельность основана не только на прямом контакте с детьми, но и на общении с ближайшими родственниками с их восприятием состояния здоровья своего ребенка и характерологическими особенностями.

Во-вторых, принципиальное отличие педиатрической деонтологии состоит в необходимости использования специальных

навыков общения с детьми, которые основаны на знании их возрастных особенностей.

В-третьих, требуются глубокие познания не только возрастной патологии, но и возрастной физиологии, без которых трудно выявить ранние отклонения, свидетельствующие о болезни.

При организации и оказании медицинской помощи детям выделяют следующие **этико-правовые проблемы**:

- патерналистский (paternus - отцовский) принцип действий врача, который всю ответственность за лечение и исход заболевания ребенка берет на себя и, обязуясь действовать во благо пациента, сам определяет, в чем это благо заключается;
- ограничение во времени контакта врача и родителей при возникновении неотложных состояний;
- отказ родителей от диагностики или лечения по религиозным или этическим соображениям, из-за недостаточной информированности и др.;
- негативное влияние некомпетентных советчиков (родственники, родители других детей, экстрасенсы, знахари, необоснованные медицинские сведения, публикуемые в средствах массовой информации) на решения, принимаемые родителями больного ребенка;
- отсутствие воздействия общественных организаций (ассоциации излеченных пациентов, информирующих родителей о течении и исходе того или иного заболевания), больничных и региональных этико-правовых комитетов.

С **морально-этической позиции** важен анализ ситуаций, когда:

- мать не в состоянии заботиться о ребенке, при этом единственно значимая причина отлучения ребенка от матери - серьезное заболевание или смерть;
- мать не способна заботиться о ребенке (юный возраст матери, очень низкий уровень культуры, неудовлетворительное

социально-экономическое положение, тяжелые пороки или травма у ребенка);

- мать и родственники не хотят ухаживать за ребенком.

Педиатр в своей работе контактирует с детьми, родителями и родственниками больного ребенка. Каждая из этих категорий требует особого подхода. В настоящее время родители и их родственники обладают большим запасом сведений о заболеваниях детского возраста, почерпнутых из специальной, просветительской литературы и средств массовой информации. В связи с этим увлечение различными модными средствами и методами лечения, рекламируемыми порой самими медиками, могут создавать затруднения при контакте врачей с родителями

Отказ родителей от профилактических, диагностических и лечебных процедур нередко ставит врача в затруднительное положение. Родители часто рассматривают ребенка как собственность, с которой они могут поступать как им угодно, причем решения их, как правило, основываются на сиюминутных впечатлениях. Стремясь защитить своего ребенка от возможных ошибочных, по их мнению, агрессивных процедур, они выдвигают собственные, далеко не всегда правомерные и адекватные требования, не задумываясь об их последствиях. Это особенно относится к молодым родителям, не имеющим жизненного опыта. В качестве примера - отказ от профилактических прививок, что способствует росту заболеваемости дифтерией, корью, туберкулезом, а также эпидемическим вспышкам коклюша и т.п. Конечно (и это признано во всем мире), небольшой процент вакцинаций сопровождается осложнениями, однако вред, наносимый отказом от прививок, существенно превышает риск побочных реакций.

Важно учитывать, что родители больного ребенка часто находятся в стрессовом состоянии, поэтому сообщение о развитии тяжелого осложнения, возможном неблагоприятном исходе

заболевания должно быть крайне осторожным и поэтапным. Более подробная информация представляется по прошествии некоторого времени, когда родители будут способны воспринять ее более спокойно. Родители или опекуны могут и должны участвовать в решении вопросов организации диагностических и лечебных мероприятий. Исключение составляют особые случаи, когда нельзя своевременно сообщить родителям о предстоящем хирургическом вмешательстве ввиду внезапного ухудшения состояния ребенка и необходимости оказания неотложной медицинской помощи.

При отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни ребенка, медицинские организации имеют право обратиться в орган опеки, попечительства или суд. Как правило, в этом случае врачи продолжают лечение, если оно предписано ребенку по жизненным показаниям. Однако этот вопрос до конца не урегулирован и остается серьезной этико-правовой дилеммой, требующей разрешения. Именно здесь необходимы влияние и помощь больничных и региональных этических комитетов, имеющих юридический статус.

Госпитализация - серьезное психологическое испытание для семьи и ребенка. Существовавший ранее запрет на госпитализацию матери с ребенком (кроме детей первого года жизни) был обусловлен не этическими, а чисто административными соображениями. К сожалению, это не вина, а беда врачей. Отмечено, что если мать участвует в уходе за ребенком, находясь с ним в больнице, лечение оказывается более эффективным.

Распознавание, предупреждение и лечение наследственных, хромосомных заболеваний, а также болезней с наследственным предрасположением ставит множество проблем деонтологического характера. Важнейшим элементом в диагностике наследственных заболеваний служит анализ родословной больного, требующий соблюдения осторожности и такта, ибо само подозрение на

наследственный характер болезни нередко вызывает чувство настороженности родителей и родственников, доходящее до недоверия, отрицания и даже необоснованных подозрений .

Введение **скрининг-программ** массового обследования новорожденных на фенилкетонурию, муковисцидоз и другие заболевания породило деонтологические проблемы. Часто дети в этом возрасте не имеют фенотипических проявлений наследственной или врожденной болезни, которые возникают позже. Серьезной ошибкой является информирование родителей о том, что у ребенка выявлено наследственное заболевание. Нередко положительный скрининг-тест не подтверждается при углубленном обследовании ребенка, которое является обязательным условием всех диагностических программ.

Всегда очень трудно сообщать родителям о **поражении ЦНС** и риске глубокой умственной отсталости у ребенка, однако сделать это необходимо как можно раньше. Если диагноз установлен при рождении, родители должны знать об этом на первой неделе жизни младенца, так как в последующем все труднее информировать окружающих о том, что ребенок отстает в психическом развитии. По возможности заключение о болезни должно быть доведено до сведения обоих родителей одновременно.

В последнее десятилетие **трансплантация органов и тканей** все шире проводится у детей раннего возраста (новорожденные, грудные дети с пороками развития и заболеваниями). Наиболее оправданной с деонтологических позиций следует считать трансплантацию костного мозга и парных органов (почки), когда имеется согласие доноров. С этических позиций сомнительно использование для трансплантации органов детей-анэнцефалов, хотя это широко практикуется за рубежом.

Не следует скрывать от родителей и ребенка наличие у него серьезного, **фатального** заболевания (злокачественной опухоли, лейкоза), и хотя ранее преобладало стремление защитить маленьких

пациентов от серьезного диагноза, многие дети догадывались или были уже осведомлены о природе их болезни. В настоящее время преобладающей становится позиция, согласно которой ребенок должен быть информирован о заболевании. Часто эту миссию должен выполнить педиатр, естественно, с выражением надежды и внушением веры. Нельзя обманывать ребенка, тем самым врач теряет его доверие. В то же время, учитывая особенности психики ребенка, в некоторых ситуациях необходимо воспользоваться советом Гиппократов: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает».

Аналогична тактика врачей и медицинского персонала по отношению к родителям и ребенку, инфицированному ВИЧ. Сохранение медицинской тайны в этом случае может иметь еще большее социальное значение, чем при наличии злокачественного новообразования, так как окружающие и сверстники видят в этом ребенке заразного больного. Это вынуждает родителей тщательно скрывать наличие ВИЧ-инфекции у ребенка, что лишает их медицинской и социальной поддержки. Хотя дети с ВИЧ-инфекцией не представляют опасности для окружающих, в ряде случаев приходится ограничивать контакты таких пациентов со сверстниками. Это необходимо, если ребенок болен гемофилией, страдает носовыми кровотечениями, мокнущей экземой и т. п.

