

Министерство здравоохранения Ставропольского края
государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Ставропольского края
«Железноводская Городская больница»

ПРИКАЗ

«25» января 2021 г.

№ 42

О Врачебной комиссии ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»

Руководствуясь законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Порядком создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённым приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 5 мая 2012 г. № 502н

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить:
 - 1.1. Состав Врачебной комиссии учреждения и её подкомиссий (Приложение №1);
 - 1.2. Положение о работе Врачебной комиссии ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» и её подкомиссий (Приложение №2);
 - 1.3. Утвердить график работы врачебной комиссии (Приложение № 3,4);
 - 1.4. Утвердить протокол Врачебной комиссии (подкомиссии) ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» (Приложение № 5);
2. Функции врачебной комиссии (п/комиссий) определить в соответствии с Положением о врачебной комиссии (приложение № 2 к приказу).
3. Заместителю главного врача по КЭР осуществлять проведение III уровня контроля качества оказания медицинской помощи, в т. ч. участие в заседаниях врачебной комиссии, п/комиссий (при необходимости) для решения вопросов экспертизы временной нетрудоспособности и др. (по графику):
4. Делопроизводителю ознакомить всех указанных в приказе лиц под роспись.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по КЭР

Главный врач



Е.П. Матвиенко

I. Состав Врачебной комиссии

Председатель комиссии - главный врач - Матвиенко Е.П.

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по медицинской части Тутова Д.М.

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по клинико-экспертной работе

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе - Маршалкин С.М.

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по организационно-методической работе

Секретарь комиссии – Мартынова М.Ю.

Члены Комиссии:

Заведующий Поликлиникой № 1 Ксенофонтова Л.П.

заведующий Поликлиникой № 2 –Кудинова И.В.

заведующий отделением скорой медицинской помощи - Горьковская Н.В.

заведующий терапевтическим отделением - Шахбазова М.О.

заведующий хирургическим отделением – Аванян А.С.

заведующий отделением анестезиологии и реанимации – Раджабова З.Б.

заведующий неврологическим отделением - Воронин А.Г.

заведующий отделением трансфузионной терапии - Пискарёв С.В.

заведующий гинекологическим отделением – Кан В.Н.

заведующий урологическим отделением Журавлев Г.С.

заведующий отделением клиничко-лабораторной диагностики- Ивницкая В.Г.

заведующий отделением рентгендиагностики - Филлипова О.Ф.

заведующий родильным отделением - Кесова Е.Н.

заведующий детским отделением - Зайцева О.Ю.

заведующий отделением дневного стационара - Васильева Р.О.

заведующий женской консультацией - Коба А.В.

заведующий детским поликлиническим отделением Поликлиники № 1 – Сафонова И.Н.

заведующий детским поликлиническим отделением Поликлиники № 2 - Зимова И.А.

главная медицинская сестра - Исакова А.А.

заведующий аптекой - Клец И. Ю.

II. Перечень и состав врачебных подкомиссий.

Подкомиссия по контролю качества оказания медицинской помощи и изучению летальных исходов в стационаре

Председатель комиссии - заместитель главного врача по медицинской части
Тутова Д.М.

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по клинико-экспертной работе

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по орг-метод работе

Члены комиссии:

секретарь - заведующий отделением трансфузионной терапии - Пискарев С.В.

заведующий терапевтическим отделением - Шахбазова М.О.

заведующий неврологическим отделением - Воронин А.Г.

заведующий отделением дневного стационара - Васильева Р.О.

заведующий родильным отделением - Кесова Е.Н.

заведующий детским отделением - Зайцева О. Ю.

заведующий хирургическим отделением Аванян А.С.

заведующий отделением анестезиологии и реанимации - Раджабова З.Б.

заведующий гинекологическим отделением - Кан. В.Н

заведующий урологическим отделением Журавлев Г.С.

III. Подкомиссия по контролю качества оказания медицинской помощи и выявления причин смертности по Поликлиникам:

- Поликлиника № 1:

Председатель комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.

Заместитель председателя комиссии - заведующий Поликлиникой № 1 Ксенофонтова Л.П.

Члены комиссии: врач терапевт участковый Поликлиники № 1 - Некрасова Т.В.

Заведующий детским поликлиническим отделением Поликлиники № 1 - Сафонова И.Н.

Секретарь - мед. Сестра - Юрченко Н.С.

- Поликлиника № 2:

Председатель комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.

Заместитель председателя комиссии - заведующий Поликлиникой №2 Кудинова И.В.

Члены комиссии: врач терапевт участковый Поликлиники № 2 Фахирова Л.А.

Заведующий детским поликлиническим отделением Поликлиники № 2 -

Зимова И.А.
Секретарь – мед. сестра Янакова Л.А.

IV. Подкомиссия по контролю качества оказания медицинской помощи, ЭН, лекарственному обеспечению, взаимодействию со СМО, ТФОМС по стационару.

Председатель подкомиссии - заместитель главного врача по КЭР
Сопредседатель- заместитель главного врача по медицинской части Тутова Д.М.
Заместитель председателя-заместитель главного врача по орг-метод работе
Секретарь – Мартынова М.Ю.
Члены комиссии:
заведующий терапевтическим отделением - Шахбазова М.О.
заведующая аптекой Клец И.Ю.

V. Подкомиссия по контролю качества медицинской помощи, ЭН, лекарственному обеспечению, взаимодействию со СМО, ТФОМС и др. вопросов в Поликлиниках:

Поликлиника № 1:

Председатель комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.
Сопредседатель комиссии - заместитель главного врача по КЭР
Заместитель председателя - заместитель главного врача по лечебной работе – Тутова Д.М.
Заместитель председателя комиссии - заведующий Поликлиникой № 1 Ксенофонтова Л.П.
Члены комиссии: врач терапевт участковый Поликлиники № 1 - Некрасова Т.В.
врач педиатр участковый Поликлиники № 1 – Петрова Е.В.
врач педиатр участковый Поликлиники № 1 - Сафонова И.Н.
секретарь - мед. сестра Поликлиники № 1 Юрченко Н.С.

