



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
«СИФЕРОПОЛЬСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
ГБУЗ РК «СИМФЕРОПОЛЬСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
295043 г.Симферополь, ул. Киевская 142, тел. 66-21-36; 66-24-18

30.07.2020 № 351

ПРИКАЗ

*«Об организации деятельности
врачебных комиссий в ГБУЗ РК
«Симферопольская клиническая больница»*

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». На основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», ст.87, ст. 90 Федерального Закона от 21.11.2011г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2012г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказа Министерства здравоохранения Республики Крым от 01.07.2015г. № 928 «Об организации проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым», с целью совершенствования организации медицинской помощи, для коммисионного обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, иным медико-социальным вопросам, а также проведения контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить на 2020 год перечень врачебных комиссий в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Симферопольская клиническая больница» (далее – больница).
- 1.1 Центральная врачебная комиссия (ЦВК)
- 1.2 Врачебная комиссия (ВК) по контролю качества оказания медицинской помощи.
- 1.3 Врачебная комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности
- 1.4 Врачебная комиссия по реабилитации и санаторно-курортному лечению.
- 1.5 Врачебная комиссия по изучению летальных исходов.
- 1.6 Врачебная комиссия по производственному инфекционному контролю за внутрибольничными инфекциями

- 1.7 Врачебная комиссия по иммунизации населения
- 1.8 Врачебная комиссия по отбору пациентов для оказания специализированной и высокотехнологической медицинской помощи.
- 1.9 Врачебная комиссия по экспертизе профпригодности.
- 1.10. Формулярная комиссия.
- 1.11. Врачебную комиссию по разбору жалоб и обращений.
- 1.12 Врачебную комиссию по рациональному назначению лекарственных средств.

2. Утвердить положения врачебных комиссий ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница:

- 2.1 Центральной врачебной комиссии (ЦВК), приложение 1 к настоящему приказу.
- 2.2 Врачебной комиссии (ВК) по контролю качества медицинской помощи, приложение 2 к настоящему приказу.
- 2.3 Врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности, приложение 3 к настоящему приказу
- 2.4 Врачебной комиссии по реабилитации и санаторно-курортному лечению, приложение 4 к настоящему приказу.
- 2.5 Врачебной комиссии по изучению летальных исходов, приложение 5 к настоящему приказу.
- 2.6 Врачебной комиссии по производственному инфекционному контролю за внутрибольничными инфекциями, приложение 6 к настоящему приказу
- 2.7 Врачебной комиссии по иммунизации населения, приложение 7 к настоящему приказу.
- 2.8 Врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания специализированной и высокотехнологической медицинской помощи, приложение 8 к настоящему приказу.
- 2.9 Врачебной комиссии по экспертизе профпригодности, приложение 9 к настоящему приказу.
- 2.10 Формулярной комиссии, приложение 10 к настоящему приказу.
- 2.11 Врачебной комиссии по разбору жалоб и обращений, приложение 11 к приказу
- 2.12 Врачебной комиссии по рациональному назначению лекарственных средств, приложение 12 к настоящему приказу

3. Утвердить составы и протоколы врачебных комиссий:

- 3.1 Центральной врачебной комиссии (ЦВК), приложение 13 к настоящему приказу.
- 3.2 Врачебной комиссии (ВК) по контролю качества медицинской помощи, приложение 14 к настоящему приказу.
- 3.3 Врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности, приложение 15 к настоящему приказу
- 3.4 Врачебной комиссии по реабилитации и санаторно-курортному лечению приложение 16 к настоящему приказу.
- 3.6 Врачебной комиссии по изучению летальных исходов, приложение 17 к настоящему приказу.
- 3.7 Врачебной комиссии по производственному инфекционному контролю за внутрибольничными инфекциями, приложение 18 к настоящему приказу.
- 3.8 Врачебной комиссии по иммунизации населения, приложение 19 к настоящему приказу.
- 3.9 Врачебной комиссия по отбору пациентов для оказания специализированной и высокотехнологической медицинской помощи, приложение 20 к настоящему приказу.
- 3.10 Врачебной комиссии по экспертизе профпригодности, приложение 21 к настоящему приказу.
- 3.11 Формулярной комиссии, приложение 22 к настоящему приказу.
- 3.12 Врачебной комиссии по разбору жалоб и обращений, приложение 23 к настоящему приказу

3.13. Врачебной комиссии по рациональному назначению лекарственных средств, приложение 24 к настоящему приказу

4. Начальнику отдела кадров Приступе Е.И. проконтролировать внесение дополнений в должностные инструкции сотрудников в части участия в работе, выполнения решений ЦВК (ВК) и ответственности.