Вопрос о правомерности клинических экспериментов на людях, особенно на детях, — один из ключевых в медицинской деонтологии. В настоящее время большинство иностранных фирм-изготовителей лекарств заинтересовано в освоении и развитии новых рынков сбыта. Для этого, рекламируя фармацевтические препараты, они организуют клинические исследования лекарственных средств. В соответствии с Хельсинкско-Токийской декларацией о медицинских исследованиях (1964, 1975) различают два вида клинических экспериментов:

1. направленных на улучшение состояния больных (новые лекарственные препараты и схемы лечения);
2. нацеленных на получение новых знаний. Второй вид клинических экспериментов создает более серьезные этические проблемы.

Согласие родителей на эксперимент с ребенком необходимо во всех случаях. Прежде чем проводить клинический эксперимент с участием детей, следует получить или найти данные о предварительных испытаниях методов или препаратов у экспериментальных животных или взрослых. При этом необходимо письменное информирование о лекарственном средстве, безопасности и степени риска, действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата на состояние его здоровья. В соответствии с декларацией каждая процедура должна быть ясно изложена в протоколе исследования, который подлежит экспертизе специально назначенной независимой комиссии.

Важнейшей задачей здравоохранения является укрепление здоровья населения, начиная с детского возраста. Воспитание детей в традициях здорового образа жизни, привитие им с раннего возраста навыков физической культуры, позитивного отношения к сохранению здоровья позволит сохранить и укрепить жизненный потенциал подрастающего поколения, что является одной из важнейших основ будущего развития страны.

Фундамент здоровья человека закладывается в период внутриутробного развития и в значительной степени зависит от здоровья родителей. В подготовке будущей матери к рождению ребенка решающее значение имеет оздоровительное, общеукрепляющее и специально-направленное воздействие разнообразных средств физической культуры. При этом конечной целью должно стать рождение здорового ребенка.

Появившийся на свет ребенок обследуется на предмет наличия у него отклонений от нормы в физическом, психическом и

функциональном развитии. Однако до 99% матерей подробной информации о состоянии своего ребенка не получают. Родители должны располагать необходимым объемом знаний для укрепления здоровья своего ребенка через наиболее эффективные средства окружающей среды, сил природы, гигиенические факторы и физические упражнения.

Переход ребенка в систему общественного воспитания на дошкольном этапе жизни сопровождается усилением влияния социальных институтов на его развитие. Период детства следует рассматривать как оптимальное условие реализации потенциальных возможностей. В этот период оздоровительное воздействие физической культуры наиболее значимо.

Важнейшим положением оздоровительной физической культуры ребенка на всех этапах жизни в семье, ДДУ и школе должны стать прогрессирующее здоровье и постоянное соответствие физической подготовленности физическому развитию. Оздоровительное воздействие физической культуры рассматривается в контексте не только соматического, физического здоровья ребенка, но и как важный фактор охраны психического и нравственного здоровья детей и подростков.

Профилактическое звено системы здравоохранения, предусматривает совершенствование физкультурных диспансеров, медицинских подразделений в образовательных учреждениях и на предприятиях, создание сети кабинетов здоровья в составе имеющихся оздоровительно-реабилитационных комплексов.

Основные вопросы деонтологии в акушерстве и гинекологии

При лечении больных с гинекологическими заболеваниями возникает множество проблем интимно-сексуального, психологического, социального и этического характера, что существенно осложняет деятельность медицинских работников.

При гинекологическом обследовании совершенно естественно проявление стыдливости у женщин, и к этому психологическому явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходима тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу при проведении манипуляций, тем более, если врач - мужчина. Это важно в социально-психологическом аспекте.

Во время менструального периода у женщин могут возникать тянущие боли в животе, в пояснице, неприятные ощущения в области половых органов. Генез их неясен, важная роль в их возникновении отводится вегетативно-сосудистым расстройствам. Нередко отмечаются изменения и со стороны психики в виде повышенной раздражительности, напряженности, нервозности и даже угнетенно-подавленного настроения. У больных, страдающих неврозами и другими психопатологическими отклонениями, жалобы более многочисленны и разнообразны, иногда отмечается обострение основного заболевания (эпилептические пароксизмы). У девочек под влиянием длительно существующих психогений (различные конфликты семейно-бытового и личного характера) могут быть дисменореи. Тяжелые психические травмы могут вызывать у женщин аменорею. Нередко естественное наступление климакса вызывает у женщин вполне понятные психологические реакции: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способность к супружеской жизни. Однако обострение невротической и другой психопатологической симптоматики в период климакса отмечается преимущественно у лиц, склонных к невротическим и психопатическим реакциям, а также у пациентов, страдающих органическим поражением центральной нервной системы при наличии психогенных факторов. При благополучной семейной и супружеской жизни и отсутствии других

психогенных факторов климакс протекает спокойно и не вызывает каких-либо психических нарушений.

Важной проблемой в гинекологии является фригидность. Причинами ее могут быть различные факторы: личностно-психологические особенности женщины, неудовлетворенность семейной жизнью, неблагоприятные жилищные условия, мешающие нормальным супружеским отношениям, неправильная тактика мужа и т. д. Частой причиной служит боязнь забеременеть, алкоголизм и агрессивность мужа, болезненные ощущения при половом акте.

Медицинские работники, достаточно хорошо знающие указанные выше особенности, могут успешно использовать эти знания при работе с больными. При этом должны соблюдаться соответствующий такт, внимательное и доброе отношение, располагающее к откровенности. Нередко медицинским сестрам женщины чаще рассказывают то, чего не говорят врачу. Полученные при откровенной беседе данные способствуют более точной диагностике и выбору адекватного лечения.

Большая психотерапевтическая работа должна проводиться с женщиной перед серьезными хирургическими операциями (ампутация матки, удаление яичника и т. д.). Необходима оценка личностных особенностей женщины, характера семейно-супружеских отношений. После этого важна беседа с больной в плане предстоящей операции и вселение в нее уверенности в благоприятный исход. В послеоперационном периоде необходимо развеять необоснованность опасений женщины, что операция может лишить ее женской привлекательности, повлиять на гармоничность супружеских отношений и половую жизнь. Возможность возникновения у больных психоневротических нарушений после хирургического вмешательства обязывает медицинских сестер вести длительную подготовительную работу.

Важную проблему в акушерско-гинекологической практике представляет страх перед беременностью. Следует объяснить молодым женщинам, что в настоящее время имеется большое число противозачаточных средств. Необходимо предупредить их, что возможное появление сосудисто-вегетативных побочных симптомов от приема противозачаточных таблеток (тошнота, угнетение аппетита, неприятный вкус во рту, нежелательная полнота и др.) не приводит к нарушению здоровья.

Беременность и роды являются одной из актуальных психологических проблем, возникающих на жизненном пути женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физическом и психическом развитии и др. К концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.). Психические нарушения при беременности зависят прежде всего от свойств личности женщины, социально-бытовых условий и других факторов, о которых врач и медицинская сестра женской консультации должны иметь определенное представление и проводить соответствующую корригирующую психотерапию.

Особенно сложные психологические переживания женщины возникают при беременности от внебрачной связи (предрассудки, проблема воспитания ребенка без отца и др.). Эти женщины требуют особого внимания работников женской консультации.

Формирование убеждения в благоприятном исходе беременности, родов и дальнейшей жизни - гуманная и благородная задача врача и акушерки женской консультации и родильного дома.

Боль, которая возникает в процессе родов, всегда была одной из сложных проблем акушерства. По мнению многих исследователей, причиной ее является укоренившееся представление, что роды - это

обязательно сильная боль. В нашей стране в 20--30-е годы были разработаны психотерапевтические приемы по профилактике родовых болей. Психопрофилактическая подготовка к безболезненным родам строится на принципах учения И. П. Павлова.

