1. Качество медицинской помощи

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Медицинская услуга - это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг), направленных на удовлетворение потребностей пациента (заказчика, потребителя услуг).

Медицинская помощь - совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, беременности и родах, лицами имеющими медицинское образование.

. Основные характеристики качества медицинской помощи

Медицинская помощь - совокупность лечебно - профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, беременности и родах, лицами, имеющими медицинское образование.

. Результативность - "внешняя" эффективность, измеряющая достижение целей организации (отношение достигнутого результата к максимально возможному, основанному на научных данных).

. Эффективность - внутренняя эффективность, экономичность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов, т.е. наименьшая стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности.

. Оптимальность - оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья.

. Приемлемость - соотношение оказанной помощи ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников.

. Законность - соответствие социальным предпочтениям, выраженным в этических принципах, законах, нормах и правилах.

. Справедливость, беспристрастность - принцип, который определяет обоснованное и законное распределение медицинской помощи и льгот среди населения.

. Основные элементы качества медицинской помощи. Триада Донабедиана

В анализе качества следует выделить три основных компонента: анализ профессиональных качеств врача, обеспеченности медицинским оборудованием и персоналом, условий организации и финансирования (качество структуры), анализ медицинских технологий (качество процесса), анализ результатов (качество результатов). С учетом "триады Донабедиана" предполагается обеспечение качества через проведение на всех уровнях системы здравоохранения взаимосвязанных мероприятий в области оптимизации использования ресурсов, внедрения современных технологий и оценки получаемых результатов. Соответственно, можно выделить три основных укрупненных объекта стандартизации и три основных группы стандартов:

· стандарты ресурсного обеспечения здравоохранения (требования к различным видам ресурсов: кадровым, материальным, финансовым, информационным);

· стандарты процессов (технологий) в здравоохранении, включая административные;

· стандарты результата (эффективности).

Таким образом, система управления качеством в здравоохранении должна основываться на принципах непрерывного улучшения качества, включающих:

· потребности человека в сохранении и укреплении здоровья;

· доступность обеспечения медицинской помощью;

· участие всех специалистов и медицинских организаций системы здравоохранения в работе по непрерывному повышению качества;

· взаимное стремление специалистов к достижению согласия по наиболее значимым вопросам улучшения работы.

. Основные факторы внутренней среды, определяющие качество медицинской помощи

Эффективное управление качеством медицинской услуги возможно тогда, когда определены ведущие факторы, влияющие на ее качество и начался процесс решения выявленных проблем.

· Соблюдение стандартов объемов мед. помощи

· Правильность выбора мед. технологий и соблюдения их качества

· Уровень организации работы персонала

· Квалификация персонала

· Материально-техническое обеспечение, его соответствие стандарту

· Уровень финансирования

· Уровень лекарственного обеспечения

. Основные принципы управления качеством медицинской помощи

Принцип 1. Ориентация на потребителя

В (ЛПУ), как и в другой любой организации, помимо конечного потребителя медицинских услуг имеются многочисленные потребители вспомогательных и промежуточных услуг. Например, медицинский работник может являться потребителем информации, услуг связи и транспорта, расходных материалов к медицинскому оборудованию и т.д. Успех деятельности любой организации зависит от потребителей, как внешних, так и внутренних, поэтому необходимо понимать их текущие и прогнозировать будущие потребности.

Принцип 2. Лидерство руководителя

Руководители здравоохранения должны обеспечивать высокое КМП. Для этого необходимо сформировать внутреннюю среду организации, в которой работники активно вовлечены в решение указанной задачи. Необходимо разработать соответствующую политику и план действий, определить стратегию и тактику.

Принцип 3. Вовлечение работников в процесс повышения КМП

Работники здравоохранения всех уровней составляют основу организации медицинской помощи, поэтому следует определить их потребности и ожидания, удовлетворенность работой, желание профессионального роста, что поможет обеспечить наиболее полное вовлечение их в производственный процесс и повышение трудовой мотивации.

Принцип 4. Процессный подход.

По своей природе все явления представляют собой динамические процессы. Часть из них протекает произвольно по своим объективным законам, часть подвержена воздействию со стороны человека.

Таким образом, любая деятельность, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Чтобы эффективно функционировать, организации должны управлять многочисленными взаимосвязанными и взаимодействующими процессами.

Принцип 5. Системный подход

процесс оказания медицинской помощи рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и сами подверженные ее влиянию. Если часть системы функционирует неэффективно, то это оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на составляющие.

Принцип 6. Постоянное улучшение

Постоянное улучшение КМП следует рассматривать как неизменную, но практически недостижимую цель (нет предела совершенства!). Повышение КМП невозможно без постоянной оптимизации процесса ее оказания в ответ на изменения внешней и внутренней среды учреждения здравоохранения на основе системного анализа поступающих данных, разработки корректирующих и предупреждающих действий, необходимых устранения причин возникающих проблем (несоответствия) и предупреждения повторного их возникновения.

Принцип 7. Принятие решений, основанное на фактах

Эффективные решения основываются на объективном анализе данных и правильной их интерпретации. Абстрагируясь от психологических особенностей восприятия и обработки информации, можно утверждать, что формализация многих управленческих процессов в здравоохранении все-таки возможна. Особенно это касается управления технологическими процессами оказания медицинской помощи.