5. Заведующему Информационно-аналитическим отделом внести заседания ЦВК и ВК в годовой и календарный планы работы больницы, в планы совещаний заместителей главного врача.

6. Считать утратившим силу приказ ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» от 24.05.2019г. № 187 «Об организации деятельности врачебных комиссий в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница», в связи с изменением штатного расписания ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница»:

в части – выведения должности «заведующий поликлиникой» и введением должности заместитель главного врача по поликлинической работе с 03.02.2020г., с назначением на должность заместителя главного врача по поликлинической работе Барило О.В.

Назначением на должность заместителя главного врача по медицинской части Шейн С.А. с 28.05.2020г.

Приемом на работу на должность заместителя главного врача по клиничко-экспертной работе Перельгина А.В. с 09.06.2020г.

7. Приказ №351 от 30.07.2020г. вступает в силу с 30.07.2020г.

8. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Курдес О.А.

Приложение № 1
Утверждено
приказом ГБУЗ РК «СКБ»
№ 351
«30» 07 2020г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о центральной врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Симферопольская клиническая больница»

1. Общее положение

1.1. Центральная врачебная комиссия (далее ЦВК) создается в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Симферопольская клиническая больница».

1.2. Основной задачей ЦВК является принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности **некоторых** категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также для осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий в структурных подразделениях больницы.

1.3. Центральная врачебная комиссия состоит из председателя (руководителя или заместителя руководителя), имеющего высшее медицинское образование, постдипломную подготовку по основной специальности, соответствующий сертификат и тематическое усовершенствование по циклу «Экспертиза временной нетрудоспособности» и «Экспертиза (контроль) качества медицинской помощи», заместителя, членов комиссии (заведующие отделениями и врачи-специалисты) и секретаря.

1.4. Персональный состав центральной врачебной комиссии утверждается руководителем больницы ежегодно.

1.5. В состав комиссии, при необходимости могут быть включены другие должностные лица (юридическая служба, экономическая служба, бухгалтерская служба) при рассмотрении сопутствующих вопросов.

1.6. Участие в работе ЦВК является обязательным, как для постоянного состава ее членов, так и для всех приглашенных из числа сотрудников больницы.

1.7. Проводить заседания ЦВК на основании планов-графиков, утвержденных главным врачом больницы

1.8. Оформлять решения ЦВК в виде протоколов заседания врачебной комиссии,

1.9. Особое мнение членов ЦВК, которые не согласны с выводами и/или решением, принятым большинством голосов и аргументировал перед членами ЦВК свою позицию, фиксировать в протоколе отдельно

1.10. Считать решение ЦВК внутренним локальным распорядительным актом больницы, обязательным для исполнения всеми медицинскими работниками.

1.11. Решения являются общебольничными в организационном и управленческом плане, оформлять и доводить до сведения сотрудников подразделений в установленном порядке.

1.12. Председателю и членам врачебной комиссии, в случае производственной необходимости вносить изменения (дополнения) в состав, положение, регламент работы, планы – графики, медицинские документы ЦВК в установленном порядке.

1.13. Председателю ЦВК ежеквартально и по итогам года составлять отчет о работе комиссий.

1.14. ЦВК в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Федеральных органов исполнительной власти, включая ТФОМС, нормативными актами Правительства Республики Крым, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012г. №502-Н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», настоящим положением.

II. Функции центральной врачебной комиссии

В функциональные обязанности ЦВК входит:

2.1. Выдача заключения о наличии у граждан медицинских показаний для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета.

2.2. Решение вопроса о направлении на лечение за пределы Республики Крым.

2.3. Решение вопроса о возможности безопасной транспортировки больного (иностранный гражданин, не имеющего полиса ОМС), после оказания неотложной медицинской помощи.

2.4. Подготовка информации по запросам суда, прокуратуры, следственных органов и др. учреждений по вопросам оказания медицинской помощи в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница».

2.5. Осуществление иных функций, если они предусмотрены Федеральными законами, нормативно-правовыми актами Президента Российской Федерации и актами федеральных органов исполнительной власти.

2.6. Решение наиболее сложных и конфликтных вопросов, относящихся к компетенции всех врачебных комиссий.