Поликлиника № 2:

Председатель комиссии - заместитель главного врача по КЭР
Сопредседатель комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.
Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по лечебной работе – Тутова Д.М.
Заместитель председателя комиссии - заведующий Поликлиники № 2 Кудинова И.В.
Члены комиссии: врач терапевт участковый Поликлиники № 2 – Фахирова Л.А.
врач педиатр участковый Поликлиники № 2 - Зимова И.А.
секретарь - мед. сестра Поликлиники № 2 Янакова Л.А.

**VI. Подкомиссия по контролю качества медицинской помощи,
взаимодействию со СМО, ТФОМС
отделения скорой медицинской помощи.**

Председатель комиссии - заведующий отделением скорой медицинской помощи Горьковская Н.В.

Члены комиссии:

старший врач смены отделения скорой медицинской помощи - Кичаева И.В.
старший фельдшер отделения скорой медицинской помощи – Бабин А.С.

**VII. Подкомиссия врачебной комиссии по отбору и направлению
пациентов для оказания ВМП, специализированной медицинской помощи
в медицинских организациях, осуществляющих медицинскую
деятельность на территории РФ, определение отбора и направления
больных на лечение в ГБУЗ СК «ККБ»**

Поликлиника № 1:

Председатель комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.

Заместитель председателя комиссии - заведующий Поликлиники № 1 Ксенофонтова Л.П.

Члены комиссии: врач терапевт участковый Поликлиники № 1 - Некрасова Т.В.
врач педиатр участковый Поликлиника № 1 - Сафонова И.Н.
секретарь - мед. сестра стерилизационная Поликлиники № 1 Юрченко Н.С.

Поликлиника № 2:

Председатель комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.

Заместитель председателя комиссии - заведующий Поликлиники № 2 Кудинова И.В.

Члены комиссии: врач терапевт участковый Поликлиники № 2 – Фахирова Л.А.
врач педиатр участковый Поликлиники № 2 - Зимова И.А.
секретарь - мед. сестра терапевтического отделения Поликлиники № 2 Янакова Л.А.

**VIII. Подкомиссию по профилактике ИСМП и контролю за соблюдением
правил биологической безопасности -**

Председатель комиссии - заместитель главного врача по медицинской части Тутова Д.М.

Заместитель председателя комиссии - заместитель главного врача по поликлинической работе Маршалкин С.М.

Секретарь комиссии: врач эпидемиолог – Правоторова А.М.

Члены комиссии:

заместитель главного врача по КЭР

заведующий хирургическим отделением – Аванян А.С.
заведующий родильным отделением - Кесова Е.Н.
заведующий гинекологическим отделением – Кан В.Н.
заведующий урологическим отделением Журавлев Г.С.
заведующий отделением анестезиологии и реанимации – Раджабова З.Б.
заведующий терапевтическим отделением – Шахбазова М.О.
заведующий дневным стационаром – Васильева Р.О.
врач-бактериолог ОКЛД – Кореденкова Е.П.
заведующая аптекой – Клец И.Ю.
заведующий Поликлиники № 1 Ксенофонтова Л.П.
главная медицинская сестра - Исакова А.А.
старшая медицинская сестра Поликлиники № 1 - Щербатюк Ю.В.
заведующий Поликлиники № 2 Кудинова И.В.
старшая медицинская сестра Поликлиники № 2 - Белоусова И.В.

**IX. Подкомиссию по контролю за безопасностью обращения
лекарственных средств и контролю за безопасной эксплуатацией и
применением медицинских изделий.**

Председатель комиссии - заведующая аптекой Клец И.Ю.

Члены комиссии:

заместитель главного врача по медицинской части - Тутова Д.М.
главная медицинская сестра - Исакова А.А.
старшая медицинская сестра Поликлиники № 1 - Щербатюк Ю.В.
старшая медицинская сестра Поликлиники № 2 - Белоусова И.В.

**X. Подкомиссия по экспертизе профпригодности и связи заболевания с
профессией**

- | | | |
|----|--|--------------------|
| 1. | Председатель, заведующая кабинетом профпатологии, врач профпатолог | Ксенофонтова Л.П. |
| 2. | заместитель председателя, врач профпатолог | Андриади Е.И. |
| | <u>врач-организатор (секретарь)</u> | <u>Шатова Л.А.</u> |
| | <u>Члены:</u> | |
| 3. | хирург | Ксенофонтова Л.П. |
| 4. | терапевт | Андриади Е.И.. |
| 5. | невролог | Малиновская Н.А. |
| 6 | дерматолог | Иванова С.П. |
| 7. | отоларинголог | Олейников В.Д. |

8. акушер —гинеколог

Коба А.Н.

9. нарколог

Бугаева О.А.

10. офтальмолог

Шатова Л.А.

11. врач-терапевт

Кудинова И.В.

Положение
о работе Врачебной комиссии ГБУЗ СК «Железноводская городская
больница» и её подкомиссий

1. Общие положения.

Врачебная комиссия создана в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам. В своей деятельности Врачебная комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, нормативными актами ГБУЗ СК «Железноводская городская больница».

Комиссию возглавляет председатель Комиссии (подкомиссии). Председателем врачебной комиссии назначается главный врач ГБУЗ СК «ЖГБ». В случае отсутствия председателя его обязанности выполняет заместитель председателя или один из членов комиссии, на которого возлагаются обязанности председателя Комиссии.

Заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) проводятся на основании плана-графика, утвержденного председателем ВК. В случае необходимости по решению председателя комиссии (подкомиссии) могут проводиться внеплановые заседания Врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии).

Секретарь врачебной комиссии составляет план-график заседаний врачебной комиссии, готовит материалы для заседания врачебной комиссии, уведомляет членов врачебной комиссии о дате и времени проведения заседания врачебной комиссии, представляет всю необходимую документацию, оформляет протокол и решение врачебной комиссии.

Лечащий врач и/или заведующий отделением в установленные сроки представляют на подкомиссию медицинскую документацию больного, с обязательным оформлением эпикриза на подкомиссию ВК по ЭВН.

Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) считается принятым, если его поддержало половина членов врачебной комиссии (подкомиссии) плюс один голос, оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения:

1. дата проведения заседания врачебной комиссии (ее подкомиссии);
2. список членов врачебной комиссии (ее подкомиссии), присутствовавших на заседании;
3. перечень обсуждаемых вопросов;
4. решения врачебной комиссии (ее подкомиссии) и его обоснование.
5. Председатель врачебной комиссии (сопредседатель врачебной комиссии) вносит принятое решение в журнал.

6. Секретарь врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) вносит принятое решение в медицинскую документацию пациента.

7. Выписка из протокола решения врачебной комиссии выдается на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

8. Протоколы решений врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) подлежат хранению в течение 10 лет.

9. Сопредседатель врачебной комиссии (председатель врачебной подкомиссии) по итогам года представляет главному врачу письменный отчет о работе врачебной комиссии и ее подкомиссий.

10. Контроль за деятельностью врачебной комиссии и ее подкомиссий осуществляет главный врач ГБУЗ СК «ЖГБ».

2. Перечень подкомиссий врачебной комиссии ГБУЗ СК «ЖГБ»

В ГБУЗ СК «ЖГБ» в соответствии с приказом главного врача организована работа следующих подкомиссий врачебной комиссии:

1) Подкомиссии:

по контролю качества оказания медицинской помощи и изучению летальных исходов в стационаре;

по контролю качества оказания медицинской помощи и выявления причин смертности по амбулаторно-поликлиническим отделениям;

2) Подкомиссии по контролю качества медицинской помощи, ЭВН, взаимодействию со СМО, ТФОМС по стационару, амбулаторно-поликлиническим отделениям, отделению скорой медицинской помощи.

3) Подкомиссия врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП, в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих медицинскую деятельность на территории РФ;

4) Подкомиссия по организации лечебного питания (совет по лечебному питанию).

5) Подкомиссию по профилактике ВБИ и контролю за соблюдением правил биологической безопасности;

6) Подкомиссию по контролю за безопасностью обращения лекарственных средств и контролю за безопасной эксплуатацией и применением медицинских изделий.

Врачебной комиссией (подкомиссией) медицинской организации в обязательном порядке проводится контроль качества случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

3. Деятельность врачебной комиссии ГБУЗ СК «ЖГБ»

Врачебная комиссия ГБУЗ СК «ЖГБ» осуществляет следующие функции:

1) принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее

сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

- 2) определение трудоспособности граждан;
- 3) продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;
- 4) принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- 6) оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;
- 7) разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
- 8) изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;
- 9) принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 10) принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;
- 11) принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям):
 - не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи;
 - по торговым наименованиям;
- 12) направление сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов в соответствии с подпунктом 3.11 настоящего Положения;
- 13) проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию Министерства здравоохранения Ставропольского края по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи;
- 14) вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в случаях,

предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

15) анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

16) организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

17) взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с 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, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;

18) рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации;

19) иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

20) Принятие решений по вопросам назначения лекарственных препаратов вне зарегистрированных показаний (вне инструкции или off-label):

➤ назначение лекарственного средства при наличии противопоказаний к нему;

➤ использование лекарственного средства по показаниям, не указанным и/или отличным от указанных в официальной инструкции к препарату;

➤ назначение лекарственного средства в неадекватной дозировке (отлично от указанных в инструкциях по применению стандартных доз), в том числе с несоблюдением режима применения;

➤ использование пути введения, не указанного в инструкции.

21) осуществляет организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности совместно со службой по контролю качества».

22) Иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации (медицинское освидетельствование кандидатов в усыновители, опекуны и др).

3.1. Деятельность подкомиссии врачебной комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), смертности

Подкомиссия врачебной комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) создается для анализа качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов при изучении всех летальных исходов в стационаре. Состав КИЛИ утверждается приказом главного врача. Работа КИЛИ проводится в ежемесячном режиме. Заключение по итогам разбора случая с летальным исходом оформляется в виде протокола и фиксируется в специальном журнале.

Задачами КИЛИ являются:

- 1) изучение каждого случая летального исхода;
- 2) изучение своевременности и правильности диагностических и лечебных мероприятий на всех этапах заболевания, а также качества ведения медицинской документации;
- 3) установление причин дефектов, допущенных при выполнении диагностических и лечебных мероприятий пациенту с летальным исходом;
- 4) планирование мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала на основании выявленных дефектов в лечебно-диагностическом процессе;
- 5) представление для рассмотрения на заседании Врачебной комиссии ГБУЗ СК «ЖГБ» следующих случаев:
 - летальные исходы, оставшиеся неясными и после вскрытия;
 - заболевания, при правильной диагностике которых были допущены дефекты медицинской помощи, имеющие принципиальное значение;
 - грубые ошибки в поликлинической, клинической или патологоанатомической диагностике;
 - случаи смерти больных с острой пневмонией, острым аппендицитом, острыми инфекционными заболеваниями, кровотечениями;
 - случаи осложнений, возникших в результате проведения диагностических и лечебных процедур, манипуляций;
 - случаи смерти от заболеваний, представляющих очевидный научный и практический интерес, в том числе редких заболеваний.