Принцип 8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками

Поставщик может быть внутренним или внешним по отношению к учреждению здравоохранения. Организация должна обеспечивать соответствие закупленной продукции (услуг) установленным требованиям к закупкам. Она должна оценивать и выбирать поставщиков на основе их способности поставлять продукцию (предоставлять услуги) в соответствии со своими требованиями.

. Основные элементы схемы управления качеством медицинской помощи (дизайн, обеспечение, контроль, непрерывное улучшение)

Управление КМП состоит из четырех основных видов деятельности:

. Дизайн качества - это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

. Обеспечение качества - это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

. Контроль качества - это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам служит экспертиза. Действующие нормативно-правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный - страховые медицинские организации, ТФОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др.

. Непрерывное повышение качества. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников.

. Концепция всеобщего управления качеством. Японская модель

Всеобщее управление качеством (Total Quality Management) - это философия организации, которая основана на стремлении к качеству и практике управления, приводящей к всеобщему качеству.

Всеобщее управление качеством - это принципиально новый подход к управлению любой организацией, нацеленный на качество, основанный на участии всех ее членов (персонала во всех подразделениях и на всех уровнях организационной структуры) и направленный на достижение долгосрочного успеха посредством удовлетворения требований потребителя и выгоды как для сотрудников организации, так и для общества в целом.

Основными целями TQM являются:

· ориентация предпринимателя на удовлетворение текущих и потенциальных запросов потребителей

· возведение качества в ранг цели предпринимательства

· оптимальное использование всех ресурсов организации

наиболее важными элементами TQM являются:

· Вовлеченность высшего руководства: стратегия качества в компании (организации) должна предусматривать постоянное, непрерывное и личное участие высшего руководства (руководителя) компании в вопросах, связанных с качеством.

· Акцент на потребителя: фокусировать всю деятельность компании на нужды и пожелания как внешних, так и внутренних потребителей

· Всеобщее участие в работе: обеспечивать возможности для реального участия каждого в процессе достижения главной цели - удовлетворять запросы потребителя

Японская модель. В Японии была создана система управления качеством, в которой всеобщий контроль качества представляет собой единый процесс обеспечения качества повсеместно на предприятиях, этот процесс осуществляется всем персоналом от президента до простых работников. Основные подходы к управлению качеством в японских моделях сводятся к следующим моментам: узнать запросы потребителей; узнать, что будут покупать потребители; определить затраты, необходимые для достижения качества; предупредить возможные дефекты и претензии; предусмотреть корректирующие воздействие; исключить необходимость проверки.

Японская концепция четырех уровней качества

Первый уровень - соответствие стандарту:

• суть - качество продукции оценивается как соответствующее или не соответствующее требованиям стандарта;

• порядок - необходимо выяснить требования, утвердить стандарт, а также инструкции и процедуры проверки качества продукции;

• инструменты - статистический контроль качества и организационная структура производства;

• недостатки - необходимость проведения обязательного контроля качества и отсутствие учета требований потребителя (рынка).

Второй уровень - соответствие использованию:

• суть - продукция должна не только соответствовать стандарту, но и удовлетворять эксплуатационным требованиям;

• порядок - чтобы соответствовать всем вариантам использования продукции, ее качество должны обеспечивать не только производственные подразделения фирмы, но и службы маркетинга, исследований и разработок, планирования, контроля качества, сбыта и сервиса в единой системе;

• недостатки - более высокое качество приводит к более высоким затратам и, следовательно, к повышению цены на продукцию.

Третий уровень - соответствие фактическим требованиям рынка:

• суть - обеспечение высокого уровня качества при низкой цене;

• порядок - единственным путем достижения низкой стоимости при высоком качестве является бездефектное производство; качество обеспечивается не инспекцией и высококачественным оборудованием, а скорее постоянным стремлением к повышению качества со стороны рабочих, занятых в процессе производства, так как именно рабочий, а не инженер и не специалист по управлению производит продукцию; если быстрое исправление ошибок и стремление к улучшению качества организованы на каждой ступени производства, то количество дефектов (отходов и переделок) будет сведено к минимуму; такой подход именуется "контролем процесса", в котором должен участвовать весь персонал фирмы.

Четвертый уровень - соответствие скрытым (неочевидным, латентным) потребностям:

• суть - потребитель часто сам не знает, чего ему хочется. Только когда ему предлагают купить что-то оригинальное, неожиданное, он понимает, что именно это ему нравится и подходит. Единственное его сожаление заключается в том, что он раньше не знал о продукции, которая превзошла его ожидания.

Так как преимущество при сбыте получает продукция, учитывающая скрытые потребности, процветающие фирмы всего мира стремятся к достижению четвертого уровня.

. Европейские подходы к управлению качеством

Каждая компания по-своему уникальна. Методика, предложенная Европейским фондом управления качеством (European Foundation for Quality Management), предлагает структурированное множество критериев управления качеством, которые могут эффективно применяться для совершенствования деятельности любой компании или ее подразделения.

Какие основные цели и задачи ставит перед собой EFQM?

Методика ЕFQМ используется при проведении конкурса на присуждение Европейской Премии Качества и преследует следующие цели:

· удовлетворение потребностей клиентов

· удовлетворение интересов персонала

· влияние на общество

Одной из основных задач ЕFQМ является содействие компаниям в совершенствовании их деятельности.

Как построена модель ЕFQМ?

Методика ЕFQМ для развития бизнеса представляет собой гибкую структуру, которая может быть реализована различными способами. Главное, чтобы используемый метод опирался на основные положения модели ЕFQМ, описание которых приводится ниже.