2.7. Взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции ВК, с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения.

III. Организация работы центральной врачебной комиссии

3.1. ЦВК проводит заседания не реже одного раза в неделю. При необходимости – чаще.

3.2. Внеплановые заседания ЦВК проводятся в случае производственной необходимости по решению председателя ЦВК.

3.3. Решение о вынесении случая оказания медицинской помощи для рассмотрения на ЦВК принимается:

- по решению руководителя больницы и его заместителей по клиническим направлениям работы;
- по распоряжению (приказу) Министерства здравоохранения Республики Крым, территориального ФОМС, территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, социального развития и других организаций, входящих в

систему ведомственного и вневедомственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности.

3.4. ЦВК правомочна приступить к обсуждению вопросов повестки дня, если на заседании присутствует не менее 2/3 от общего состава ЦВК. Предложение, поставленное на голосование, считается принятым, если за него проголосовало более 2/3 от общего состава ЦВК.

3.5. Обсуждение случая, представленного на заседание, проводится всеми членами ЦВК. В целях объективного освещения вопроса и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и со ссылкой на конкретные факты и нормативные правовые документы.

3.6. Решение ЦВК должно содержать краткое описание обсуждаемого случая, выявленных врачебных ошибок, дефектов в ходе лечебно-диагностического процесса, в проведении профилактических и реабилитационных мероприятий, вынесенное заключение и рекомендации.

3.7. Заключение и решение ЦВК оформляется в «Журнале протоколов заседаний ЦВК» и вносится в первичные медицинские документы: в историю болезни – ф. № 003/у, медицинскую карту амбулаторного больного – ф. № 025/у-04, индивидуальную карту беременной и родильницы – ф. № 111, историю развития ребенка – ф. № 112 и в экспертную карту оценки качества законченного случая лечения.

3.8. Копия заверенного заключения ЦВК, выдается по требованию пациенту либо в другие инстанции в установленном законом порядке.

3.9. Заседания ЦВК фиксируются в «Журнале протоколов» по установленной форме.

3.10. Функции председателя ЦВК:

3.10.1. Является членом ЦВК;

3.10.2. Утверждает план-график работы комиссии.

3.10.3. Назначает дату и время проведения внеочередного (дополнительного) заседания ЦВК.

3.10.4. Определяет лиц, дополнительно приглашенных на заседание ЦВК.

3.10.5. Руководит ходом заседания ЦВК (объявляет повестку дня; участвует в обсуждении вопросов, подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы, выносит на голосование предложения членов ЦВК, объявляет решение, принятое по итогам голосования), подписывает заключение (и его копию) заседания ЦВК.

3.11. Функции заместителя председателя ЦВК:

3.11.1. Является членом ЦВК;

3.11.2. По поручению председателя ЦВК готовит к заседанию необходимую информацию по вопросам повестки дня.

3.11.3. Определяет повестку дня заседания ЦВК.

3.11.4. Контролирует работу секретаря ЦВК.

3.12. Функции членов ЦВК:

3.12.1. По поручению председателя ЦВК готовят к заседанию необходимую информацию по вопросам повестки дня;

3.12.2. Участвуют в обсуждении вопросов повестки дня, высказывают свои мнения, замечания и предложения.

3.12.3. Участвуют в проведении III этапа экспертизы качества медицинской помощи, оказанной пациенту в больнице.

3.12.4. Участвуют в голосовании при принятии решений по обсуждаемому вопросу.

3.12.5. При несогласии с выводами и/или решением ЦВК высказывают свою аргументированную позицию перед членами комиссии.

3.12.6. Подписывают заключение заседания ЦВК.

3.13. Функции секретаря ЦВК:

3.13.1. Является членом ЦВК.

3.13.2.Сообщает членам ЦВК (приглашенным участникам) повестку дня очередного заседания, место и время проведения заседания ЦВК не позднее, чем за 3 дня до заседания.

3.13.3.Передаёт членам ЦВК (приглашенным участникам) поручения председателя ЦВК и необходимую медицинскую документацию по случаям, подлежащим обсуждению на ЦВК (не позднее, чем за 5 дней), контролирует выполнение этих поручений.

3.13.4.Оформляет протокол заседания в «Журнале протоколов заседания ЦВК», подписывает заключение у председателя и членов комиссии.

