федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России)
Место нахождения: 191036, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Лиговский пр,д. 2-4
ИНН7815022288

ПРИКАЗ № 524

«29» декабря 2023 года

«О порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Во исполнение приказа Минздрава России от 31.07.2020 N 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 N 60192), приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н (ред. от 02.12.2013) "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 N 24516), иных нормативных актов и с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в клинике ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрав России

1. **УТВЕРЖДАЮ:**

1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению № 1 к настоящему приказу.
2. Положение о врачебной комиссии (приложение №2 к приказу).
3. Положение о комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности (приложение №3 к приказу).
4. Положение о комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (приложение №4 к приказу).
5. Положение о комиссии по изучению летальных исходов (приложение №5 к приказу).
6. Положение о лечебно-контрольной комиссии (приложение №6 к приказу).
7. Положение о Врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в стационарных

условиях (приложение №7).

8. Положение о хирургическом совете (приложение №8).
9. Положение о Совете о медицинской реабилитации (приложение №9).
10. Положение о Формулярной комиссии (приложение №10).
11. Положение о Комиссии по утверждению впервые установленного диагноза туберкулеза (приложение №11).
12. Состав врачебных комиссий на 2023 год (приложение 12).
13. Положение о системе экспертной оценки качества медицинской помощи (приложение 13)
14. Начальнику отдела документооборота и Барабаш О.И. разместить настоящий приказ в информационной сети института для всех клинических подразделений.
15. Контроль исполнения приказа возложить на главного врача Соколову О.П.

Директор ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России

_____(Яблонский П.К.)

Приложение № 1 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Положение
о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России (далее - Положение) разработано в целях установления единого порядка организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) и безопасности медицинской помощи, оказываемой гражданам.
1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:
- Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Законом Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 "О защите прав потребителей";
- Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006.
1.3. Настоящее Положение разработано с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России
1.4. Контроль качества медицинской помощи вводится в клинике ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России для решения следующих задач:
- оценка качества медицинской помощи конкретным пациентам с выявлением дефектов оказания помощи, соответствия оказанной помощи медицинским стандартам и результата оказания медицинской помощи;
- фиксация всех выявленных параметров оказания медицинской помощи и мнения пациента об оказанных ему услугах;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи.

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи

2.1. Контроль качества медицинской помощи проводится в отделениях клиники ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, расположенных по адресу: ул. Лиговский д. 2-4, ул. Политехническая д. 32, 2-й Муринский д.12 корп.3.
2.2. Для осуществления контроля качества оказания медицинской помощи в организации назначается ответственный работник (либо создается структурное подразделение). Назначение ответственного работника производится приказом руководителя организации.
Ответственный работник обязан по направлению работодателя проходить курсы (тренинги, занятия) по повышению квалификации.
Ответственный работник не может проводить контроль качества оказанной медицинской помощи в случае, если эта помощь была оказана им самим. В этом случае приказом руководителя назначается временно заменяющий его работник при наличии у него соответствующей квалификации. При отсутствии заменяющего сотрудника организация может обратиться в другую организацию, способную оказать на договорной основе услуги по контролю качества медицинской помощи.
При проведении контроля качества медицинской помощи ответственный за проведение контроля руководствуется федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными

правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.
Ответственный за проведение контроля несет персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи.
2.3. Контролю качества медицинской помощи подлежит деятельность всех работников, оказывающие медицинские услуги.
2.4. Контроль качества медицинской помощи проводится по следующим случаям медицинской помощи: жалобы, обращения пациентов, летальные исходы, 50% случаев сплошной выборки лечения в стационарных условиях, 10% случаев сплошной выборки оказания помощи в амбулаторных условиях.
2.5. Основой для проведения контроля является медицинская документация пациента, а также заявление пациента.
2.6. Устанавливаются следующие минимальные объемы проведения контроля качества медицинской помощи: на регулярной основе 50% случаев сплошной выборки лечения в стационарных условиях, 10% случаев сплошной выборки оказания помощи в амбулаторных условиях в течение месяца, следующего за месяцем оказания лечения. В связи с жалобой, обращением, летальным исходом – в течение 30 дней с поручения провести экспертизу.
2.7. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту включает в себя оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, оформлению медицинской документации с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.
2.8. Мероприятия по осуществлению контроля качества включают в себя:
сбор жалоб и анамнеза;
проведение клинико-диагностических мероприятий;
установка диагноза;
проведение лечебных и профилактических мероприятий;
оформление медицинской документации.
2.9. 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 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 клинике ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;
критерий эффективности оказания медицинской помощи - отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.
2.10. Данные, собранные в процессе осуществления контроля, а также результаты контроля отражаются в Журнале проведения контроля качества оказания медицинской помощи, являющемся Приложением к настоящему Положению. Журнал подлежит хранению в организации в течение 10 лет.
В Журнале фиксируются объемы проведенного контроля качества медицинской помощи, результаты проведенного контроля качества медицинской помощи с подсчетом общего коэффициента качества, краткие сведения о мерах, принятых ответственным лицом за проведение контроля, предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской

помощи для медицинского работника, Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

2.11. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом Соколовой О.П.