Модель EFQM базируется на следующих положениях:

· В центре внимания - клиент

· Сотрудничество с поставщиками

· Повышение квалификации и участия персонала

· Процессы и факты

· Непрерывное совершенствование и новаторство

· Руководство и последовательность в достижении целей

· Взаимная ответственность

· Распределение результатов

Порядок перечисления основных положений не имеет существенного значения. Список основных положений также не следует считать окончательным, он может изменяться по мере развития и совершенствования деятельности компании.

Какие инструменты используются для реализации этих положений?

Реализация перечисленных положений достигаются посредством эффективного Руководства, осуществляемого в отношении Политики и Стратегии, Кадровой Политики, Ресурсов и Процессов, и приводящего в конечном счете к Достижению Результатов. Каждый из девяти элементов, лежащих в основе модели ЕFQМ, представляет собой критерий, который можно использовать для оценивания прогресса, достигнутого компанией на пути развития бизнеса.

. Документация системы менеджмента качества

Структура документации системы менеджмента качества, построенной по стандарту ИСО 9001:2008 (ИСО 9001:2000), представляет собой иерархическую систему взаимосвязанных документов. Часть этих документов в явном виде оговорена в стандарте, другая часть подразумевается. Поэтому структура системы качества имеет "постоянную" составляющую, определенную стандартом и "переменную" составляющую, зависящую от конкретной организации.

"Постоянная" составляющая структуры документации СМК:

§ Политика в области качества;

§ Цели в области качества;

§ Руководство по качеству;

§ Шесть обязательных процедур системы качества;

§ Записи по качеству.

"Переменная" составляющая структуры в стандарте поименована в следующем виде - "документы, необходимые организации для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими (п.п. 4.2.1.d ИСО 9001:2008)". Как правило, к этим документам относятся различные планы, карты или схемы процессов, рабочие инструкции, отчетные формы, договора, нормативные документы, накладные и пр. Т.е. можно считать, что под эту "переменную" составляющую подпадает практически вся документация организации.

Некоторые рекомендации по составлению структуры документации СМК и содержанию документов СМК дает стандарт ИСО 10013:2001 "Рекомендации по документированию систем менеджмента качества". Однако, при составлении структуры документации СМК лучше ориентироваться на существующую в организации систему документации, дополняя ее необходимыми уровнями и документами, требуемыми стандартом ИСО 9001:2008.

Документация в системе менеджмента качества создается для того, чтобы спланированные оптимальные и рациональные действия, объединенные в процессы, были описаны и использовались работниками для того, чтобы выполнять однородную работу одинаково, с предсказуемой результативностью и эффективностью. Каждый работник имеет необходимую документацию на своем рабочем месте, пользуется ей в процессе выполнения работы. Следует отметить, что наличие документации, описывающей процессы, существенно уменьшает период адаптации новых работников. Документация СМК состоит из двух больших групп документов - документов, описывающих деятельность системы, и записи - документы, в которых фиксируется данные о ходе процесса и выполнении установленных требований к качеству.

Документация дает возможность передать смысл и последовательность действий. Ее применение способствует:

. Достижению соответствия требованиям потребителя и улучшению качества

. Обеспечению соответств подготовки кадров

. Повторяемости и прослеживаемости

. Обеспечению объективных свидетельств,

. Оцениванию эффективности и постоянной пригодности системы менеджмента качества

Не существует какой-то единой и определенной структуры документации системы качества. Как правило, документация группируется на нескольких уровнях, которые могут включать:

· Уровень1: Руководство по качеству. Обычно Руководство содержит политику в области качества и краткий обзор системы качества с указанием того, что делается для соответствия требованиям стандарта со ссылками на процедуры системы качества.

· Уровень 2: Процедуры, в которых описано, что делается и зачем, где, когда, как и кем выполняется действие.

· Уровень 3:Рабочие инструкции разъясняют сотрудникам выполнение конкретных действий и находятся в зависимости от процедур.

· Уровень 4: Формы и документы внешнего происхождения, "встроенные" в систему. Сюда относятся специальные формы для необходимых данных, норм регламентирующих и законодательных документов.

. Разработка и внедрение системы менеджмента качества в медицинских организациях

В течение последнего десятилетия произошло значительное перевооружение медицинских организаций современной техникой и технологиями. Начали переоснащаться и мед лаборатории, в которых появились новые современные анализаторы и т.д. Однако только одним переоснащением трудно поднять уровень качества мед услуг в сфере клинической лабораторной диагностики на уровень полностью удовлетворяющий потребителей. Необходимо учесть, что процесс оказания мед помощи состоит из взаимодействия внешних систем и внутренних подсистем, что определяется множеством внешних и внутренних взаимосвязанных процессов. Поэтому эффективное управление качеством мед помощи возможно только на основе системного подхода, что в свою очередь требует разработки формализованной и документированной процедуры. Решить вопрос повышения качества медицинских услуг можно в первую очередь при помощи внедрения в мед учреждения современных систем управления, в частности системы управления качеством на базе международных стандартов ИСО 9000. В связи с этим в последнее время постоянно увеличивается число мед орг-й, руководство которых понимает необходимость внедрения системы качества менеджмента СМК.

Что же получает организация в результате внедрения СМК?

СМК (система менеджмента качества) - совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления менеджмента качества на всех этапах жизненного цикла продукции, в т.ч. и медицинских услуг. Это система создается в организации для формирования политики и целей в области качества, а также для достижения этих целей. Как и любая система, она характеризуется своим назначением, структурой, составом элементов и связями между ними.