Основной целью при подготовке безболезненных родов является устранение опасений беременных женщин, связанных с предстоящими родами. Для этого женщинам читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т. д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Кроме того, применяются различные методы психопрофилактики: аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, суггестивная гипнотерапия. Необходимо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки.

Генная терапия (трансплантация генов) — введение нормального гена в клетки человека, страдающего наследственным заболеванием, — пока сложный клинический эксперимент, хотя будущее, несомненно, за этим методом лечения. Однако если допустимы поиски методов генной терапии наследственных болезней, то они должны быть ограничены использованием соматических клеток (лейкоцитов, культуры других клеток) с запретом манипуляций над половыми клетками, чтобы сохранить неприкосновенным генный аппарат человека.

Современные методы генноинженерной диагностики позволяют более чем у 90% беременных установить пол плода при исследовании клеток амниотической жидкости или хориона с помощью хромосомо-специфических зондов на X и Y хромосомы. Это важно для оценки степени риска наследственных заболеваний, сцепленных с полом (гемофилия, прогрессирующая мышечная дистрофия и др.). С

деонтологических позиций определение пола плода с целью регулирования рождаемости по желанию семьи не обосновано, так как означает вмешательство в природу человека и ведет к евгенике.

С точки зрения биоэтики существует ряд проблем при оценке метода подсадки оплодотворенной яйцеклетки другой женщине - «матери-несушке» (суррогатная мать). Морально недопустим эксперимент с трансплантацией клеточного ядра соматической клетки матери в ее же яйцеклетку. Это может представлять интерес для животноводства, но неприменимо в отношении человека, так как, по сути, в данном случае речь идет о селекции однотипных индивидуумов. В этом же смысле неприемлем и партеногенез - искусственное активирование неоплодотворенной яйцеклетки с последующим развитием зародыша. С точки зрения легального и морального статуса эмбриона и плода требуют обоснования методы экстракорпорального оплодотворения и имплантация эмбриона. Разработка сложных технологий репродукции человека ставит новые вопросы законодательного регулирования и ограничений.

Недопустимы в этическом отношении такие рекомендации, как улучшение генофонда человечества путем искусственного оплодотворения женщин спермой гениальных людей, хранящихся в специальных банках, что предполагалось некоторыми исследователями как перспектива, основанная на принципах евгеники.

ВОПРОСЫ ЯТРОГЕНИИ И ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

Нельзя забывать о ятрогении, *ятрогенных заболеваниях и врачебных ошибках*. Ятрогении - это расстройства и заболевания, возникающие вследствие деонтологических ошибок медицинских работников, неправильных, неосторожных высказываний или действий. Иногда понятие ятрогении расширяется: к ней относят любые патологические состояния, связанные с действиями врача. Однако большинство клиницистов считают, что такое расширение понятия вряд ли оправдано, так как отрицательные последствия сложных диагностических и лечебных процедур в ряде случаев неизбежны, как, например, угнетение костного мозга и эндокринной системы при лучевой терапии опухолей, кушингоидный синдром и гипофункция гипоталамо-адреналовой системы при применении кортикостероидов и т. д. Далек не все вакцинальные осложнения должны считаться ятрогенными, поскольку ряд последствий врач предвидеть не может. Однако инфекционные осложнения или введение АКДС-вакцины ребенку с атопией с последующим развитием астматического бронхита - это ятрогения.

Развитие опасных осложнений у детей, которые всегда необходимо иметь в виду, возможно после применения медицинской аппаратуры. В практике детского хирурга и анестезиолога-реаниматолога источниками повышенной опасности могут быть электронож (диатермокоагуляция), аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и другая медицинская техника, требующая соблюдения мер предосторожности при использовании.

В настоящее время под термином «ятрогенные заболевания» сохраняют его традиционный смысл, подразумевая такие отклонения в состоянии пациента, которые обусловлены необдуманно заключенными, добросовестными заблуждениями, ошибочными

высказываниями, а иногда и самоуверенностью врача, т.е. нарушением медицинской деонтологии.

Необходимо помнить о ятрогении, связанной с действием и бездействием врача. Причинами первой являются врачебные ошибки, допущенные на этапе диагностики, при оперативном вмешательстве, некорректном лечении, неправильном использовании медицинской техники. Ошибки могут быть обусловлены и некоторыми личностными особенностями врача. О ятрогении, связанной с бездействием, говорят, когда имеет место ухудшение состояния ребенка из-за того, что медицинская помощь не оказана вовремя. Если вызванный к больному ребенку врач в связи с недостатком знаний или опыта не может оказать ее лично, он должен пригласить соответствующего специалиста и передать пациента «из рук в руки».

Большой такт и чуткость необходимы врачу при сообщении родителям о летальном исходе заболевания ребенка. Внезапная смерть ребенка и смерть, наступившая после продолжительного периода угасания, расцениваются родителями по-разному. Первая, как правило, является для них тяжелым ударом, вторая воспринимается порой как облегчение. От педиатра требуется большая деликатность, сочувствие и умение объяснить причину смерти, убедить родителей, что печальный исход болезни связан с объективными причинами, а не вызван неверными действиями врача или их самих.

Все действия врачей, повлекшие неблагоприятные последствия для больного, делятся на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и наказуемые в уголовном порядке упущения или профессиональные преступления. Основным критерием для отнесения оцениваемого действия к одной из перечисленных групп служит признак правильности или неправильности, а также его причина.

Главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки, методов исследования, на особом течении заболевания у больного или недостатке знаний и опыта у врача, но без элементов халатности, небрежности и профессиональной неграмотности. Таким образом, врачебные ошибки связаны с объективными условиями и обстоятельствами, смягчающими вину врача.

Врачебные ошибки делятся на четыре группы:

1. диагностические ошибки - нераспознавание или ошибочный диагноз болезни;
2. тактические ошибки - неправильные показания к операции, ошибочная тактика лечения;
3. технические ошибки - неправильное использование медицинской техники, необоснованное использование медицинских средств;
4. деонтологические ошибки.

Чаще всего ошибки обусловлены недостаточным профессиональным уровнем медицинских работников. При этом ошибки следует отличать от правонарушений, в основе которых лежит недобросовестность врача. В таком случае речь идет о низком морально-этическом облике медицинского работника, грубом нарушении принципов медицинской деонтологии. Ошибки, связанные с низким профессиональным уровнем и самоуверенностью врача, приведшие к ухудшению состояния здоровья ребенка, должны расцениваться как должностные преступления, а не как ятрогения.

Другой источник ошибок — отклонение клинического течения болезни от классических описаний, атипичное течение. «Количество ошибок по мере повышения квалификации скорее увеличивается, чем падает» (И.В. Давыдовский). Это объясняется привлечением

высококвалифицированных специалистов к консультациям и лечению пациентов с особо сложными заболеваниями.

Деонтологические ошибки могут стать причиной не только конфликтов между врачом и родителями больного ребенка, но и косвенно - диагностических, тактических и технических ошибок. Одним из последствий деонтологических ошибок являются ятрогенные заболевания. При неблагоприятном исходе лечения именно деонтологические ошибки нередко учитываются родственниками в первую очередь, порождая многочисленные жалобы и требования о привлечении врача, допустившего эту ошибку, к уголовной ответственности. Напротив, известны случаи, когда при неблагоприятном исходе лечения, но соблюдении врачом правил медицинской деонтологии родственники умершего больного становились защитниками врача, поскольку видели, что врач сделал все, что было в его силах, и сам тяжело переживал происшедшее.