3.13.5.Оформляет заключение ЦВК (копию), заверяет подписью председателя и членов ЦВК, печатью, вносит его в первичные медицинские документы (ф. № 003/у, ф. № 025/у и т.д.) и выдает в случае необходимости пациенту (или в другие инстанции при наличии соответствующего запроса в установленном порядке).

3.13.7.Хранит планы работы, журналы протоколов, доклады, справки и иные материалы, которые были использованы при обсуждении вопросов повестки дня, а также иные материалы, свидетельствующие о выполнении решений ВК.

3.13.9.Оформляет решение ЦВК в виде локального распорядительного акта больницы.

3.14.По требованию лица, в отношении которого принято решение центральной врачебной комиссией, выдается справка о решении центральной врачебной комиссии, которая подписывается председателем (в случае его отсутствия – заместителем председателя) центральной врачебной комиссии и удостоверяется печатью медицинской организации.

IV. Права центральной врачебной комиссии

Центральная врачебная комиссия имеет право:

4.1.Получать своевременную, достоверную и полную информацию об изменении (дополнении) нормативных и медико-технологических документов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Республики Крым по вопросам организации медицинской помощи, системы контроля и экспертизы ее качества.

4.2.Разрабатывать и организовывать мероприятия по улучшению качества медицинской помощи в больнице, в том числе:

4.2.1.Разработка проектов локальных и медико-технологических документов по вопросам организации, экспертизы, контроля качества и безопасности медицинской помощи.

4.2.2.Инициировать включение вопросов по организации и обеспечению результатов экспертизы качества в планы рабочих совещаний медицинских Советов, Советов сестер и т.д.

4.2.3.Организация врачебных конференций по вопросам обеспечения и повышения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

4.3.Принимать решения о направлении пациентов в иные медицинские организации (в том числе оформление СМП, ВМП), привлечении консультантов.

4.4.Намечать мероприятия по улучшению организации деятельности больницы, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

V. Ответственность центральной врачебной комиссии

5.1.Центральная врачебная комиссия несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимого контроля в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации

Приложение № 13
Утверждено
приказом ГБУЗ РК «СКБ»
№ 351
«30» 07 2020г.

СОСТАВ
Центральной врачебной комиссии
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
Республики Крым «Симферопольская клиническая больница»

Председатель комиссии:

- Курдес О.А. – главный врач ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» (либо лицо, ее замещающее).

Заместитель председателя:

- Шейн С.А –заместитель главного врача по медицинской части (либо лицо, ее замещающее).

Секретарь комиссии :

- Ясько О.Н – главная медицинская сестра. (либо лицо, ее замещающее).

Члены комиссии:

- Перельгин А.В. – заместитель главного врача по КЭР. (либо лицо, его замещающее).

- Барило О.В. – заместитель главного врача по поликлинике. (либо лицо, ее замещающее)

- Ракитов Е.Ю. –зав. хирургическим отделением №1. (либо лицо, его замещающее).

- Калинин В.П. – зав. хирургическим отделением №2(либо лицо, его замещающее).

- Таргоня Л.В. - зав. отделением анестезиологии и реанимации. (либо лицо, его замещающее).

- Шейн Н.Л. – зав. отделением неврологии (либо лицо, ее замещающее)

- Спиридонова З.А. – зав. терапевтическим отделением. (либо лицо, ее замещающее).

- Какура Э.С. – зав. пульмонологическим отделением. (либо лицо, ее замещающее).

- Ревякина Е.В. – зав. дневным стационаром. (либо лицо, ее замещающее).

Приложение №
Утверждено
приказом ГБУЗ РК «СКБ»
№ 351
«30» 07 2020г.

ПРОТОКОЛ № _____
заседания Центральной врачебной комиссии ГБУЗ РК «Симферопольская
клиническая больница»

от « _____ » _____ 20 _____ г.

Председатель комиссии: Курдес О.А. – главный врач
Заместитель председателя: Шейн С.А.-зам.глав.врача по медчасти

Секретарь комиссии : Ясько О.Н. – главная медицинская сестра

Члены комиссии: Перельгин А.В. – зам.глав.врача по КЭР
Барило О.В. – зам.гл. врача поликлиникой;
Ракитов Е.Ю. –зав. Отд. Хирургии №1
Калинкин В.П. – зав. Отд. Хирургии № 2
Таргоня Л.В. – зав.отд. анестезиологии и реанимации.
Шейн Н.Л. – зав. Отделением неврологии
Спиридонова З.А. – зав. Терапевт. Отделением
Ревякина Е.В. – зав. Дневным стационаром.