Рецензирование медицинской документации умерших больных, являющееся частью внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

3.2. Деятельность подкомиссии врачебной комиссии по контролю качества медицинской помощи, экспертизе нетрудоспособности (ЭН), лекарственному обеспечению, взаимодействию со СМО, ТФОМС

Основными задачами -

3.2.1. по осуществлению контроля качества медицинской помощи являются:

- 1) контроль за организацией профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;

- 2) контроль за внедрением и применением в практике работы отделений, и кабинетов современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- 3) контроль за внедрением в деятельность отделений стандартов медицинской помощи;
- 4) оценка качества и эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- 5) проведение плановых еженедельных и внеплановых проверок по ведению медицинской документации (истории болезни, амбулаторная карта, журнала госпитализаций и т.д.);
- 6) обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделениями медицинской организации и отдельными специалистами;
- 7) обеспечение прав граждан на получение безопасной медицинской помощи гарантированного объема и надлежащего качества;
- 8) принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

3.2.2. по ЭН:

- 1) Определение трудоспособности граждан;
- 2) Принятие решений в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы нетрудоспособности.
- 3) продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;
- 4) Контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности.
- 5) Продление и выдача листка нетрудоспособности в сроки, превышающие 15 суток. Сроки одномоментного продления листка нетрудоспособности устанавливаются индивидуально.
- 6) В случае стойкой утраты трудоспособности, принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством РФ;
- 7) Оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями ГБУЗ СК «ЖГБ»
- 8) Анализ деятельности подразделений больницы по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.
- 9) Участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности.
- 10) Обеспечение повышения квалификации специалистов медицинской организации по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.
- 11) Подготовка к рассмотрению на заседаниях ВК, Медицинском Совете

материалов по результатам ЭВН.

12) Принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

13) Контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы.

14) Рассмотрение обращений граждан, компетентных органов по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности, качества лечебно-диагностических мероприятий.

15) Взаимодействие в работе по конфликтным и спорным вопросам экспертизы временной нетрудоспособности со страховыми медицинскими организациями, Ставропольским краевым фондом ОМС, Ставропольским региональным отделением ФСС, Министерством здравоохранения Ставропольского края, ЛПУ города и края;

3.2.3. по рациональному назначению лекарственных средств и лекарственному обеспечению:

- 1) оценка рационального использования лекарственных препаратов:
- назначение и использование чрезмерного (избыточного) количества ЛС;
 - ненадлежащее использование ЛС;
 - избыточное использование инъекционных ЛС (при наличии эффективных пероральных лекарственных форм);
 - отказ от назначения новых эффективных препаратов;
 - назначение ЛС вне связи с клиническими рекомендациями.

2) Оценка качества, обоснованности и эффективности назначения лекарственных препаратов.

3) Обеспечение граждан в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

4) Принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

5) Принятие в случаях необходимости решений о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям): не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям.

6) Принятие решений в случаях необходимости назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

7) Принятие решений при назначении амбулаторным больным лекарственных препаратов при отсутствии специалистов соответствующего профиля в случаях назначения:

- иммунодепрессантов;
- иммуностимуляторов;
- противоопухолевых;
- противотуберкулезных;
- противодиабетических (больным сахарным диабетом) и прочих лекарственных средств, влияющих на эндокринную систему.

8) Принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9) Участие в проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации).

10) Проверка обоснованности одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту.

11) Проверка назначения наркотических средств, психотропных веществ, иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических стероидов.

12) Контроль за назначением лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии - группировочному наименованию.

13) Создание формулярного списка лекарственных средств, адаптированного к условиям ГБУЗ СК «ЖГБ» не реже одного раза в год.

14) Внедрение формулярной системы во всех отделениях больницы.

15) Регулярная коррекция и обновление формулярного списка в случае необходимости.

16) Анализ и контроль эффективности внедрения и использования формулярной системы в отделениях больницы.

17) Изучение показателей клинико-экономической эффективности используемых схем лечения.

18) Организация мониторинга нежелательных побочных реакций при применении лекарственных препаратов, работы по выявлению и направлению информации о нежелательных реакциях лекарственных препаратов.

19) Проведение плановых и внеплановых проверок медицинской документации.

20) Информационное обеспечение врачей и медицинских сестер.

21) Обеспечение контроля за своевременностью формирования заявки на закупку лекарственных препаратов за счет средств различных источников финансирования.

22) Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

23) Рассмотрение обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения.

24) Внесение предложения по улучшению организации обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

25) Повышение рационального применения лекарственных средств;

3.2.4. взаимодействие со СМО:

- обеспечение своевременного и полного предоставления первичной медицинской документации по заявкам СМО;

- рассмотрение экспертного заключения (ЭЗ) (протокола качества медицинской помощи) СМО в течение 15 рабочих дней с момента его получения;

- при согласии с ЭЗ и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры ЭЗ и актов подписываются председателями подкомиссий, заверяются печатью, направляется в страховую медицинскую организацию в установленные сроки, с использованием электронного документооборота и электронно-цифровой подписи, или нарочным;

- при несогласии членов подкомиссии с актом, подписанный акт направляется в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий;

- разбор выявленных дефектов качества оказания медицинской помощи на основании ЭЗ СМО с врачами подразделений ГБУЗ СК «ЖГБ» и проведение мероприятий, направленных на устранение выявленных недостатков и повышение качества оказания медицинской помощи.

Председателю подкомиссий ежемесячно представлять заместителю главного врача по КЭР анализ выявленных дефектов оказания медицинской помощи по результатам проверок СМО в соответствии с формой «**Журнал внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности 2 уровня**» и с указанием мер, принятые для их устранения.