Вместе с тем, если не соблюдаются правила медицинской деонтологии, конфликты между родственниками больного ребенка и врачами часто возникают даже при правильном лечении. В этих случаях родственники умершего больного, потрясенные горем, стараются найти виновных и нередко действуют, исходя из принципа «Post hoc - ergo propter hoc» («После этого - значит, вследствие этого»). Необходимо отметить, что ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в сфере здравоохранения может быть гражданской, уголовной, административной и дисциплинарной. С точки зрения врача и пациента наиболее важными из них являются гражданская и уголовная.

В связи с появлением таких понятий, как «смерть мозга» и «декортикация», при заключении о безнадежности прогноза для жизни вновь возникла дискуссия об эвтаназии (легкой смерти) и о праве на смерть. Эвтаназию, т.е. применение активных агентов, ускоряющих наступление смерти безнадежного пациента на

заключительных этапах болезни, большинство ученых мира считают безнравственной.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВИЛА ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

В отношениях врача к больному содержится диалектическое единство устойчивого, принципиального и динамического, изменяющегося. Выбор правильного их соотношения, умение модифицировать научные и этические принципы без потери их сущности в зависимости от особенностей больного и ситуаций профессиональной деятельности являются важной научно-педагогической проблемой медицины.

С одной стороны, для врача недопустимы торопливость, пустая трата времени и сил. Они вызывают у больного ощущение ненадежности. Не случайно в истории медицины мудрость врача всегда была и остается связанной с внутренней силой и спокойствием, не подвластным колебаниям повседневности. Отсюда и поговорка: «Спокойствие - мудрость сильного». Твердость духа не должна позволять врачу выходить из себя при неудачах и трудностях. Сущность человеческого во враче - это спокойная устойчивость этической перспективы, волевое и интеллектуальное преодоление трудностей в ее практическом осуществлении. В таком понимании спокойствия нет ничего от равнодушия.

Вместе с тем работа врача богата многообразием ситуаций, динамично и противоречива. Провести нравственную черту через это изменяющееся многообразие жизни не просто. Этому надо учиться и учиться. Особенности медицины состоят не только во внешней стороне условий деятельности, но прежде всего в их смысловой значимости для человека, для его судьбы. С этой точки зрения «... в медицине все величаво, трепетно, значимо. Это такая сфера

деятельности, где нет мелочей, нет незамеченных поступков, взглядов, переживаний. Здесь все, даже незначительный будничныи факт человеческого участия, волнует с не меньшей силой, чем большие жизненно важные деяния. Врачебный долг не знает мелочей, он строг и нетерпим к любым погрешностям, он не проходит мимо любой занозы, которая ранит сердце больного. Совестьливость и порядочность, великодушие и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всем, что касается жизни и здоровья больного, должны выступать у врача как привычные, повседневные нормы поведения.

Эти уникальные особенности медицины определяют одну из важнейших заповедей - тщательность и осторожность во всем. М. Я. Мудров указывал: «Все, что ни делаешь, не делай наудачу, не делай как попало». Сформулировать призвание, воспитать общую культуру, дать образование и профессиональные навыки - важная задача подготовки врача. Все эти качества должны быть воплощены в практике, в условиях работы лечебно-профилактических учреждений. Для этого мало знать сущность той или иной болезни, лечебных и профилактических мероприятий. Жизнь ставит врача в такие условия, когда все общие положения проявляются в причудливом и противоречивом переплетении. Возникают системы мотиваций, в которых нелегко определить главное и второстепенное.

Вот основные современные правила этики и деонтологии в стационаре:

- Работа в отделении или в стационаре должна подчиняться строгой дисциплине, должна соблюдаться субординация, то есть служебное подчинение младшего по должности к старшему.
- Медицинский работник в отношении к больным должен быть корректным, внимательным, не допускать панибратства.
- Врач должен быть специалистом высокой квалификации, всесторонне грамотным. Сейчас больные читают медицинскую

литературу, особенно по своей болезни. Врач должен в такой ситуации профессионально и деликатно общаться с больным. Неправильные действия врачей или медицинского персонала, неосторожно сказанное слово, анализы или истории болезни, ставшие доступным больному, могут привести к фобии, то есть боязни того или иного заболевания, например: канцерофобия - боязнь заболевания раком.

- К деонтологии относится сохранение врачебной тайны. В ряде случаев приходится скрыть от больного его истинное заболевание, например рак. Сохранение врачебной тайны относится не только к врачам, но и медперсоналу, студентам, то есть всем тем, кто контактирует с больными. Есть правило: "Слово лечит, но слово может и калечить". Врачебная тайна не распространяется на родственников больного. Врач должен сообщить родственникам истинный диагноз, состояние больного и прогноз.
- С медицинской деонтологией тесно связана ятрогения - это болезненное состояние, обусловленное деятельностью медицинского работника. Если человек мнительный, психологически неустойчив, то ему легко внушить, что у него есть какое-либо заболевание, и этот человек начинает находить у себя различные симптомы мнимого заболевания. Поэтому врач должен убедить больного в отсутствии мнимых болезней. К ятрогении относят заболевания и повреждения, возникшие в результате неправильных действий или лечения больного. Так, к ятрогенным заболеваниям можно отнести гепатит, развившийся после инфузии зараженной крови или плазмы. К ятрогенным повреждениям относят травмы внутренних органов при полостных операциях. Это повреждение селезенки при резекции желудка, пересечение холедоха при холецистэктомии и др.

- К деонтологии относится и отношение с коллегами. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача. Врач в своей работе не должен замыкаться в себе, обсуждение вызывающих у лечащего врача случаев следует производить коллегиально. Врач должен не гнушаться любым советом, будь то от старшего или младшего. Никогда не стоит говорить больному о том, что этот консультант плох, если он не соглашается с вашим диагнозом. Если при совместном с коллегами обследовании возникли разногласия - обсудить их необходимо в ординаторской, а потом, на основании истины, достигнутой в споре, необходимо сообщить общее мнение больному именно так: “Мы обсудили и решили ...”. При постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе метода операции врач должен советоваться. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. То же относится к выбору тактики во время манипуляций. Если во время манипуляции врач сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе действий.
- Взаимоотношения со средним и младшим медперсоналом должно быть демократичным - они знают и слышат все - необходимо привлечь их на свою сторону в плане сохранения врачебной тайны - не сообщать ни больному, ни родственникам об имеющемся заболевании или патологии, применяемым методам лечения и др. Воспитайте у них правильный ответ на все вопросы: “Я ничего не знаю, спросите у лечащего врача”. Тем более все эти вопросы не должны громогласно обсуждаться

и выдаваться кому бы то не было. Кроме того, должно быть воспитано чувство долга, ответственности, доброжелательности; даны необходимые знания и навыки.

- Тактика врача, его поведение всегда должны строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания, особенностями психики. С мнительными больными необходимо обладать терпением; все больные нуждаются в утешении, но в то же время в твердой уверенности врача в возможность излечения. Важнейшей задачей врача является необходимость добиться доверия больного и неосторожным словом и действием не подорвать его в последующем. Если пациент не обращается к врачу в последующем, он не верит ему как специалисту. Это уже признак того, что это “плохой” врач, к “хорошему” они идут, даже несмотря на первую неудачу. Значит, врач не сумел наладить контакт и взаимопонимание.
- Взаимоотношения врача с родственниками самая сложная проблема медицинской деонтологии. Если заболевание обычное и лечение идет хорошо, допустима полная откровенность. При наличии осложнений допустим корректный разговор с ближайшими родственниками. Но совсем не обязательно сообщать мужу, что вы выполнили операцию по поводу внематочной беременности и пациентка через неделю будет, как “огурчик” - она ей боком выйдет, тем более, что муж полгода был в командировке.

ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА»

Понятие *качества деятельности* врача - не сумма свойств его личности, а их органический сплав на основе практического умения,

отвечающего не только на вопрос «что надо делать», но и «как надо делать». Качество и культура работы врача связаны с понятием способа деятельности. Как известно, объект врачебной деятельности, независимо от различий предмета медицинских специальностей, есть в то же время и субъект, личность. Из этого существенного обстоятельства вытекает требование, чтобы в способе деятельности врача всегда и при всех условиях учитывался в качестве одного из ведущих личностный фактор.

Вне понятия характера деятельности отношения врач - больной превращаются в абстракцию, лишенную конкретно-исторического содержания; больной для врача становится просто случаем, а его социальные функции сводятся к формальному долгу назначений в соответствии с модификациями случаев. Такая функция действительно поддается алгоритмизации и моделированию в ЭВМ.

Однако на медицину всегда смотрели как на нечто бесконечно большее, чем формальная функция, т. е. как на живое, полнокровное социальное отношение, в котором врач видит призвание и способ самовыражения человеческой сущности, а больной - понимание, сочувствие, облегчение, всестороннюю помощь в сохранении жизни и здоровья.

Преимущества одного врача перед другим обусловлены не только лекарственной терапией, так как лекарства в руках всех врачей в основном одни и те же. Отличительным фактором являются профессиональные знания и умение применить их к каждому конкретному больному с учетом его психологических и других особенностей.

В одних случаях врач может убеждать больного в возможности улучшения его состояния, но его убеждения не достигают цели и не успокаивают больного, в других – врач, не распространяясь о многом, умеет возбудить у больного доверие, веру в выздоровление, что вызывает хорошее настроение и приводит к благоприятному

течению заболевания. Если врач смог вызвать доверие больного и добился веры его в радостную перспективу, он с наибольшим эффектом применяет лекарственную терапию.

Следовательно, врач должен обладать не только суммой знаний, но и высокими нравственными качествами, умением распознавать личность и психологию больного, располагать к себе больного. Единство доброты, спокойной мудрости, готовности понять и помочь, надежность, добродушие и теплота - все эти душевные качества объединяются понятием личного обаяния, которое, к сожалению, в педагогической практике вспоминается редко.

Психика больного складывается в результате болевых ощущений из органов, перестройки жизнедеятельности организма под воздействием патологического фактора, влияния окружающих людей (рекомендации и суждения о подобных случаях), а также собственных знаний о болезни и их последствиях. Многие субъективные наслоения, как правило, оказываются не соответствующими действительному положению больного. Врач вправе внушить больному радостные перспективы, если характер заболевания позволяет с уверенностью судить о скором выздоровлении. Если болезнь хроническая или она не может быть излечена в данное время, то врач должен рационально поддерживать веру в благополучный исход, способствовать хорошему настроению больного. Когда прогноз неясен, врач не вправе давать абсолютно обнадеживающего прогноза. Оптимизм больного должен в определенной степени соответствовать действительному его состоянию. Нельзя забывать, что чрезмерный и неадекватный оптимизм часто ведет к неосознанному нарушению режима со стороны больного и может грозить непредвиденными тяжелыми последствиями. Особенно важно учитывать это в хирургии. Для тяжело, неизлечимо больных радостное обнадеживание со стороны врача, равносильно легкомыслию. О неблагоприятном исходе врач должен умолчать,

осторожно поддерживая веру в выздоровление, но не возбуждать необоснованную уверенность больного в том или ином исходе.

Взаимоотношения между врачом и пациентом - одна из важных проблем медицины. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса. Речь идет не только о крайних проявлениях нарушенных взаимоотношений в виде жалоб пациента на нечуткое обращение и т.д. Даже стертые проявления конфликтных взаимоотношений, невербализированные, вполне ощутимо влияют на настроение. В коммуникации участвуют обе стороны.

В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни.

С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие неблагоприятного воздействия на психику пациента.

Возникновение стилистического барьера возможно при несоответствии речи врача ситуации общения, например при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет “бабуля” и “дедуля”, не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).

Причиной возникновения социально-культурных барьеров может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса. Врач должна быть готов к возникновению этого барьера, к тому, что для определенной части больных его авторитет недостаточен; особенно это актуально для молодых врачей.

С развитием медицинского страхования и платных услуг в медицинской и юридической практике всё активнее используется понятие «качество медицинской помощи». Не смотря на кажущуюся очевидность смыслового значения, до настоящего времени нет общепринятого определения этого термина, а разнообразие существующих формулировок лишь затрудняет взаимодействие судебных органов и экспертных служб с учреждениями здравоохранения. Практика показывает, что в этом, казалось бы, достаточно простом и понятном словосочетании, скрыто большое количество важных нюансов, без учета которых вряд ли можно рассчитывать на объективность оценок и экспертиз. При этом конфликты между производящей, потребляющей и финансирующей сторонами рискуют сделаться неизбежным атрибутом экономических отношений.

К медицинской услуге, имеющей своей целью оказание медицинской помощи пациенту, российским законодательством предъявляется требование полноты осуществления сторонами договорных обязательств. Доверив своё здоровье и жизнь медицинским работникам, пациент (попечитель) обязан информировать персонал медицинского учреждения о состоянии своего здоровья, соблюдать все врачебные предписания и оплачивать медицинские действия (при получении услуг на коммерческой основе) согласно действующему в медицинском учреждении порядку. Персонал медицинского учреждения, в свою очередь, обязуется предоставить пациенту медицинскую помощь должного качества и объёма. Остановимся на указанном обстоятельстве.

Что означают данные требования? По-видимому, предоставляемая медицинская помощь должна быть оказана:

1. своевременно;
2. с использованием всех ресурсов (врачебных, диагностических, лекарственных, финансовых и т. п.);

3. с полным соблюдением технологии лечения для данного вида заболевания; кроме того, предполагается, что медицинская помощь достигнет желаемого результата в отношении состояния здоровья пациента, не ухудшит его, оставит пациента удовлетворённым предпринятыми действиями медицинского персонала.

Весь описанный спектр свойств процесса оказания медицинской помощи закон именуется качеством медицинской помощи (КМП).

Совершенно очевидно, что понятие "качество медицинской помощи" может пониматься и трактоваться по-разному в зависимости от того, с позиции чьих интересов оцениваются итоги медицинской деятельности. Так для пациента самым важным, скорее всего, будет то, насколько результаты лечения оправдали его надежды и ожидания. Для лечащего врача, - в какой мере фактический итог его работы соответствует тому состоянию пациента, на которое он (врач) рассчитывал, определяясь с характером патофизиологических отклонений и планируя схему лечения. Для врачей-консультантов смежных специальностей особенно важным будет оценить, насколько полно при разработке схемы лечения были учтены различные сопутствующие заболевания и физиологические особенности пациента. Для клинического фармаколога - насколько грамотно и эффективно была подобрана комбинация лекарств и иных методов воздействия с учетом их совместимости и взаимовлияния друг на друга. Для экспертов системы внешнего контроля, - в какой степени реальный результат работы медицинского персонала (специалиста) соответствует определенным технологическим и экономическим стандартам, предусмотренным для данного заболевания.

Для ученых и разработчиков алгоритмов контроля одним из важнейших вопросов (помимо показателей результативности у конкретного больного) является также то, насколько тот или иной технологический шаблон или стандарт конечных результатов

отражает реальные особенности состояния пациента и пригоден для экспертных сопоставлений. Ведь каждый случай заболевания по своему уникален и отличается от другого. К тому же условия для оказания медицинской помощи на разных территориях РФ существенно отличаются друг от друга. Поэтому проблема адекватности стандартов качества особенностям того или иного пациента и возможностям местной системы медицинской помощи является одной из наиболее сложных в современном здравоохранении. Приходится констатировать, что в РФ процесс разработки пригодных для массового применения стандартов ещё далек от своего завершения как с точки зрения научных и методологических подходов, так и в плане организационно-методических, технологических, финансовых и нравственных аспектов этой проблемы.