Приложение № 2 к приказу № 524
от 29.12.2023 г.

Положение
о Врачебной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России

1. Врачебная комиссия создается в клинике ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам.

2. 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 ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

3. Врачебная комиссия состоит из председателя (главный врач или заместитель главного врача), имеющего высшее медицинское образование, постдипломную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», имеющего сертификат по специальности
«организация здравоохранения и общественное здоровье», двух заместителей, имеющих высшее медицинское образование и последипломную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», членов комиссии (врачи-специалисты) и секретаря.

4. Персональный состав Врачебной комиссии утверждается директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России ежегодно.

5. В структуру Врачебной комиссии входят следующие подкомиссии, созданные для решения узких целей и имеющие свои функции, положения о комиссиях и ежегодно утверждаемый состав:
- комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности,
- комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности,
- комиссия по изучению летальных исходов,
- врачебная комиссия по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях,
- хирургический совет,
- совет о медицинской реабилитации,
- формулярная комиссия,
- комиссия по утверждению впервые установленного диагноза туберкулеза,
- комиссия по анализу причин случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

5. 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 и оформляет решение врачебной комиссии в медицинской документации пациента, документация оформляется в медицинской информационной системе, распечатывается для внесения в бумажный вариант медицинской карты стационарного/амбулаторного больного, в медицинской электронной системе формируется журнал заседаний Врачебной комиссии, который может быть распечатан, сброшюрован и подписан членами Врачебной комиссии.

6. Функции Врачебной комиссии:
– выдача заключения о наличии у граждан медицинских показаний для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
– выдача заключений о возможности предоставления специалистам академического отпуска по медицинским показаниям;
– решение вопроса о направлении на лечение за пределы области;
– решение вопроса о возможности безопасной транспортировки больного (иностранного гражданина, не имеющего полиса ОМС) после оказания неотложной медицинской помощи;
– осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14.01.2011 № 3;
– осуществление взаимодействия с бюро МСЭ, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, исполнительными органами ФСС РФ, другими медорганизациями и учреждениями социальной защиты населения;
– решение наиболее сложных и конфликтных вопросов, относящихся к компетенции всех подкомиссий врачебной комиссии;
– проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в комиссию управления здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
– принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
– 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 медорганизации 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, амбулаторная карта, журнала госпитализаций и т. д.);
– оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
– оценка соблюдения в медорганизации установленного порядка ведения медицинской документации;
– разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
– принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;
– обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделениями медорганизации и отдельными специалистами;
– разработка и принятие управленческих решений по улучшению качества и повышению доступности медицинской помощи населению;
– организация врачебных конференций по вопросам повышения и обеспечения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных
мероприятий;
– рассмотрение письменных и устных обращений граждан по вопросам организации и оказания медицинской помощи в медорганизации, при необходимости проведение очной экспертизы и встречи с пациентом или его законным представителем;

– внесение предложений руководителю по устранению выявленных организационных недостатков в работе медорганизации и ее структурных подразделений по результатам анализа обращений;
– внесение предложений руководителю по применению мер административного воздействия к сотрудникам медорганизации по фактам обоснованных обращений граждан.

7. Врачебная комиссия проводит заседания в ежедневном режиме.

8. Решение Врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии из числа присутствующих на заседании.

9. Решение Врачебной комиссии оформляется в виде протокола, вносится в первичные медицинские документы пациента и журнал (форма 035/у-02).

10. Протоколы решений Врачебной комиссии хранятся в течение 10 лет.

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

12. Председатель Врачебной комиссии представляет главному врачу и директору ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России отчет о работе комиссии ежеквартально, в срок до 15-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Приложение № 3 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Положение о комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности

Комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности (далее – КЭВН) является подкомиссией врачебной комиссии. В своей деятельности КЭВН 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.

Состав КЭВН утверждается директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России ежегодно. Председателем КЭВН назначается заместитель главного врача или заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи, имеющий высшее медицинское образование, постдипломную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», имеющий сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», заместителем председателя – заместитель главного врача или заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи, членами назначаются заведующие отделениями и врачи специалисты (не менее 3 человек), секретарь.