Сертификация системы менеджмента качества на соответствие требованиям ИСО 9001 обеспечивает руководству и сотрудникам организации уверенность в том, что:

· оказываемые услуги соответствуют законодательным требованиям и требованиям потребителей;

· требования к качеству на всех этапах проведения анализов выполняются, что, соответственно, гарантирует качество получаемых результатов лабораторных исследований;

· одновременно повышается эффективность работы организации.

Для потребителей и партнеров наличие в организации сертифицированной системы менеджмента качества создает уверенность в том, что они приобретут услугу того качества, которое заранее было оговорено, в установленные сроки и в необходимом объеме.

В настоящее время репутация организации в области качества становится решающим фактором в способности конкурировать как на внутреннем, так и на международном рынке. В связи с тем, что одной из целей системы СМК является разрешение проблемы еще до ее появления, то и основным принципом нашей работы является не ожидание проблем и их устранение, а постоянное стремление к улучшению и совершенствованию своих процессов. Внедрение стандартов и сертификация системы менеджмента качества дают возможность выявить неэффективные звенья в деятельности медицинской организации, повысить эффективность использования ресурсов, документировать все производственные операции, установить ответственность за каждую из них, провести структуризацию производственных процессов и выстроить четкие технологические схемы, а самое главное - существенно повысить качество медицинских услуг.

Для обеспечения качества медицинских услуг необходимо эффективное функционирование системы управления качеством, при этом система управления качеством медицинской помощи должна носить комплексный характер, т.е. в управлении необходимо уделять внимание различным направлениям деятельности: нормативному, правовому, финансовому обеспечению; стандартизации и оптимизации организации; кадровому менеджменту; разработке и мониторингу показателей, характеризующих качество медицинской помощи; изучению мнения пациента о спектре и качестве предоставляемых услуг.

. Стандарты качества в медицинской промышленности

Стандарт медицинской помощи - это унифицированная совокупность медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии).

Существует тесная связь стандартизации здравоохранения с системой управления качеством медицинской помощи.

Целью системы управления качеством медицинской помощи является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов, современных технологий, своевременного выявления нарушений в организации оказания медицинской помощи и принятия мер по их предупреждению.

Медицинские стандарты дают возможность разработать и сформировать критерии оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний или состояний, внедрить методики, позволяющие количественно определить уровень качества. В целом оценка качества медицинской помощи основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными "стандартами" или "эталонами". Использование медицинских стандартов и особенно стандарта результатов при экспертизе и оценке качества помощи позволяет сделать экспертное заключение более объективным и с высокой степенью эффективности проводить медицинский аудит. Поскольку стандарты медицинской помощи формируются с учетом принципов доказательной медицины, врач может использовать их как источник достоверной информации о целесообразности применения тех или иных медицинских технологий в конкретных клинических ситуациях. Поэтому стандарты медицинской помощи приобретают правовое значение и могут использоваться при разрешении конфликтных ситуаций, а также в разборе случаев с причинением ущерба жизни или здоровью пациентов.

Основными объектами стандартизации в здравоохранении являются:

· Организационные технологии

· Медицинские услуги

· Технология выполнения медицинских услуг

· Техническое обеспечение выполнения медицинских услуг

· Качество медицинских услуг

· Квалификация персонала

· Производство и качество лекарственных средств и медицинской техники

· Учетно-отчетная документация

· Информационные технологии

· Экономические аспекты здравоохранения

· Обеспечение этических правил в здравоохранении

Наиболее важным, сложным и значимым объектом стандартизации являются медицинские услуги. Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования и является основой для оценки качества, экономических показателей, расчета подушевых нормативов и т.д.

Цель стандартизации

Целью стандартизации было определено повышение качества профилактических и лечебно-профилактических мероприятий, решение задач сохранения и улучшения здоровья населения. Тогда же были сформулированы основные задачи в области здравоохранении, а именно:

· Нормативное обеспечение реализации законодательства в области охраны здоровья граждан

· Создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству, обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи, а также нормативное обеспечение сертификации и оценки качества медицинских услуг

· Установление требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении

· Нормативное обеспечение контроля и надзора за соблюдением требований нормативных документов

В основе стандартизации в здравоохранении лежат принципы:

. Принцип единообразия (единый порядок разработки, согласования, принятия и введения в действие нормативных документов, надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации);

. Принцип значимости (социальная, научная и экономическая целесообразность);

. Принцип актуальности (соответствие требований законодательству Российской Федерации, международным нормативным документам и современным достижениям науки);

. Принцип комплексности (согласование предъявляемых к объектам стандартизации требований между собой);

. Принцип проверяемости (обеспечение возможности контроля заданных в нормативных документах требований объективными методами);

. Принцип согласия (взаимное стремление всех субъектов к достижению согласия при разработке и введении в действие нормативных документов системы стандартизации).

. Сертификация системы менеджмента качества

Стандарт ISO 9001 (российский аналог - ГОСТ Р ИСО 9001) входит в серию международных стандартов качества и удостоверяет соответствие системы управления качеством организации требованиям стандарта ISO 9001. Стандарт ISO 9001 устанавливает правила построения эффективной системы управления организацией применимые к любым отраслям и видам деятельности.