Выполнение иных функций, предусмотренных федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации (по обследованию, отбору и направлению отдельных категорий граждан на санаторно-курортное лечение и др.)

3.2.5. Права подкомиссии.

- 1) Запрашивать из любого подразделения ГБУЗ СК «ЖГБ» и изучать первичную медицинскую документацию.
- 2) Проводить очный осмотр пациентов при решении спорных вопросов.
- 3) При необходимости решения сложных и конфликтных экспертных вопросов, привлекать к участию в работе подкомиссии ВК по ЭВН главных внештатных специалистов МЗ СК, сотрудников кафедр ГОУ ВПО СГМА, клинических фармакологов, специалистов других краевых ЛПУ.
- 4) Представлять по результатам экспертизы главному врачу заключения о наложении дисциплинарных взысканий, штрафных санкций на специалистов или отделения ГБУЗ СК «ЖГБ».
- 5) Обращаться в сложных экспертных случаях во Врачебную комиссию Министерства здравоохранения Ставропольского края.
- 6) Проводить контроль знаний и выполнение врачами нормативных и инструктивно-методических документов в разделе экспертизы временной нетрудоспособности.

3.2.6. Ответственность

- 1) Ответственность за организацию работы подкомиссии ВК по ЭВН несет главный врач ГБУЗ СК «ЖГБ» в порядке, установленном законодательством РФ.
- 2) Председатель и члены подкомиссии ВК по ЭВН несут ответственность за достоверность, обоснованность и объективность проводимой экспертизы в порядке, установленном Законодательством Российской Федерации.
- 3) Обжалование результатов решений подкомиссии ВК по ЭВН проводится в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

3.3. Подкомиссия врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП

3.3.1. Порядок работы подкомиссии

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением подсистемы ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - подсистема единой системы) в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.
2. При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской

помощи при необходимости осуществляется проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой.

3. При наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, лечащий врач в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи оформляет направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью главного врача (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

4. Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи должно содержать следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания).
2. Номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии).
3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии).
4. Код диагноза основного заболевания по МКБ 9.
5. Профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту.
6. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
7. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).
8. К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи также прилагается согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.
5. Уполномоченный руководителем работник ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» представляет комплект документов в течении трех рабочих дней, в том числе посредством подсистемы ЕГИСЗ, почтовой и (или) электронной связи:
6. В медицинскую организацию, включенную в реестр, в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

7. В орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения (далее — ОУЗ) в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

8. Пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в ОУЗ (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования) или в принимающую медицинскую организацию (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).

9. При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию оформление на пациента талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее — Талон на оказание ВМП) с применением подсистемы ЕГИСЗ обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов.

10. При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на оказание ВМП с применением подсистемы ЕГИСЗ обеспечивает ОУЗ с прикреплением комплекта документов.

11. Решения, которые могут быть приняты подкомиссией ВК изложить в следующей редакции:

« Комиссия медицинской организации, оказывающей высокотехнологическую медицинскую помощь, выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов высокотехнологичной медицинской помощи в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи)»

12. Решение Комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:

- а) основание создания Комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную помощь;
- б) состав Комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь;
- в) сведения о пациенте в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, сведения о месте жительства (пребывания);
- г) диагноз заболевания (состояния);
- д) заключение Комиссии, содержащее следующую информацию:

- о подтверждении наличия медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ, код вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов оказания высокотехнологичной медицинской помощи, наименование медицинской организации, в которую пациент направляется для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
 - об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;
 - о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ, наименование медицинской организации, в которую рекомендуется направить пациента для дополнительного обследования.
13. Выписка из протокола Комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, в течении пяти рабочих дней (не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается посредством подсистемы ЕГИСЗ, почтовой и (или) электронной связи в направляющую медицинскую организацию и (или) ОУЗ, который оформил Талон на оказание ВМП, а также в установленном порядке, выдается пациенту (его законному представителю).
14. Отказ от госпитализации пациента отмечается соответствующей записью в Талоне на оказание ВМП.
15. По результатам оказания высокотехнологичной медицинской помощи медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.

3.4. Деятельность подкомиссии врачебной комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (подкомиссия по ИСМП)

1. Подкомиссия по контролю за соблюдением требований биологической безопасности и профилактике внутрибольничных инфекций, парентеральных вирусных гепатитов и СПИДа, производственному контролю создаётся с целью управления деятельностью больницы по профилактике внутрибольничных инфекций и профессиональных заражений медицинских работников, является экспертным органом больницы.

2. Полномочия подкомиссии распространяются на все подразделения и службы больницы.

3. Подкомиссия подчиняется непосредственно главному врачу больницы.

4. Подкомиссия в своей деятельности руководствуется законодательством РФ, нормативными и правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Ставропольского края, приказами главного врача.

3.4.1. Цель работы подкомиссии.

1. Совершенствование практики профилактики ИСМП, в том числе хирургической, и выдача соответствующих рекомендаций, которые должны регулярно пересматриваться.

2. Обеспечение безопасности и безвредности для человека вредного влияния объектов производственного контроля путем должного выполнения санитарных правил, санитарно-эпидемических мероприятий, организации и осуществления контроля за их соблюдением.

3. Организация мероприятий по профилактике парентеральных вирусных гепатитов, СПИДа.

3.4.2. Функции подкомиссии.

1. Разработка принципов организации профилактики ИСМП в стационаре и оценка их эффективности;

2. Решение вопросов необходимости и целесообразности финансирования и обеспечения ресурсами мероприятий по профилактике ИСМП;

3. Организация обучения персонала по вопросам профилактики ИСМП.

4. Контроль качества обследования больных на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, сифилис, паразитарные, кишечные заболевания.