Повестка дня:

Перечень рассмотренных вопросов:

Материалы расследования:

Решение комиссии и его обоснование :

Председатель комиссии: _____

Члены комиссии: _____

Секретарь комиссии: _____

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Врачебная комиссия по контролю качества оказания медицинской помощи осуществляет работу по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, эффективности профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий и оценке обоснованности назначения лекарственных средств.

2. Состав врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи утверждается руководителем ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи № 6» ежегодно.

3. Председателем врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи назначается заместитель главного врача по клинико – экспертной работе, заместителем председателя – заведующий отделом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, членами – заведующие отделениями, подразделениями МО.

4. В своей деятельности врачебная комиссия по контролю качества оказания медицинской помощи руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, областными законами, нормативными актами Правительства Республики Крым, правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Крым.

5. Основными задачами врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи являются:

- контроль за организацией профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;
- контроль за внедрением и применением в практике работы отделений, и кабинетов современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- контроль за внедрением в деятельность медицинских организаций стандартов медицинской помощи;
- оценка качества и эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- проведение плановых еженедельных и внеплановых проверок по ведению медицинской документации (истории болезни, амбулаторной карты, журнала госпитализаций и т.д.);
- обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделениями медицинской организации и отдельными специалистами;

6. По итогам экспертизы качества оказания медицинской помощи оформляется решение. На основе решения:

- разрабатываются и организуются мероприятия по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению;

Приложение №
к положению о комиссии №2
по контролю качества МП
Утверждено
приказом ГБУЗ РК «СКБ»
№ 351
«30» 07 2020г.

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Общие положения.

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница», осуществляющем стационарную и амбулаторно – поликлиническую медицинскую деятельность, устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) и безопасности медицинской помощи, оказываемой гражданам в данном учреждении, а также управления качеством медицинской помощи.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

Постановлением правительства Российской Федерации "Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности" № 1152 от 12.11.12,

Приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" № 230 от 1 декабря 2010 г.,

Приказом Министерства Здравоохранения "Об утверждении ведомственного перечня государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации федеральными государственными учреждениями в качестве основных видов деятельности" №1058н, от 24.12.13

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» № 502-н от 05.05.2012

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;

Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.96 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г. № 381н. «Об утверждении Требований к организации по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2020 год

II. Цели и задачи внутреннего контроля качества медицинской помощи.

2.1. *Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности* (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница», осуществляющем стационарную и амбулаторно – поликлиническую медицинскую деятельность на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а так же требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

2.2. *Задачами контроля качества медицинской помощи являются:*

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
- оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов организации здравоохранения;
- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

2.3. *Основные термины и определения, используемые при организации и проведении контроля качества медицинской помощи:*

контроль качества медицинской помощи - определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов;

стандарт - нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором 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 упорядочения в определенной области;

протокол ведения больного (отраслевой стандарт) - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации;

доказательная медицинская практика (Evidence-based medicine; медицина, основанная на доказательствах) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных;

дефекты медицинской помощи - действия или бездействие медицинского персонала, являющиеся несоответствием медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством; нарушением требований безопасности медицинской услуги; несоответствием медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью пациентов; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации;

ятрогении (ятрогенные осложнения медицинской помощи) - любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти (ВОЗ).

III. Порядок организации и проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи.

3.1. Контроль качества медицинской помощи осуществляется в организации здравоохранения при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности на вид работ (услуг): «контроль качества медицинской помощи»

3.2. В случае отсутствия у организации здравоохранения лицензии деятельность учреждения ведётся на основании регистрации в реестре Росздравнадзора по заявленным видам работ (в том числе и «контроль качества медицинской помощи») – до 1 января 2021 года согласно

постановлению правительства РФ от 09.03.2015г. № 207 (с изменениями и дополнениями от 31 декабря 2019г.).

3.3. Контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенными приказом главного врача ГБУЗ РК «Симферопольская КБ» ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственными за проведение контроля).

3.4. Контроль качества медицинской помощи в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» осуществляется на 3-х уровнях контроля:

первый уровень контроля – заведующие отделениями, руководители подразделений учреждения;

второй уровень контроля – заместитель главного врача по клиничко – экспертной работе; заместитель главного врача по медицинской части; заместитель главного врача по поликлинической работе.