. СМК как инструмент менеджмента

Сертификация систем менеджмента качества осуществляется в несколько этапов, включающих заочную, или предварительную, оценку системы предприятия и сертификационный аудит. После прохождения сертификации на протяжении срока действия сертификата аккредитованный орган осуществляет инспекционный контроль за сертифицированной системой менеджмента качества. Таким образом, сертификация системы менеджмента качества основана на регулярном проведении третьей стороной (органом по сертификации) независимых аудитов.

Сертификат ISO 9001 является своего рода "визитной карточкой" предприятия независимо от рода его деятельности и гарантирует, что процессы функционирования предприятия контролируются руководством, то есть, управляемы на уровне международных стандартов. Сертификат на производство гарантирует уверенность и безопасность, он делает качество осязаемым, видимым. Как инструмент менеджмента СМК дает уверенность и руководству организации и потребителю в том, что продукция отвечает определенным требованиям качества.

Сертификация системы менеджмента качества подтверждает, что деятельность организации ориентирована на потребителя, что в свою очередь помогает выстраиванию взаимовыгодных отношений с поставщиками. Постоянное улучшение качества продукции как следствие адаптации к прошедшим или ожидаемым изменениям в рыночной среде также является одним из принципов СМК.

. Цель сертификации системы менеджмента качества

Целью сертификации СМК является определение соответствия разработанной и внедренной на предприятии системы менеджмента качества установленным требованиям стандарта ISO 9001. В дальнейшем при проведении независимого аудита будет определена результативность и эффективность внедренной СМК.

Преимущества сертификации по международному стандарту

В системе сертификации менеджмента качества можно получить сертификат на производство. Такая сертификация проводится на добровольной основе. Предприятия, имеющие сертификат на производство, имеет неоспоримые преимущества в конкурентной борьбе.

Внедрение в организацию системы управления качеством и сертификация по международному стандарту дает возможность поддерживать качество своей продукции на стабильно высоком уровне. Сертификация системы менеджмента качества включает требования, предъявляемые к системам управления качества предприятий и направлена на улучшение деятельности организации. Сертификация систем менеджмента качества - это форма добровольного подтверждения соответствия систем качества определенным нормативным требованиям. Какие преимущества дает сертификация по международному стандарту? Это позволит руководству предприятия:

· повысить рентабельность за счет снижения расходов, ориентируя все процессы на повышение и поддержание качества;

· расширить существующие и найти новые, международные в том числе, рынки сбыта;

· удовлетворять на новом уровне требования заказчика;

· совершенствовать систему информации и культуру производства.

Система менеджмента качества, исправно функционируя в компании, станет той основой, которая заставит совершенствовать все процессы применительно к промышленному производству и коммерческой деятельности.

. Ведомственный контроль качества медицинской помощи. Участники, этапы ведомственного контроля

Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения;

В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники ВУЗов, научных центров, НИИ и других учреждений на договорной основе

Целью осуществления ведомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Объектом контроля является медицинская помощь.

Участники ведомственного контроля:

· медицинские учреждения;

· органы управления здравоохранения;

· медицинские ВУЗы и НИИ;

· профессиональные медицинские ассоциации

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает следующие этапы:

· оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;

· экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;

· изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;

· расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

· выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;

· подготовка рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

· выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных коррегирующих воздействий;

· контроль за реализацией управленческих решений.

. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Участники, направления контроля

Под системой вневедомственного контроля понимается оценка качества медицинской помощи субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения, в пределах своей компетенции.

Вневедомственный контроль деятельности учреждений здравоохранения, а также физических лиц осуществляют:

· страховые медицинские организации;

· территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случае выполнения ими функций страховщика);

· страхователи;

· исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации;

· профессиональные медицинские ассоциации;

· общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Вневедомственный контроль качества осуществляется по следующим направлениям:

· анализ результатов оказания медицинской помощи населению;

· подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль их выполнения;

· изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;

· оценка возможностей учреждения здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи;

· правильность применения тарифов и соответствие предъявленных к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи и др.

. Критерии качества медицинской помощи - субъективные и объективные. Факторы, влияющие на качество

Субъективные критерии качества медицинской помощи отражают восприятие оказываемой помощи самими пациентами.

Объективные критерии качества медицинской помощи являются показателями, закрепленными в стандартах. Они представляют собой довольно обширную систему, охватывающую различные аспекты и уровни современного здравоохранения. Сюда входит доступность медицинской помощи; длительность, своевременность, адекватность и результат лечения; укомплектованность и квалификация кадрового состава; оснащенность оборудованием и т.д. Кроме того, принимаются во внимание критерии состояния здоровья населения, например, возраст дожития после постановки диагноза или смертность от различных заболеваний.

Факторы:

· Первый - нехватка квалифицированных специалистов и среднего медицинского персонала, снижение их квалификации и качества взаимодействия с пациентами;

· Второй - несовершенство современной системы финансирования и бюджетирования (квотирование), что вызывает ограничения доступности медицинских услуг для населения, "перекосы" во взаимодействии с платной медициной.

18. Уровень качества лечения, порядок расчета и оценка

Для оценки уровня КМП отдельного врача, подразделения ЛПУ, ЛПУ в целом используется следующая формула:

,

где

УКЛ - уровень качества лечения,

УКД - уровень качества диспансеризации,

ОНМД - оценка выполненного набора диагностических, лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических мероприятий и правильности постановки диагноза,

ОК - оценка качества лечения (диспансеризации), т.е. состояния здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации, диспансеризации.