Секретарь подкомиссии составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов подкомиссии о дате и времени проведения заседания, представляет всю необходимую документацию, оформляет решение в медицинской документации пациента и в журнал.

Функции КЭВН:

– контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности во всех подразделениях ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России;

– продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

– определение трудоспособности граждан;

– принятие решения о направлении больных на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– принятие решения по различным медико-социальным вопросам;

– оценка эффективности проводимых индивидуальных программ реабилитации;

– выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями;

– проведение анализа заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности, первичного выхода больных на инвалидность, обеспечение разработки и реализации мероприятий по их снижению;

– участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;

– оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России;

– взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции подкомиссии, с территориальным фондом обязательного медицинского страхования, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения 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;

– выдача медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

– определение объема лечения лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

– выдача медицинского заключения о наличии у лица, получившего повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации;

– контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности; обеспечение повышения квалификации специалистов ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

– организация врачебных конференций по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

– принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

– контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы.

Решения КЭВН оформляются в виде протокола, вносятся в первичные медицинские документы пациента и журнал (форма 035/у-02). Протоколы решений подкомиссии хранятся в течение 10 лет.

Председатель КЭВН представляет отчет о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, председателю врачебной комиссии

Приложение № 4 к приказу № 524

от 29.12.2023 **г.**

Положение о комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Комиссия осуществляет свою работу в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 N 60192), приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н (ред. от 02.12.2013) "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 N 24516), иных федеральных и локальных нормативных актов, настоящего приказа с целью с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в клинике ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрав России и руководствуясь локальными нормативными актами.

Комиссия решает следующие задачи:

- оценка качества медицинской помощи конкретным пациентам с выявлением дефектов оказания помощи, соответствия оказанной помощи медицинским стандартам и результата оказания медицинской помощи;
- фиксация всех выявленных параметров оказания медицинской помощи и мнения пациента об оказанных ему услугах;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в клинических подразделениях ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

Комиссия проводит свои заседания на регулярной основе по адресу Лиговский проспект, д. 2-4.

Состав комиссии ежегодно утверждается директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России и включает председателя комиссии (главного врача или заместителя главного врача по медицинской части), заместителя председателя комиссии (заместителя главного врача по медицинской части), секретаря (заведующего отделом экспертизы качества медицинской помощи или заместителя главного врача по медицинской части), членов комиссии. Сотрудники ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, являющиеся членами комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности на регулярной основе, проходят обучение по организации здоровья и общественному здоровью, иное тематическое усовершенствование, непосредственно касающееся их деятельности в комиссии.

Члены комиссии не могут проводить контроль качества оказанной медицинской помощи в случае, если эта помощь была оказана ими самими. В этом случае приказом главного врача назначается временно заменяющий его работник при наличии у него соответствующей квалификации. При отсутствии заменяющего сотрудника организация может обратиться в другую организацию, способную оказать на договорной основе услуги по контролю качества медицинской помощи. При проведении контроля качества медицинской помощи ответственный за проведение контроля руководствуется федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами

ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

Ответственный за проведение контроля несет персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи.

Для проведения контроля качества медицинской помощи привлекаются эксперты отдела экспертизы качества медицинской помощи, осуществляющие в текущем режиме следующие минимальные объемы экспертизы: 50% всех законченных случаев лечения в стационарных условиях, 10% всех случаев амбулаторного лечения.

Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту включает в себя оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, оформлению медицинской документации с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи. Мероприятия по осуществлению контроля качества включают в себя: сбор жалоб и анамнеза; проведение клинико-диагностических мероприятий; установка диагноза; проведение лечебных и профилактических мероприятий; оформление медицинской документации.

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 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 правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;
- критерий эффективности оказания медицинской помощи - отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

Данные, собранные в процессе осуществления контроля, а также результаты контроля отражаются в электронном журнале проведения контроля качества оказания медицинской помощи и представляются на заседание комиссии. Электронный журнал подлежит хранению в организации в течение 10 лет.

Устанавливаются следующие сроки контроля – в течение месяца, следующего за месяцем оказания помощи проводятся все экспертизы и выносятся на рассмотрение комиссии 25-27 числа каждого месяца. Комиссия осуществляет интегральную оценку деятельности врачей, заведующих отделениями, в которых осуществлялся контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Кроме того, на ежемесячное заседание комиссии выносится доклад о результатах анкетирования пациентов в рамках независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями.