третий уровень контроля – врачебная комиссия по контролю качества медицинской помощи;

3.4.1. Первый уровень проводят заведующие отделениями, руководители подразделений учреждения:

В отделениях больницы и в поликлинике осуществляется контроль организации, качества и безопасности каждого случая оказания медицинской помощи самим сотрудником в процессе его основной деятельности:

- начиная с момента обращения пациента, а при обращении тяжелого больного обязательно в первый день врач максимально полно собирает информацию о больном, о течении его болезни, собирает анамнез, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз, назначает на данном этапе необходимое обследование и лечение;

- в процессе лечения врач осуществляет текущий контроль состояния пациента, проводит необходимое дополнительное обследования, корректирует лечение, собирает дополнительную информацию, вносит уточняющие коррективы в диагноз, о чем делает запись в медицинской карте;

- перед выпиской пациента врач проводит заключительный контроль, а также получает сведения об удовлетворенности пациента предоставленной медицинской помощью;

- при выписке врач информирует пациента о дальнейших профилактических, реабилитационных мероприятиях в случае их необходимости, об алгоритме необходимой последующей медицинской помощи

- результаты текущего и завершающего контроля качества оказания медицинской помощи документируют записями в медицинской карте пациента получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, а в поликлинике в амбулаторную карту.

Заведующие лечебными отделениями, заведующий приёмным отделением заместитель главного врача по поликлинической работе на всех выше перечисленных этапах работы постоянно контролируют деятельность сотрудников с проведением анализа и разбором на оперативных совещаниях в отделениях.

Заведующие отделениями и подразделениями больницы готовят аналитический отчёт по работе руководимых ими структурных подразделений в «Журнале контроля качества медицинской помощи» только

1-го уровня, предоставляемый заместителю главного врача по клиничко – экспертной работе.

Срок 25 числа каждого месяца

3.4.2. Второй уровень контроля – проводит заместитель главного врача по клиничко – экспертной работе:

- проводит экспертизу качества оказанной медицинской помощи конкретному пациенту в соответствии с установленными федеральными или региональными стандартами Порядком оказания медицинской помощи; клиническими протоколами.

- в течение месяца проводит экспертизу до 30-ти законченных случаев лечения, либо любого другого обращения пациента;

- осуществляет учет, оценку и анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи. Результаты экспертизы фиксируются в «Журнале контроля качества медицинской помощи» приложение о комиссии ВКК №__;

- результаты экспертной оценки, а также сведения, отраженные в отчетных формах учета объемов и результатов оценки качества медицинской помощи в стационаре и в поликлинике

в соответствии с приложением о комиссии ВКК №__, ежеквартально предоставляются в комиссию по контролю качества медицинской помощи учреждения;

Кроме того, заместитель главного врача по клиничко – экспертной работе осуществляет текущий контроль процесса оценки качества медицинской помощи при проведении плановых линеек, конференций, совещаний, обходов отделений с участием в работе подкомиссий врачебной комиссии учреждения.

Результаты текущего контроля фиксируются в соответствующей документации (журнал обходов, журнал клиничко-экспертной работы формы №035/у-02 и др.).

Заместителем главного врача по клиничко – экспертной работе ежемесячно (квартально, за полгода, за 9 месяцев, за год) осуществляется анализ сведений об объемах и результатах контроля качества и экспертиз качества медицинской помощи по курируемым направлениям работы, результаты проверок заслушиваются на оперативных совещаниях, готовятся рекомендации, проекты управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи.

3.4.3. Третий уровень контроля - работа врачебной комиссии по контролю за качеством медицинской помощи (председатель комиссии зам.главного врача по КЭР) осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» № 502-н от 05.05.2012 согласно внутреннему распорядку медицинского учреждения и с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г. № 381н. «Об утверждении Требований к организации по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» В функциональные обязанности данной комиссии входят вопросы анализа качества оказания медицинской помощи в соответствии с Федеральными стандартами;

На основании информации, предоставленной на заседание комиссии заведующим отделом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, подтвержденной данными журналов контроля качества медицинской помощи, в соответствии с методическими рекомендациями министерства здравоохранения РФ от 20.12.2002 № 2510/224-03-34 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений», либо другой учетной документации комиссией не реже одного раза в квартал проводится анализ данных оценки и контроля качества оказанной медицинской помощи.