5. Контроль обследования декретированных групп на парентеральные вирусные гепатиты и ВИЧ сотрудников.

6. Выполнение программы производственного контроля.

7. Проведение первичного инструктажа по соблюдению правил биологической безопасности, санэпидрежиму.

8. Контроль и анализ санитарно-технического состояния и санэпидрежима в подразделениях хирургического профиля, состояния стерилизующего, эндоскопического оборудования, наркозной и дыхательной аппаратуры.

9. Анализ и разработка профилактических мер для предупреждения послеоперационных осложнений, осложнений при катетеризации центральных вен, проведении цистографий.

10. Мониторинг и анализ микробного пейзажа в отделениях хирургического профиля

3.4.3. Порядок работы подкомиссии.

1. Заседания подкомиссии проводятся не реже одного раза в квартал. При необходимости председатель подкомиссии назначает внеочередное заседание.

2. Решения подкомиссии считаются правомочными, если в заседании принимает участие более двух третей членов комиссии.

3. Решения подкомиссии считаются принятыми, если за них проголосовало более половины членов комиссии.

4. Заседания подкомиссии протоколируются и подписываются председателем комиссии и секретарём.

3.4.4. Функции.

1. Осуществляет плановый 2 раза в год и, периодически, внеплановый контроль за выполнением регламентированного порядка обеспечения биологической безопасности.

2. Оформляет документацию для получения (продления) работы с ПБА, в случае «аварии» при работе с ПБА представляет главному врачу план мероприятий по ликвидации ее последствий, проводит анализ установленных причин аварий, представляет план по повышению эффективности системы биологической безопасности, проводит проверку знаний по вопросам биологической безопасности персонала;

3. Готовит план работы и отчет о работе за год.

4. Осуществление производственного контроля.

3.4.5. Права.

1. Требовать от руководителей подразделений и сотрудников ГБУЗ СК «ЖГБ» безусловного выполнения санитарно-противоэпидемических мероприятий, нормативных актов, правил биологической безопасности.

2. Проводить плановые и внеплановые проверки соблюдения санэпидрежима и биологической безопасности.

3. Ходатайствовать перед главным врачом о приостановлении работы с биологическим материалом в случае невозможности выполнения правил биологической безопасности, лишения допуска к работе с материалами отдельных лиц.

4. Заслушивать на заседании подкомиссии руководителей о выполнении требований биологической безопасности.

5. Ходатайствовать перед главным врачом о привлечении к административной ответственности за нарушение установленных правил безопасности работы с ПБА.

3.5. Подкомиссию по контролю за безопасностью обращения лекарственных средств и контролю за безопасной эксплуатацией и применением медицинских изделий.

3.5.1. Мероприятия по контролю за лекарственной безопасностью

Контроль лекарственной безопасности включает проверку:

- 1) наличия регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на медикаменты с действующими сроками применения;
- 2) соблюдения сроков годности используемых медикаментов (учет сроков годности лекарственных средств);
- 3) соблюдения установленных условий хранения медикаментов:
 - ежедневный учет показателей температуры и влажности воздуха в помещениях, где осуществляется хранение лекарственных средств;
 - контроль за состоянием помещений для хранения лекарственных средств (отделка поверхностей, необходимость проведения ремонта);
 - поддержание в помещении, где осуществляется хранение лекарственных средств, определенной температуры и влажности воздуха, позволяющих обеспечить хранение лекарственных средств;
 - контроль за совместным хранением в холодильнике лекарственных средств для наружного и внутреннего применения;
 - хранение лекарственных средств в соответствии с требованиями указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке;
 - хранение лекарственных средств в помещении, защищенном от солнечного света;
 - хранение лекарственных средств в исправном холодильнике, предназначенном для хранения определенных медицинских препаратов; наличие морозильной камеры и хладоэлементов;
 - соблюдение температурного режима в холодильнике для хранения лекарственных средств;
 - наличие в помещении и холодильнике, где осуществляется хранение лекарственных средств, приборов для регистрации параметров воздуха и температуры, поверенных органами метрологического контроля в установленном порядке;
 - контроль температуры в холодильниках со специальными режимами (8,15 °С);
 - наличие шкафов для хранения медикаментов;
 - наличие стеллажной карты для идентификации лекарственных средств;
 - раздельное хранение лекарственных средств, относящихся к различным фармакологическим группам;
 - наличие карантинной зоны для лекарственных средств с истекшим сроком годности;
 - наличие документов, подтверждающих техническую исправность изделий медицинской техники, а также проведение технического обслуживания и поверки средств измерений, паспорта.
- 4) наличия и правильного использования необходимых средств для дезинфекции и санитарной обработки;
- 5) наличия укладок лекарственных средств и вспомогательных средств для оказания неотложной помощи, укладки «Анти ВИЧ/СПИД» и соответствие её состава установленным требованиям.

3.5.2. Контроль за поступлением лекарственных препаратов в ГБУЗ СК «ЖГБ»

Комплекс мероприятий по предотвращению поступления (использования) в ГБУЗ СК «ЖГБ» недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных делится на несколько этапов:

I этап - контроль достоверности данных поставщика о наличии лицензии на фармацевтическую деятельность и содержания договорных обязательств в части предоставления сведений и ответственности за качество лекарственных средств;

II этап - контроль лекарственных средств по показателям «Описание», «Упаковка», «Маркировка» по НД производителей; идентификация деклараций о соответствии лекарственных средств; проверка наличия защитных элементов упаковки, отличительных признаков фальсификации у номенклатуры «группы риска» по фальсификации;

III этап - скрининг лекарственных средств с использованием актуализированной базы данных о качестве лекарственных средств.