Задача объективной оценки качества медицинской помощи в настоящее время приобрела характер не только одной из труднейших, но и наиважнейшей проблемы, непосредственно связанной с политикой и стратегией построения в РФ правового государства. Она возникает и все более нарастает по мере усложнения технологий, развития медицинского страхования, она - продукт интенсивного пути развития здравоохранения.

Сегодня качество медицинской помощи рассматривается с разных позиций - эффективности, адекватности, экономичности, морально-этических норм. Когда говорят о целях здравоохранения, то в качестве основной обычно называют повышение уровня здоровья населения и максимально полное удовлетворение его потребности в квалифицированной и качественной медицинской помощи. Базовым условием, определяющим круг приоритетов в решении этой задачи, можно считать то, какой смысл общество изначально вкладывает в понятие "качество медицинской помощи", и насколько точно и

всеобъемлюще его суть раскрывается в используемых терминах и определениях.

В настоящее время одним из наиболее точных определений понятия «качество медицинской помощи» можно считать следующее (Н. Мелянченко «Целительство и власть», МГ № 20 от 24.03.2010): *«качество медицинской помощи - характеристика соответствия последствий внешнего целенаправленного воздействия на живой организм, нуждающийся в коррекции физиологического состояния, типовому стандарту, основанному на статистически достоверном прогнозе результата, ожидаемого в подобных случаях»*. Необходимо обратить внимание на такие неперенные условия в определении качества, как наличие:

- ясных представлений о прогнозируемом результате воздействия;
- репрезентативной статистической базы учета подобных случаев;
- типового стандарта технологии воздействия и поэтапного физиологического ответа;
- целенаправленного характера вмешательства, т.е. заведомо ясного представления о мишенях воздействия и характере их возможных реакций;
- убедительных доказательств того, что данный организм действительно нуждается в коррекции физиологического состояния, а выбранный (предлагаемый) способ внешнего воздействия статистически достоверно приводит к его нормализации;
- объективно проявившихся нормализующих последствий, достаточных для восприятия их в качестве результата, пригодного к сопоставлению с типовым стандартом.

Из этого следует, что методы контроля и оценки качества медицинской помощи могут быть использованы только при наличии у исполняющей и контролирующей сторон достаточных сведений по признакам подобию, прогнозу результата, стандартизации,

целеполаганию способа воздействия, критериям нуждаемости и сопоставлениям с аналогами.

В повседневной практике российского здравоохранения пока чаще используется иное определение качества МП (медицинской помощи). Оно содержится в общих европейских стандартах ИСО 9000, которые распространяются на сферу производства и услуг, в том числе, услуг медицинских. Согласно данной системе стандартизации медицинская помощь представляет собой «деятельность по ремонту биологических систем человеческого организма». Качество медицинской помощи (quality of medical care) определено как «совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям (состоянию пациента), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии».

Данное определение в большей степени соответствует нашим житейским представлениям о качестве лечения в его общечеловеческом, бытовом значении. Однако содержащиеся в нём достаточно общие и неконкретные критерии типа «ожидания пациента», «имеющиеся потребности», «современный уровень науки и технологий» делают определение мало пригодным для использования в работе внешних систем контроля и в юридической практике. Так как допускают субъективное толкование этих понятий. С этой точки зрения принцип «качество МП - это характеристика соответствия конкретного результата лечения обоснованному прогнозу, ожидаемому в подобных случаях» (упрощенная версия формулировки Мелянченко) представляется в большей степени соответствующим его истинному значению. Особенно при организации работы экспертных служб на принципах «доказательной медицины». Понятие экспертиза качества медицинской помощи в этом случае можно представить как определение степени соответствия результата лечения обоснованному прогнозу (типовому

стандарту). Использование данной формулировки даёт организаторам здравоохранения более широкий спектр возможностей для типирования и стандартизации методик воздействия на организм человека с учетом конкретных условий и обстоятельств.

Помимо крайне важного для объективной оценки качества м.п. требования подобия исходных условий для прогноза и результата, первое определение позволяет также конкретно и недвусмысленно разграничить такие понятия, как необходимая, дополнительная или навязанная услуга. Формулировка определяет в качестве медицинской помощи только то воздействие, которое производится при наличии объективной потребности в коррекции физиологического состояния организма. В этом случае услуги, оказываемые без необходимости или только по желанию самого пациента, могут быть квалифицированы не как медицинская помощь, а, в зависимости от намерений врача или пациента, как несанкционированное медицинское вмешательство, либо как дополнительное обслуживание медицинского или немедицинского характера). А также вывести из категории медицинской деятельности различные типы воздействия, основанные на ненаучных или непроверенных знаниях (парапсихология, недобросовестное целительство, оккультизм и пр.). Так как при такого рода услугах помощь осуществляется без ясных представлений о механизмах воздействия, его результате, без возможностей достоверного прогнозирования последствий и сопоставлений с аналогами (т.е. в строгом смысле уже не может считаться медицинской), после прекращения жизнедеятельности организма и т.п.

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

- квалификацию специалиста;

- оптимальность использования ресурсов;
- риск для пациента;
- удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

Учитывая это, разработано и в некоторых случаях используется следующее определение качества МП: “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”.

В медицинской литературе и практике экспертных оценок зачастую используются также такие термины, как надлежащее и ненадлежащее качество МП. Одним из наиболее распространенных определений этого понятия является следующее:

- **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 (специалиста);

- **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 (специалиста).

Согласно этой логике экспертная оценка «медицинская помощь надлежащего качества» может быть вынесена в случаях, когда показатели результата лечения полностью совпадают либо отклоняются от прогнозируемых параметров на величины, заранее

отнесенные службой контроля к категории приемлемых. Соответственно отклонение показателей результативности за пределы допустимых значений позволяет квалифицировать результат как неприемлемый, а само лечение характеризовать как «медицинская помощь ненадлежащего качества».

Исходя из указанных требований медицинская помощь ненадлежащего качества определена как «процесс оказания медицинской помощи, в котором имеются врачебные ошибки, способствующие нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, риска возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и неудовлетворенности».

Небрежность врача может иметь место при некачественном оказании помощи (преступное действие) или при не проведении необходимых медицинских мероприятий (преступное бездействие).

В том случае, когда отношение пациент - врач в одностороннем порядке и преждевременно прекращается или не соблюдается врачом отделения неотложной помощи (ОНП) либо его помощниками, речь может идти о неоказании помощи (оставлении пациента без помощи). Подобные действия могут квалифицироваться как профессиональная небрежность (и, следовательно, требуют экспертизы) или являются юридически оформленным состоянием, не требующим экспертной оценки. Врач скорой помощи должен сознавать свою ответственность за оставление пациента без помощи и предпринимать соответствующие меры во избежание подобных ситуаций. Особенно критические в этом отношении ситуации возникают в приемном покое больницы, когда вызов врача долго остается без ответа, а также при транспортировке пациентов и консультациях по телефону.

До тех пор, пока больной не осмотрен специалистом, ответственность за его состояние несет вызвавший консультанта врач

ОНП. Получение консультаций и распоряжений по телефону (без проведения осмотра) не снимают этой ответственности.

Во избежание конфликтных ситуаций следует разработать эффективную схему взаимодействия отделения неотложной помощи и основного клинического персонала.