Кроме того, на заседании данной комиссии проводится анализ и разбор жалоб и обращений граждан, данных анкетирования, претензии по КМП страховых медицинских организаций и ТФ ОМС. Рассматриваются и другие вопросы, касающиеся качества медицинской помощи. Результаты разборов, выводы, предложения для принятия управленческих решений фиксируются в Протоколах заседаний ВК.

Задачами деятельности комиссии по контролю качества медицинской помощи также являются:

- анализ деятельности учреждения;
- совершенствование и внедрение медицинских технологий;
- выявление нарушений и дефектов медицинских технологий;
- оценка деятельности подразделений, работы служб;
- планирования мероприятий, направленных на уменьшение числа случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, организация, координирование и контроль их выполнения;
- принятие административных решений.

По результатам заседаний ВК выносятся управленческие решения по улучшению КМП и применению индивидуальных санкций к персоналу медицинского учреждения при выявлении грубых нарушений в его деятельности. Источником информации являются материалы предыдущих уровней контроля, результаты инспекционных проверок качества, данные социологических исследований, результаты анкетирования, экспертных разборов, целевых, тематических экспертиз, заявления и жалобы граждан.

Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

3.5. Руководством учреждения обеспечивается прохождение ответственными за проведение контроля из числа заместителей руководителя тематического повышения квалификации по контролю качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

3.6. Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

IV. Методика организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизе медицинской помощи ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница».

4.1. В ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» разработано настоящее положение о контроле качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности, утверждённое главным врачом, регламентирующее, с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности учреждения:

- уровни контроля качества медицинской помощи;
- перечень подразделений (отделений, должностей медицинских работников) учреждения, обязанности по контролю качества медицинской помощи в отношении которых закреплены за конкретными ответственными за проведение контроля согласно приказу главного врача;
- объемы проведения контроля качества медицинской помощи на каждом уровне контроля;
- случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке;
- обязанности лиц, ответственных за проведение контроля;
- порядок регистрации и анализа результатов контроля качества медицинской помощи;
- порядок использования результатов проведенного контроля качества медицинской помощи в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;
- порядок сбора, анализа и использования показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи, в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;
- порядок и периодичность оценки выводов, сделанных на нижестоящих уровнях контроля.

4.2. Контроль качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница», не зависимо от должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

4.3. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (истории болезни, медицинской карте амбулаторного больного или иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае), при

необходимости контроль качества медицинской помощи может проводиться с осмотром пациента.

4.4. В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи в ГБУЗ РК «Симферопольская КБ» осуществляющие стационарную и амбулаторно – поликлиническую медицинскую деятельность: подлежат следующие случаи:

- случаи летальных исходов;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т.ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
- случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
- случаи расхождений диагнозов поликлиники, стационара и патологоанатомических диагнозов;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- случаи, при проверках которых контролирующими органами были выявлены дефекты медицинской помощи.

Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку.

4.5. Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией по контролю качества оказания медицинской помощи рассматриваются:

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

4.6. Объемы и функции работы врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи регламентируются положением о врачебной комиссии по контролю за качеством оказания медицинской помощи, утверждённым главным врачом больницы.

В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи и обеспечения эффективной обратной связи с исполнителями медицинских услуг, рекомендуется обеспечивать проведение контроля качества медицинской помощи в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в месяц).

4.7. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия Порядкам, стандартам медицинской помощи, клиническим протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических

мероприятий, проведению медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

4.8. При проведении контроля качества медицинской помощи ответственные за проведение контроля руководствуются: Порядками оказания медицинской помощи, федеральными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

4.9. Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

- сбор жалоб и анамнеза;
 - проведение диагностических мероприятий;
 - оформление диагноза;
 - проведение лечебных мероприятий;
 - проведение профилактических мероприятий;
 - проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- оформление медицинской документации.

4.10. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие **критерии качества медицинской помощи**:

критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками) данного учреждения;

критерий соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

4.11. Критерии качества медицинской помощи используются лицами, ответственными за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи. (Приложение № 1).

4.12. Возможно ведение учета результатов контроля качества медицинской помощи в электронном виде с соблюдением установленной формы журнала контроля качества медицинской помощи, ежемесячной распечаткой и заверением результатов подписью ответственного за проведение контроля.

4.13. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля качества (заведующие отделениями) кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном проверенном случае оказания медицинской помощи:

- *качественно оказанная медицинская помощь;*
- *качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;*
- *некачественно оказанная медицинская помощь.*

Примерный перечень дефектов медицинской помощи приводится в классификаторе дефектов медицинской помощи (приложение №2).