ОНМД = ОДМ + ОД + ОЛМ,

где

ОДМ - оценка выполненного набора диагностических мероприятий,

ОД - оценка диагноза,

ОЛМ - оценка выполнения набора лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и др. мероприятий.

. Анализ затрат на качество медицинской помощи

Затраты на контроль в медицинской организации включают в себя: проведение многоуровневой экспертной оценки качества выполняемых услуг, включающую экспертизу качества 1 уровня (заведующий отделом), 2 уровня (врач-эксперт, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе, управлению и оценке качества) и 3 уровень - врачебная комиссия, возглавляемая заместителем главного врача по медицинской части.

Внутренние затраты на несоответствия могут включать в себя затраты на утилизацию и вывоз некачественных расходных материалов, расходы на выполнение повторных услуг в случае нарушения стандарта или обоснованной претензии потребителя, выполнение повторных исследований партии лабораторных услуг в случае отклонений в контрольных тестах.

Причины возникновения несоответствий могут быть небрежность, недобросовестность или недостаток знаний рабочего персонала, отсутствие регламента производственного процесса, несоблюдение параметров и режимов производства медицинских услуг, недостаточное техническое оснащение производственных помещений, недоброкачественные сырье, ингредиенты, вспомогательные материалы и пр.

Внешние потери от брака связаны с несоответствиями и дефектами, обнаруженными после предоставления потребителю медицинских услуг или с неудовлетворенностью потребителя. Внешние потери включают: возвращенные услуги, убытки по гарантийным обязательствам, потеря деловой репутации, потеря повторных обращений, страхование обязательств, расследование жалоб. Внешние потери несоответствий наиболее серьезны, так как они ущемляют интересы потребителя и часто замалчиваются. Они также включают в себя потерю потенциальных доходов, которые очень трудно оценить.

. Виды затрат, связанные с качеством медицинской помощи

· по целевому назначению - На улучшение качества, на обеспечение качества, на управление качеством;

· по экономическому характеру затрат - Текущие, единовременные

· по виду затрат - Производительные, непроизводительные

· по методу определения - Прямые, косвенные

· по возможности учета - Поддающиеся прямому учету, не поддающиеся прямому учету

· по стадиям жизненного цикла производства - На качество при разработке и производстве работ

· (услуг)

· по отношению к производственному процессу - На качество в основном, вспомогательном производстве работ (услуг)

· по возможности оценки - Планируемые, фактические

· по характеру структурирования - По производству, по видам работ (услуг)

· по объектам формирования учета - Процессы, услуги

· по виду учета - Оперативный аналитический, бухгалтерский целевой.

21. Затраты на качество как инструмент управления качеством медицинской помощи. Структура затрат в рамках системы менеджмента качества

Обычно выделяют три основных направления в управлении стоимостью системы качества:

· повышение полезной отдачи от эксплуатации системы качества в виде объема произведенной продукции или объема выполняемых услуг;

· снижение расходов на содержание и эксплуатацию системы качества;

· снижение темпов износа (физического и морального) системы качества на протяжении срока полезного использования.

Затраты, которые несет любая организация, чтобы обеспечить качество, могут быть разделены на четыре категории.

Затраты на предотвращение - сумма всех затрат, связанных с действиями по планированию процесса, направленного на то, чтобы дефекты не возникали, например: проектирование бездефектного производственного процесса, надежная конструкция изделий, обучение и повышение квалификации работников, группы качества, профилактический ремонт и затраты на построение отношений с поставщиками с целью повышения качества получаемого сырья и материалов.

Затраты на оценку. Эти затраты связаны с измерением уровня качества, которого достигла система, или, другими словами, они связаны с проверкой, которая дает возможность убедиться, что требования заказчика удовлетворены, например: проверка и тестирование опытного образца, входной контроль и тестирование, контроль в ходе выполнения работ и контроль качества готовой продукции.

Затраты на внутренний брак. Это затраты, которые образовались при исправлении бракованной продукции до того, как она попадет к заказчику, например: выбраковка, повторная обработка, ремонт, перепроектирование, повторная проверка после повторной обработки, простой из-за дефектов и возможные затраты из-за упущенных продаж, связанных с тем, что для продажи готово меньшее количество изделий.

Затраты на внешний брак связаны с поставкой дефектной продукции заказчикам, например: выполнение гарантийных обязательств, исследование дефектов, возвраты, снятие с продажи, судебные иски и потеря репутации у заказчика. качество медицинский стандартизация этика

Затраты, связанные с качеством (затраты на качество), - это затраты, возникающие при обеспечении и гарантировании удовлетворительного качества, а также затраты, связанные с потерями в том случае, когда не достигнуто удовлетворительное качество [18].

Структура затрат на качество

Затраты на качество подразделяются на такие: Затраты на управление качеством (капиталовложения) сводятся к затратам на предупреждающие действия и затратам на выявление несоответствий методом оценки качества (испытания, контроль, исследования).

Группа затрат, вызванных дефектами, считается убытками и подразделяется на две подгруппы: затраты на устранение несоответствий в процессе производства; затраты, связанные с удовлетворением рекламаций потребителей, вызванных

. Клинико-экономический анализ в управлении качеством мед. помощи, виды, характеристика

Клинико-экономический анализ - методология сравнительной оценки двух медицинских технологий и более (методов диагностики, профилактики, лечения, реабилитации) на основе комплексного взаимосвязанного учета результатов их применения и затрат на их выполнение.