Риск оставления пациентов без помощи возникает также при их перемещении из ОНП в другое больничное отделение. Как правило, за начальное лечение и стабилизацию состояния пациента отвечает, прежде всего, направляющее его ОНП. Обычно транспортировка не допускается, пока нет уверенности, что пациент способен ее перенести. За безопасную транспортировку пациента из одной больницы в другую обычно отвечает направляющая сторона. Транспортировка не допускается до тех пор, пока вторая клиника не даст согласия на прием пациента. Вместе с пациентом направляются соответствующая документация, результаты рентгенографии, необходимые медикаменты и оборудование. Если больной серьезно пострадает во время транспортировки, то перевозящий его врач ОНП и направляющая больница могут быть привлечены к ответственности за "оставление без помощи". Более того, в случае несоблюдения соответствующих правил транспортировки врачу и больнице угрожает также обвинение в "профессиональной небрежности при направлении пациента".

Оставление без помощи возможно и при телефонных консультациях. Например, у больного, выписанного из ОНП, дома начинается рецидивирование симптомов; он звонит в ОНП, где ему отвечают, что до утра волноваться не стоит. Если состояние пациента ухудшится, то персонал этого отделения может быть привлечен к суду за "небрежность и оставление без помощи". Общее правило для персонала ОНП - никогда не ставить диагноз и не назначать лечения по телефону. Иногда это является немалым искушением для врача,

однако следует помнить и о риске для больных, и о собственной юридической ответственности.

Близким по смыслу к понятию "качество медицинской помощи" является сравнительно новый для здравоохранения РФ термин "качество медицинского обслуживания населения".

На примере статистических данных Департамента здравоохранения г. Москвы видно, что количество жалоб на действия или бездействие медицинского персонала растет из года в год, причем около 70% жалоб были признаны по результатам рассмотрения комиссиями обоснованными.

По количеству направленных негативных заявлений от граждан первое место (половина от всех обращений) регулярно занимает основная сфера врачебной деятельности: непосредственно качество оказания медицинской помощи. Ошибки в постановке диагноза, выбранном курсе лечения и недостойное, порой, поведение медицинского персонала приводят к жалобам на деятельность учреждений здравоохранения (около 20% от всех обращений по данным за последние 5 лет). Как правило, четверть из них подтверждается.

Основная проблема - несоблюдение установленных стандартов установленных Всемирной организацией здравоохранения. Согласно определению ВОЗ качественной считается медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений и при достижении удовлетворенности пациентов.

Стандартизация во всем мире признается одной из главных составляющих системы управления качеством в здравоохранении. Внедрение стандартов позволяет:

- получать достоверную информацию о новейших достижениях медицины;

- устанавливать научно и экономически обоснованные ориентиры качества продукции и услуг в медицине; обеспечивать равнодоступность эффективных и безопасных медицинских технологий и лекарственных средств;
- способствовать рациональному расходованию ресурсов;
- защищать права пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;
- обеспечивать адекватное финансирование медицинской помощи.

При этом ВОЗ не делает акцента на объеме проводимого обследования, необходимого для определения верного диагноза и мер по лечению. В этой проблеме модель здравоохранения России резко отличается от западной, где поликлиники и стационары общей практики имеют жесткие стандарты объема мер, направленных на каждого пациента. В России, где четкого разделения уровней медицинских учреждений нет, повсеместное внедрение общих стандартов носит хаотический характер и резко понижает качество оказываемой медицинской помощи.

Важнейший фактор успешного взаимодействия - это степень совпадения поведения пациента с рекомендациями врача. Врачам необходимо соотносить свою тактику со степенью готовности пациента к изменениям поведения: стимулировать к переходу на более высокую ступень, поддерживать в случае рецидива. Для применения соответствующих подходов необходимо определить, на какой стадии находится пациент. Следует выяснить, изменил ли пациент что-нибудь в своем образе жизни в связи с выявленным заболеванием.

Влияние социально-экономических факторов на комплаентность пациентов варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. Цена становится определяющей, когда затраты на лечение полностью покрываются пациентами и они не способны его оплатить.

При использовании информационной печатной, аудио- и видео продукции следует учитывать общий образовательный уровень пациентов, избегать необъективных материалов. Использование любых вспомогательных и технических средств не должно заменять личного общения врача и пациента. Люди со временем забывают полученную информацию, или получили ее в то время, когда были невосприимчивы к обучению, развиваются осложнения или возникают другие заболевания, появляются новые методики лечения, больные приобретают опыт, что диктует необходимость в предоставлении новой информации и новых навыков.

ВОПРОС О ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

В настоящее время отношения «пациент - систем здравоохранения» в нашей стране все больше переходят в сферу гражданско-правового регулирования, в которой пациент должен выступать как равноправный субъект медицинского страхования.

Информирование пациента о заболевании и лечении включает:

- Оценку понимания и принятия заболевания пациентом, его ожидания от длительного наблюдения и лечения.
- Обсуждение имеющихся сомнений и прояснение непонятных вопросов.
- Выявление проблем, которые беспокоят пациента, предоставление ему возможности выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций.
- Подбор индивидуального режима терапии
 1. Вовлекать пациента в принятие решений.
 2. Определять вместе с пациентом реальные краткосрочные цели в отношении изменения образа жизни и лечения.

3. Включать терапию в образ жизни пациента.
4. Обсуждать с пациентом возможные побочные эффекты препаратов.
5. Поощрять самоконтроль.
6. Минимизировать стоимость терапии.
7. Взаимодействие с другими специалистами - направлять пациента к специалистам для углубленного консультирования по определенным проблемам.

Взаимоотношения врача и пациента, основанные на доверии, уважении и понимании, способствуют повышению приверженности, удовлетворенности пациентов и улучшению состояния здоровья.

Право на получение медицинской информации. Законом установлено, что каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, — их законным представителям (близким родственникам, опекунам, попечителям, доверенным лицам), лечащим врачом, заведующим отделением ЛПУ или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину помимо его воли, В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении пациента. Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известными при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, запрещается.

С согласия гражданина или его законного представителя (назначенного им представителя, назначенное судом опекуна) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам. Прежде всего - должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. Без разрешения пациента (или его представителя) передача сведений о нем считается незаконной (т.е. считается разглашением врачебной тайны).

В некоторых предусмотренных законом случаях допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю (т.е. находящего в бессознательном, опасном для жизни и здоровья состоянии и в ситуации, когда законный представитель пациента недоступен);

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством (ситуации, когда пациент является участником уголовного или гражданского процесса) информация, содержащая врачебную тайну, предоставляется только при наличии надлежащим образом оформленного официального запроса (постановления суда (судьи), следователя, прокурора, дознавателя) и только в отношении лиц, привлеченных в качестве обвиняемого, свидетеля или потерпевшего;
- в случае оказания помощи ребенку в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, то вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий (например, пациент является жертвой преступления).

Информация о подобных случаях передается медицинским учреждением, службой скорой помощи в органы внутренних дел, если у пациента имеются повреждения насильственного характера. К ним относят повреждения, связанные с огнестрельными, колото-резанными, рубленными ранами, переломами, обморожениями, ушибами сотрясением мозга и т.д.; телесные повреждения и отравления, связанные с покушением на самоубийство; телесные повреждения и отравления, полученные при ожогах кислотами и различными токсичными веществами; ранения и травмы, полученные при взрывах и других чрезвычайных происшествиях; травмы и ранения, связанные неосторожным обращением с огнестрельным оружием боеприпасами; травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий; телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушениями техники

безопасности на производстве; иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения.