4.14. Оценка и объемы внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи фиксируется в первичной медицинской документации пациентов и унифицированной форме «Журнале контроля качества медицинской помощи», отчетных формах: «Журнал учета объемов и результатов оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи в отделении» (приложение 5), «Информация об объемах и результатах оценки внутреннего контроля качества в ЛПУ (приложение 6).

Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи в учреждении здравоохранения в целом (или в разрезе подразделений) доводятся до главного врача ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» ежемесячно, до сведения медицинских работников учреждения не реже, чем 1 раз в квартал.

4.15. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

4.16. Ответственными за проведение контроля качества (заведующие отделениями) по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до главного врача.

4.17. Журналы контроля качества медицинской помощи и отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в учреждении **не менее 3-х лет**.

4.18. По результатам проведенного контроля качества медицинской помощи планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

- *организационные мероприятия* - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

- *образовательные мероприятия* - проведение клинических разборов, участие в патологоанатомических конференциях, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

- *дисциплинарные мероприятия* - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

- *экономические мероприятия* - применение материальных взысканий;

- *мероприятия по совершенствованию материально-технической базы*;

- *мероприятия по совершенствованию укомплектованности учреждения медицинскими кадрами*.

4.19. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности данного учреждения (или его подразделений), по итогам прошедшего квартала в организации здравоохранения могут рассчитываться и анализироваться показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

Выбор конкретных показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи и порядок их анализа осуществляется руководителем учреждения.

4.20. По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей в учреждении разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.

4.21. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом и заместителем главного врача по медицинской части

Контроль за обеспечением в учреждении внутреннего контроля качества медицинской помощи осуществляется в пределах имеющихся полномочий министерством здравоохранения Республики Крым.

5. Права ВК:

- Получать своевременную, достоверную и полную информацию об изменении

(дополнении) нормативных и медико-технологических документов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Республики Крым по вопросам организации медицинской помощи, системы контроля и экспертизы ее качества.

- Разрабатывать и организовывать мероприятия по улучшению качества медицинской помощи в больнице.
- Разработка проектов внутренних нормативных и медико-технологических документов по вопросам организации, экспертизы, контроля качества и безопасности медицинской помощи
- Инициировать включение вопросов по организации и обеспечению результатов экспертизы качества в планах рабочих совещаний медицинских Советов, Советов сестер и т.д.
- Проведение врачебных конференций по вопросам обеспечения и повышения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.
- Принятие решения о направлении пациентов в иные медицинские организации (в том числе оформление СМП, ВМП), о привлечении консультантов.
- Вносить предложения главному врачу по улучшению организации деятельности больницы, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.
- Представлять по результатам экспертизы главному врачу предложение (ходатайство) о наложении дисциплинарных взысканий на медицинских работников или вынесении поощрений.
- В случае рассмотрения сложных (спорных) вопросов, либо невозможности принятия решения – представлять случай для рассмотрения на заседании ЦВК

6. Ответственность ВК

ВК несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение № 14
Утверждено
приказом ГБУЗ РК «СКБ»
№ 357
«30» 07 2020г.

СОСТАВ
врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской
помощи
ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница»

Председатель комиссии :

- Перелыгин А.В. – заместитель главного врача по КЭР (либо лицо, его замещающее).

Заместитель председателя:

- Шейн С.А – заместитель главного врача по медицинской части (либо лицо, его замещающее).

Секретарь комиссии :

- Бельшева В.С. – секретарь ВК (либо лицо, ее замещающее).

Члены комиссии:

- Барило О.В. – заместитель главного врача по поликлинике. (либо лицо, его замещающее)
- Ракитов Е.Ю. – зав. хирургическим отделением №1. (либо лицо, его замещающее).
- Калинин В.П. – зав. хирургическим отделением №2 (либо лицо, его замещающее).
- Таргоня Л.В. - зав. отделением анестезиологии и реанимации. (либо лицо, его замещающее).
- Шейн Н.Л. – зав. отделением неврологии (либо лицо, его замещающее)
- Спиридонова З.А. – зав. терапевтическим отделением. (либо лицо, его замещающее).
- Какура Э.С. – зав. пульмонологическим отделением. (либо лицо, его замещающее).
- Ревякина Е.В. – зав. дневным стационаром. (либо лицо, его замещающее).