3.5.3. Контроль за организацией распределения и приема лекарственных препаратов

3.5.4. Мониторинг безопасности лекарственных препаратов

Лекарственная безопасность – один из важных разделов общей безопасности пациентов.

3.5.5. Контроль качества и безопасности медицинских изделий.

Контроль качества безопасности изделий медицинского назначения в ГБУЗ СК «ЖГБ» включает проверку:

- поступления, хранения и реализации МИ;
- наличия документов на МИ, подтверждающих их качество (регистрационные удостоверения, сертификаты соответствия на изделия медицинского назначения с действующими сроками применения, декларации о соответствии);
- наличия эксплуатационной документации, товарных накладных;
- соблюдения сроков годности используемых изделий медицинского назначения;
- наличия маркировки МИ (наличие номера регистрационного удостоверения на упаковке и в сопроводительных документах);
- соблюдения установленных условий хранения изделий медицинского назначения;

3.5.6. Контроль за обращением медицинских изделий

3.5.7. Мониторинг безопасности медицинских изделий

Все медицинские работники, использующие в своей деятельности МИ, обязаны предоставлять сведения о возникновении неблагоприятных событий, связанных с применением МИ.

Согласно ст. 96 Закона № 323-ФЗ все МИ, находящиеся в обращении на территории РФ, подлежат мониторингу безопасности. Субъекты обращения МИ обязаны сообщать в Росздравнадзор обо всех случаях выявления побочных

действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации МИ, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия МИ между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации МИ, посредством заполнения электронной формы карты-извещения, размещенной на сайте www.roszdravnadzor.ru (раздел «Медицинские изделия (изделия медицинского назначения)», подраздел «Мониторинг безопасности МИ») после получения персонифицированного доступа (логина и пароля).

3.5. Подкомиссия по экспертизе профпригодности и связи заболевания с профессией

3.5.1. Основные положения.

1. Подкомиссия по экспертизе профпригодности является подкомиссией Врачебной комиссии.
2. В своей деятельности подкомиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, нормативными правовыми актами органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, настоящим Положением.
3. Состав подкомиссии по экспертизе профпригодности утверждается руководителем ежегодно.
4. Председателем подкомиссии по экспертизе профпригодности назначается врач-профпатолог или врач иной специальности, имеющий постдипломную подготовку по профессиональной патологии, членами подкомиссии – врачи-специалисты, секретарь.
5. Врачебная комиссия медицинской организации на основании указанных в поименном списке вредных производственных факторов или работ определяет необходимость участия в предварительных и периодических осмотрах соответствующих врачей-специалистов, а также виды и объемы необходимых лабораторных и функциональных исследований.
6. Секретарь подкомиссии составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов подкомиссии о дате и времени проведения заседания, представляет всю необходимую документацию и оформляет решение подкомиссии в медицинскую документацию пациента и журнал 35.

3.5.2. . Функции подкомиссии:

- организация и проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами;
- выдача справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну;
- вынесение заключения по результатам медицинского осмотра, как предварительного (при устройстве на работу), так и периодического, в амбулатор-

ную карту и карту предварительных и периодических медицинских осмотров;

— обобщение результатов проведенных предварительных и периодических медицинских осмотров работников совместно с территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и составление заключительного акта по его итогам в 4 экземплярах;

— направление работника в случае подозрения у него профессионального заболевания в центр профпатологии на экспертизу связи заболевания с профессией;

— ежегодная подготовка отчета по профессиональным заболеваниям.

7. Решения подкомиссии оформляются в виде протокола и фиксируются в медицинской документации пациента и журнале.

Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов комиссии.

8. Протоколы решений подкомиссии хранятся в течение 10 лет.

4. Взаимодействие ВК со Службой по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»

по вопросам:

- оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

- направления сообщений в Росздравнадзор в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов;

- оценки соблюдения в медорганизации установленного порядка ведения меддокументации;

- разработки мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

- изучения каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медорганизации и медработников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

- анализа заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработки и реализации мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

- взаимодействия в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с ТФОМС, региональными отделениями ФСС, территориальными органами Росздравнадзора и Роспотребнадзора, федеральными учреждениями МСЭ, со страховыми медорганизациями, иными органами и организациями;

- рассмотрения обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медпомощи граждан в медорганизации;

в части обсуждения и согласования:

- отчетов о проведении проверок медорганизации;

- сводных отчетов о результатах проведения внутреннего контроля в медорганизации;

- плана мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности в медорганизации на предстоящий период.

При необходимости реализации мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи, участвует в формировании плана мероприятий по управлению качеством медицинской помощи, включающего:

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

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

3) дисциплинарные меры - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

4) административные меры;

5) экономические мероприятия - представление результатов внутреннего контроля качества на заседание Комиссии по определению критериев (показателей) оценки результатов труда для распределения выплат надбавки за высокие результаты выполняемых работ, применение материальных взысканий;

6) мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;

6) мероприятия по развитию кадрового потенциала, совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками.

Для оценки динамики показателей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «ЖГБ» в том числе, ее структурных подразделениях, анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится по итогам прошедшего месяца, квартала и года.