Клинико-экономический анализ является инструментом выбора наиболее приемлемой из нескольких технологий, которые могут использоваться в одной и той же ситуации, на основе сравнительной оценки их эффективности и стоимости. Результаты клинико-экономического анализа применяются при формировании стандартов медицинской помощи, определении приоритетных направлений развития здравоохранения. Целью применения клинико-экономического анализа является рациональное расходование ресурсов здравоохранения: получение наилучшего результата в рамках известного (фиксированного) бюджета.

Анализ затраты-эффективность - тип клинико-экономического анализа, при котором производят сравнительную оценку соотношения затрат и эффекта (результата) для 2 медицинских технологий и более, эффективность которых различна, но результаты измеряются в одних и тех же единицах (показателях клинической эффективности или продолжительности сохраненной жизни в результате применения технологий).

Анализ минимизации затрат - частный случай анализа затраты-эффективность, при котором сравнивают 2 технологии и более, имеющие идентичную эффективность и безопасность, но разную стоимость. Рекомендуется применять анализ минимизации затрат при сравнительном исследовании применения разных лекарственных форм или разных условий применения одного и того же ЛС или одной медицинской технологии (например, применение одной и той же схемы лечения стационарно и амбулаторно). Эта методология неприемлема при сравнении воспроизведенных, генерических аналогов препаратов, так как они часто не эквивалентны по терапевтическому действию.

Анализ затраты-полезность (утилитарность) - вариант анализа затраты-эффективность, при котором результаты оценивают в единицах "полезности" с точки зрения потребителя медицинской помощи. В качестве косвенного критерия полезности наиболее часто используют качество жизни пациента и показатель "сохраненные годы жизни с поправкой на качество жизни" (англ. quality-adjusted life-years - QALY).

Анализ затраты-выгода (в отличие от предыдущих вариантов, предполагает оценку и издержек, и эффективности (выгоды, пользы) в денежном выражении. Это единственный вариант истинно экономического анализа - "в чистом виде". Рекомендуется представлять результаты анализа затраты-выгода в виде показателя соотношения выгоды и затрат.анализ - распределение (ранжирование) отдельных медицинских технологий по доле затрат на каждую из них в общей структуре расходов - от наиболее затратных к наименее затратным с выделением 3 групп. В группу A относят технологии, на которые приходится 80% затрат (закономерно в группе оказывается 10-15% от числа всех использованных технологий), в группу B - технологии, потребовавшие 15% средств (до 20-30% от общего числа) и в группу C - технологии, издержки на выполнение которых составили 5% от затрат (обычно более 50% исследуемого ассортимента). Метод используется для определения приоритетов и целесообразности расходования средств на основе ретроспективной оценки реальных затрат.

23. Медицинские стандарты в обеспечении качества мед. помощи

Стандарт - это нормативный документ, которым устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочивания в определенной области. Стандартами могут быть организационные технологии, медицинские услуги, технология выполнения медицинских услуг и их техническое обеспечение, нормативная документация и все то, что может повысить качество медицинской помощи. Стандарты позволяют выбрать наиболее эффективный и подходящий потребностям пациента вид медицинской помощи и безопасно ее оказать.

Под стандартизацией в здравоохранении понимают "деятельность, направленную на достижение оптимальной степени упорядочивания путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении"

Систему управления качеством в здравоохранении, базирующуюся на стандартизации, медицине, основанной на доказательствах, и клинико-экономическом анализе, можно трактовать как управление качеством через достижение оптимальной степени упорядочивания в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности.

Принципы управления качеством в здравоохранении:

· деятельность учреждений здравоохранения должны формировать потребители и их потребности;

· должен использоваться научный подход к принятию решений, основанный на постоянном сборе и анализе объективных данных (в виде количественных показателей).

С позиции управления качеством стандарты должны определять:

· минимально допустимый уровень качества через обозначение обязательных требований, образующих основу программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

· направления дальнейшего совершенствования качества через формулирование дополнительных требований, носящих рекомендательный характер.

С учетом "триады Донабедиана" предполагается обеспечение качества через проведение на всех уровнях системы здравоохранения взаимосвязанных мероприятий в области оптимизации использования ресурсов, внедрения современных технологий и оценки получаемых результатов. Соответственно, можно выделить три основных укрупненных объекта стандартизации и три основных группы стандартов:

· стандарты ресурсного обеспечения здравоохранения (требования к различным видам ресурсов: кадровым, материальным, финансовым, информационным);

· стандарты процессов (технологий) в здравоохранении, включая административные;

· стандарты результата (эффективности).

. Коэффициенты медицинской, социальной и экономической эффективности медицинской помощи

Оценка эффективности качества медицинской помощи, должна основываться на анализе показателей, характеризующих медицинскую эффективность, социальную удовлетворенность пациентов и произведенные при этом затраты. Коэффициент медицинской эффективности соответствует удельному весу случаев оказания медицинской помощи, в ходе которых достигнут запланированный результат. Целевое значение этого коэффициента равно единице. Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например, алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года. Эти показатели рассчитываются как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

Коэффициент социальной эффективности характеризует удовлетворенность пациентов оказанной им медицинской помощью. Способы оценки социальной удовлетворенности:

· неформальное обсуждение с пациентами и жителями проблем здравоохранения;

· периодические опросы пациентов сразу после получения ими медицинской помощи (при выписке из стационара);

· постоянные исследования среди пациентов и жителей по специальным программам и с использованием специальных анкет.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой) могут служить показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах; внутренний аспект - эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения; внешний - влияние здравоохранения на развитие экономики страны. Исходя из понимания, что высшая ценность в обществе - здоровье и жизнь человека, экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения необходим в обосновании потребности в тех или иных ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Экономическая эффективность - важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ. Этот показатель рассчитывается как отношение полученного экономического эффекта к затратам. Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

. Возможности совершенствование системы контроля качества медицинской помощи

Приказ Минздрава РФ №363, ФФОМС №77 от 24.10.1996 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации". На сегодняшний день основными нормативными актами в сфере контроля качества медицинской помощи являются Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 №1152 "Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности".