Лица, которым по закону переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут за ее разглашение дисциплинарную, гражданскую или уголовную ответственность (с учетом причиненного пациенту ущерба) также, как и врачи. Уголовная ответственность наступает по ст. 137 УК (нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения), гражданская ответственность наступает в форме предъявления иска о возмещении морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Одним из главнейших прав пациент в современном мире является право на информированное согласие на медицинское вмешательство, в основе которого — признание личной и физической неприкосновенности человека, автономии человеческой личности.

Суть указанного права заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство, в противном случае действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений.

Однако, поскольку пациент не является специалистом в области медицины, для принятия взвешенного решения и дачи согласия на медицинское вмешательство ему необходима информация о сути вмешательства, его причинах, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах лечения. Предоставить пациенту такую информацию может только профессионал - исполнитель медицинской услуги, на которого закон и возлагает обязанность информировать пациента.

Согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве, и вовсе не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ненадлежащее ее оказание. Другими словами, если пациент согласился на вмешательство, это еще не означает, что лечебное учреждение с этого момента не несет ответственности за последствия лечения; в данном случае подлежат применению общие правила об ответственности за ненадлежащее лечение.

Согласие на медицинское вмешательство, как правило, оформляется письменно в виде записи в медицинской документации (истории болезни) либо в виде отдельного документа, который подписывает больной.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум или лечащий врач.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители, а при отсутствии таковых решает консилиум или лечащий врач.

Поскольку доктрина информированного согласия вытекает из права личности на самоопределение, более логичным представляется требование рассудительности больного. Прежде чем получить согласие пациента на такие процедуры, как внутривенная пиелография, наложение гипса или пункция прямокишечно-маточного углубления, необходимо проинформировать его достаточно подробно. Такое согласие обычно оформляется письменно, однако это не заменяет откровенного разговора врача с больным по поводу особенностей процедуры, ее возможного исхода и альтернатив.

Неполучение четкого информированного согласия может означать для врача обвинение в оскорблении действием, а также его ответственность за любой ущерб, причиненный пациенту в результате проведенного лечения. В этих условиях последний вправе требовать возмещения ущерба, не доказывая присутствия четырех составляющих профессиональной небрежности. Оправдывающая врача концепция согласия больного применима только к умышленному преступлению, но не к преступлениям по небрежности или, безусловно, наказуемым деяниям.

Больные вправе отказаться от определенных лечебно-диагностических мероприятий. Однако их компетентность в данном случае - вопрос клинический. При отказе пациента от лечения его компетентность оценивается с учетом жизненно важных показателей, психического состояния (как острого, так и хронического), возраста и возможной интоксикации. В случае отказа больного от лечения врач не должен исключать возможности последующего изменения этого решения. Он должен постараться получить письменное свидетельство об отказе и зарегистрировать это в истории болезни.

В тех ситуациях, когда пациент не в состоянии понять необходимость проведения жизнеспасающего лечения, согласие на него предопределяется действующим законодательством. Наиболее трудная ситуация часто возникает при столкновении с остро интоксигированным индивидом, отказывающимся от медицинской помощи. Каждый такой случай требует конкретного анализа. Общее "правило буравчика" здесь таково: чем тяжелее интоксикация и опаснее ее потенциальный вред, тем более оправдана ориентация на подразумеваемое согласие.

Такие случаи трудны в отношении оценки качества лечения; они требуют детального документирования рассуждений, приведших к врачебному решению, а также специфических нужд пациента и соответствующего наблюдения (если оно возможно).

Клятва Гиппократа

Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигией и Панацеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла: точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ю.К. Абаев./ Биоэтика и деонтология в педиатрии. Медицинские новости – 2006. – №2. – С. 66-73.
2. Адо А.Д. Этико-деонтологические вопросы экспериментальной медицины // Актуальные этико-деонтологические вопросы современной медицины: тезисы докладов научно-медицинской конференции, посвященной 60-летию образования СССР.- М.: Изд. АМН СССР, 1983.
3. Алексеев Н.А. Анализ эффективности деятельности ЛПУ // Здоровоохранение РФ.- 2004.- № 5.- с. 8-11.
4. Алисевич В.И. Вопросы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача// Философские и социальные проблемы биологии и медицины / под ред. Г.И. Царегородцева.-М.,1980 – с.72.
5. Брескина Т.Н. Основные пути внедрения принципов TQM (Всеобщего управления на основе качества) в деятельность медицинской организации // Современные технологии управления медицинской организацией / Сб. научных трудов научно-практической конференции с международным участием. - Красногорск. - 2006. - С. 22-30.
6. Билибин Д.Ф. Горизонты деонтологии, Вести. АМН СССР, № 5, с. 35, 1979;
7. Вихляева Е.М., Гамов В.П., Горшков С.З., под ред. Б.В. Петровского /Деонтология в медицине: в 2 т. /, АМН СССР.- М.: Медицина, 1988.
8. Гафуров Б.С. О правах пациента // Главврач.- 2005.- № 5.- с. 80-82
9. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология, Киев, 1988;
10. Грачева А.Г. Проблемы поликлинической педиатрии и возможности их решения через систему подготовки детских врачей // Российский педиатрический журнал.- 2005.- № 1.- с. 56-58
11. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. М., 2005 г., с. 62.
12. Деминг У.Эдвард. Новая экономика: Пер. с англ. Т. Гуреш. - М.: Эксмо, 2006. - 208 с.
13. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. // Ж. Медицинское страхование. 2006 г., № 1-2 (13-14), с. 47-51.
14. Дрыгина И.Л. «Новые измерения лидерства» // Деловое совершенство - 2006. - 8. - с. 12-13
15. Зимина Э.В. Концептуальные основы системной подготовки управленческих кадров для здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. - 2007. -- 2. - С. 55-64.
16. Кучеренко В.З., Мыльникова И.С. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования. // Ж. Здравоохранение Российской Федерации. 2001 г., № 3, с. 58.
17. Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о критериях качества медицинской помощи. // Ж. Здравоохранение. 2000 г., № 11, с. 36.
18. Макеева Л.А. «Теоретические проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии в условиях современной НТР: Автореф. дис. к.ф.н./Л.,1985.-21 с.
19. Мартянов И.Н. Экономические аспекты работы стационара или экономическая эффективность неэффективных методов лечения // Менеджер здравоохранения.- 2005.- № 1.- с. 29-32
20. Немытин Ю.В. Становление медицинской организации «нового типа» на основе современных технологий управления качеством // Современные технологии

- управления медицинской организацией / Сб. научных трудов научно-практической конференции с международным участием. - Красногорск. - 2006. - С. 5-16.
21. Б.В. Петровский. «Деонтология в медицине», М.: Медицина, 1988г. Рекомендации. Самооценка деятельности организации на соответствие критериям премий правительства Российской Федерации в области качества 2007 года. - М.: ОАО «ВНИИС». – 2007.Сафонов А.Г., Логинова Е.А. Стационарная медицинская помощь (основы организации). М., 2003 г., с. 180-196.
 22. Сук И.С. Врачебная тайна, Киев, 1981;
 23. Суслин С.А. Оценка пациентами качества медицинской помощи в сельской местности // Главный врач.- 2005.- № 1.- с. 29-34.
 24. Философский словарь. под ред. М.М. Розенталя, Москва, 1972 г.
 25. Шиган Е.Н. Системный анализ в здравоохранении. - М.,- 1982. - 72 с.
 26. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине, Таллин, 1986.
 27. <http://www.saminfo.ru> «Некоторые проблемы медицинской биоэтики» Тельнова К.И., доцент СамГМУ.
 28. <http://revolution.allbest.ru/medicine/> Особенности медицинской деонтологии.
 29. <http://revolution.allbest.ru/medicine/> Качество медицинской помощи: уточним смысл привычного понятия.