ПЛАН-ГРАФИК РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ на 2021 год
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» поликлиника №1, №2

Дата	Время	Вид работы	Место проведения
			ответственные
Ежеквартально	14-00-16-00	Расширенные заседания врачебной комиссии (плановые) 1. отчет руководителей структурных подразделений и зав поликлиник по основным показателям работы за 1 квартал текущего года 2. отчет руководителей структурных подразделений и заведующих поликлиник по основным показателям работы за 6 месяцев текущего года 3. отчет руководителей структурных подразделений и заведующих поликлиник по основным показателям работы за 9 месяцев текущего года	Кабинет зам. главного врача по медицинской части, зам. главного врача по медицинской части, зам главного врача по амбулаторно-поликлинической работе
		Заседание подкомиссии по контролю качества медицинской помощи, ЭН, лекарственному обеспечению, взаимодействию со СМО, ТФОМС	Кабинет ВК поликлиники 1 поликлиники 2

Ежедневно	11-00 – 12-00	1.Проведение экспертизы временной нетрудоспособности , анализ выписки льготных рецептов на дорогостоящие препараты	1.зав поликлиниками
Еженедельно	15-00-16-00	2.Анализ лекарственного обеспечения	2.заведующая аптекой
Ежемесячно	15-00-16-00	3.Анализ результатов по работе с СМО и ТФОМС, обсуждение выявленных нарушений, планирование корректирующих мероприятий	3.заместитель главного врача по КЭР, зам главного врача по амб-работе
По необходимости		Расширенные заседания врачебной комиссии (внеплановые)	Кабинеты заведующих поликлиник; Зам гл врача по амб работе
еженедельно	11-00 – 12-00	Заседание подкомиссии по отбору и направлению пациентов для оказания ВМП, специализированной медицинской помощи	Кабинеты ВК
Еженедельно Пн вт	14-00 - 15-00	Заседание подкомиссии по экспертизе стойкой утраты трудоспособности	Кабинет ВК Поликлиника 2 Поликлиника 1
Ежемесячно 1 пн месяца 1 вт месяца		Заседание подкомиссия по контролю качества оказания медицинской помощи и выявления причин смертности	Кабинет заведующего отделением Поликлиника 1 Поликлиника 2
Ежеквартально		Заседание подкомиссии по профилактике ИСМП и контролю за соблюдением правил биологической безопасности.	Кабинеты зав поликлиникой; эпидемиолог

**ПЛАН-ГРАФИК РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» на 2021г.**

Дата	Время	Вид работы	Место проведения, ответственное лицо
			Стационар
Ежеквартально	14-00-16-00	Расширенные заседания врачебной комиссии (плановые) 1. отчет руководителей структурных подразделений по основным показателям работы отделений за 1 квартал текущего года 2. отчет руководителей структурных подразделений по основным показателям работы отделений за 6 месяцев квартал текущего года 3. отчет руководителей структурных подразделений по основным показателям работы отделений за 9 месяцев текущего года	Кабинет зам. главного врача по медицинской части, зам. главного врача по медицинской части
По необходимости		Расширенные заседания врачебной комиссии (внеплановые)	Кабинет зам. главного врача по медицинской части
Ежедневно	11-00 – 12-00	Заседание подкомиссии по контролю качества медицинской помощи, ЭН, лекарственному обеспечению, взаимодействию со СМО, ТФОМС 1. Проведение экспертизы нетрудоспособности	Кабинет заместителя главного врача по КЭР ; 1. заместитель главного врача по КЭР
Еженедельно	15-00-16-00	2. Анализ лекарственного обеспечения	2. заведующая аптекой
Ежемесячно	15-00-16-00	3. Анализ результатов по работе с СМО и ТФОМС, обсуждение выявленных нарушений, планирование корректирующих мероприятий	3. заместитель главного врача по КЭР, зам главного врача по медицинской части

Ежемесячно 1 пн месяца	14-00 - 15-00	Заседание подкомиссии по контролю качества оказания медицинской помощи и изучению летальных исходов 1.Заседание подкомиссии по изучению летальных исходов	Кабинет зам. главного врача по медицинской части
2 пн месяца	14-00-15-00	2.Подведение итогов по контролю за качеством оказания медицинской помощи 2 уровня за предыдущий месяц по учреждению, обсуждение корректирующих мероприятий.	зам. главного врача по медицинской части
Ежеквартально		Заседание подкомиссии по профилактике ИСМП и контролю за соблюдением правил биологической безопасности.	Кабинет зам. главного врача по медицинской части; эпидемиолог
Ежеквартально		Заседание подкомиссия по организации лечебного питания (совет по лечебному питанию).	Кабинет зам. главного врача по медицинской части; диет-сестра
Ежеквартально		Подкомиссию по контролю за безопасностью обращения лекарственных средств и контролю за безопасной эксплуатацией и применением медицинских изделий.	Зав.аптекой

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ СК «Железноводская городская больница» «О Врачебной комиссии ГБУЗ
СК «Железноводская городская больница» от
« 25 » января 2021 г № 44-п

**Протокол заседания врачебной комиссии ГБУЗ СК «Железноводская
городская больница» (подкомиссии врачебной комиссии)
(название подкомиссии)**

№ _____ от _____ 20 года

Врачебная комиссия в составе присутствующих:

Заместитель главного врача (заведующий отделением)

Члены подкомиссии: и т.д.

Приглашенные:

Перечень обсуждаемых вопросов:

предоставленные материалы: .

Решение ВК (п/комиссии) и его обоснование:

Принято
решение _____.

Результаты голосования комиссии: за- , против - , воздержалось- .

Председатель врачебной подкомиссии:

(подпись) (Ф.И.О.)

Члены врачебной подкомиссии: _____

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. _____

Этапный эпикриз при направлении на ВК

Дата «____» _____ 20____ г.

ФИО больного: _____ Дата рождения _____

Дом. адрес _____

Профессия _____

Жалобы _____

№ листка нетрудоспособности, дата выдачи _____ «____» _____ 20____ г.

Краткий анамнез, в т.ч. экспертный: _____

Данные осмотра и доп. исследований, их динамика: _____

Д-з основной и сопутствующий, осложнения: _____

Проводимое лечение, его эффективность: _____

Зав. Отд.: _____ Леч. Врач: _____ (

Протокол ВК № _____ от «____» _____ 20____ г.

Решение ВК _____

Председатель ВК: _____ (_____)

Члены: _____ (_____)

_____ (_____)