Основным видом контроля в лечебном учреждении является экспертиза качества медицинской помощи. Основным назначением экспертизы КМП является оценка качества медицинского обслуживания с позиции его соответствия уровню современных требований и безопасности, использование результатов проведенной экспертизы в качестве важнейшего инструмента защиты прав застрахованного населения. По результатам ЭКМП должна проводиться работа, направленная на предупреждение и устранение выявленных дефектов. Однако на практике часто конечным практическим результатом этой работы становится применение штрафных санкций к учреждениям здравоохранения, допустившим некачественное оказание медицинской помощи застрахованному населению, и статистический учет нарушений.

В таких условиях реформирования здравоохранения важной составляющей качества медицинской услуги в современном многопрофильном ЛПУ является качество управления оказанием медицинской помощи и создание соответствующей нормативной правовой базы по ЭКМП внутри учреждения. Задачи повышения качества и эффективности медицинской помощи, уменьшения количества рисков для пациента и снижения бремени финансовых санкций за выявленные дефекты актуальны для всех ЛПУ, включая клиники медицинских вузов.

Вопросы совершенствования стандартизации, механизмы отбора и обучения профессиональных кадров, разработки и внедрения стимулирующих форм оплаты труда персонала.

Говоря о достаточно новой для РФ идеологии и практике управления качеством, мы не можем обойти стороной разработанную американским инженером и специалистом в области статистики Э. Демингом концепцию непрерывного повышения качества, оказавшуюся при практическом внедрении исключительно эффективной, универсальной и применимой для всех типов организаций.

. Создайте постоянство цели для улучшения продукции и услуг. Конечная цель - стать и быть конкурентоспособным, привлекательным для пациентов путем нововведений, путем постоянного внедрения в практику и всестороннего освоения новых современных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, всегда иметь на "Листе ожидания" плановых пациентов, сознательно желающих получить медицинскую помощь только в данной медицинской организации.

2. Перестаньте полагаться на инспекцию в достижении высокого качества. Проверки сами по себе, в том числе контроль качества, не повышают качества оказания медицинской помощи, они неэффективны и дорогостоящи. Необходимо устранить массовые проверки, сделав качество оказания медицинской помощи обязательным неотъемлемым компонентом каждого структурного подразделения медицинской организации на каждом рабочем месте, реализуя тем самым принцип бездефектной работы.

При этом, как утверждал Э. Деминг, качество надо встраивать в продукцию на стадии проектирования, то есть, переводя этот тезис в систему оказания медицинской помощи, если помощь пациенту уже оказана, далеко не во всех случаях можно что-то изменить.

. Перестаньте судить о бизнесе на основании цены. Данный принцип рекомендует руководителю (главному врачу) отказаться от практики выбора поставщиков и заключения заказов на медицинское и технологическое оборудование, на расходные материалы и многое другое только на основе ценовых показателей, однако в Российской Федерации возможность выбора поставщиков регламентируется Федеральным законом от 21 июля 2005 года №94-ФЗ "О размещении заказа на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 1 января 2013 года).

. Постоянно и необратимо совершенствуйте систему производства и обслуживания. Совершенствование процесса организации и оказания медицинской помощи в конкретной медицинской организации не может быть разовой акцией, оно должно стать постоянной ежедневной работой, направленной на повышение производительности и качества и на их основе снижения затрат.

. Этика и деонтология, влияние на качество медицинской помощи

Медицинская этика рассматривает вопросы нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства.

Медицинская этика охватывает и определенные нормы поведения медицинского работника в быту, его культуру, человеколюбие, физическую и моральную чистоплотность и т.д.

Под медицинской деонтологией понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы. Деонтология является частью медицинской этики, медицинской морали.

Деонтология включает в себя:

o Соблюдение врачебной тайны;

o Ответственность за жизнь и здоровье больных;

o Проблемы взаимоотношений в медсообществе;

o Проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками.

Современная и совершенная медицинская техника и оборудование в новых больницах не окажут должного воздействия на здоровье людей, если они попадут на прием к невнимательным, равнодушным медработникам.

. Врачебная ошибка, определение. Виды ответственности

Врачебная ошибка - это такое действие или бездействие врача при оказании помощи пациенту, которое способствовало или могло способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов и неудовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой.

Существует несколько видов ответственности - дисциплинарная, которая используется в трудовых взаимоотношениях в виде замечаний и выговоров, административная ответственность налагается в соответствии с Кодексом об Административных правонарушениях, материальная применяется в виде лишения части заработка за нарушения условий трудового контракта. В отношении врачебных ошибок, влекущих ответственность, применяется уголовная ответственность физических лиц, и гражданско-правовая ответственность граждан и организаций.

Уголовную ответственность врач несет при:

) причинение смерти по неосторожности;

) причинение умышленного вреда здоровью;

) заражение ВИЧ-инфекцией;

) неоказание помощи больному.