По результатам заседания комиссии, проведенного в период с 25 по 27 число каждого месяца, распечатывается протокол, оформляемый в электронном виде, подписывается членами комиссии и брошюруется по итогам года. Образец протокола представлен ниже.

Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

Приложение № 5 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Протокол заседания комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Дата:
Секретарь: Председатель:

1. Оценка качества и безопасности медицинской деятельности

Интегральные показатели

	Объем внутренних экспертиз КМП			Объем внешних экспертиз КМП	Объем отказов в оплате		Объем штрафных санкций	
Отделение	план	факт	выполнение плана %	Кол-во случаев	кол-во случаев	сумма (руб)	кол-во случаев	сумма

структура КМП по отделениям

отделение	Надлежащее качество	I	II	III	IV

структура КМП по врачам

ФИО отделение	Надлежащее качество	I	II	III	IV

Типичные ошибки и меры по устранению

2. Результаты анкетирования независимой оценки качества условий оказания услуг

	информация на сайте		информация на стендах		навигация	электронные сервисы		комфортность		удобства инвалидов		доброжелательность		условия оказания	рекомендовали	удовлетворенность в целом
отделения	пользовались	удовлетворены	пользовались	удовлетворены	удовлетворены	пользовались	удовлетворены	удовлетворены ПО	удовлетворены в отд	группа инвалидности	обеспечены условия для инв	отношение в приемном покое	отношение в отд	удовлетворены		

Перечень необходимых мероприятий.

3. Отчет о выполнении запланированных мероприятий.

Подпись членов комиссии

Приложение № 5 к приказу № 524

от 29.12.2023 г.

Положение о комиссии по изучению летальных исходов

Комиссия по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ) является подкомиссией центральной врачебной комиссии. КИЛИ создается для анализа качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов при изучении всех летальных исходов как в стационаре (при проведении патолого-анатомического и судебно-медицинского исследований), так и в амбулаторно-поликлиническом звене.

В своей деятельности КИЛИ 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.

Состав КИЛИ утверждается директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России ежегодно. Председателем КИЛИ назначается заместитель главного врача по медицинской части или заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи, членами – заведующие структурными подразделениями, патологоанатом, судебно-медицинский эксперт, секретарь.

Секретарь КИЛИ составляет план-график заседаний подкомиссии, готовит материалы для заседания, уведомляет членов о дате и времени проведения заседания, представляет необходимую документацию, оформляет решение в медицинской документации и в журнал.

К работе подкомиссии могут привлекаться заведующие отделениями, рецензенты из числа практикующих врачей. Персональный состав непостоянных участников определяет председатель. Присутствие на заседании подкомиссии по изучению летальных исходов постоянных членов и специально приглашенных врачей является строго обязательным и должно быть включено в их должностные обязанности. Работа КИЛИ проводится в ежемесячном режиме.

Заключение по итогам разбора случая с летальным исходом оформляется в виде протокола и фиксируется в специальном журнале. Протоколы решений подкомиссии хранятся в течение 10 лет. Председатель КИЛИ представляет отчет о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, председателю центральной врачебной комиссии.

Приложение № 6 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Положение о лечебно-контрольной комиссии

Лечебно-контрольная комиссия (далее – ЛКК) является подкомиссией врачебной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России. ЛКК создается в целях совершенствования организации медицинской помощи и оперативного разбора дефектов оказания медицинской помощи.

В своей деятельности ЛКК 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.

Состав ЛКК утверждается директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России. ЛКК состоит из председателя, заместителя председателя, членов комиссии (врачей-специалистов) и секретаря. На должность председателя ЛКК назначается главный врач или заместитель главного врача по медицинской части, или заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи, имеющий высшее медицинское образование, последипломную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», имеющий сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», заместителями председателя – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе, по акушерско-гинекологической службе, по хирургии и т. д., членами – заведующие структурными подразделениями и врачи-специалисты.

Секретарь ЛКК заблаговременно оповещает членов подкомиссии и приглашенных участников разбора о времени проведения и повестке заседания, предоставляет всю необходимую документацию и информацию для проведения разбора, оформляет решение подкомиссии в специальном журнале и протоколе.

Функции ЛКК:

– изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины

смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

– принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, а также осуществление оценки качества медицинской помощи на всех этапах оказания;

– участие в подготовке документов, регламентирующих порядок и качество оказания медицинской помощи в ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России;

– оценка деятельности лечащих врачей и организация работы заведующих отделениями в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;

– контроль над обоснованностью применения лечебных и диагностических методик в отделениях (подразделениях);

– разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

– организация врачебных конференций по вопросам оказания лечебно-диагностической помощи;

– внесение в установленном порядке предложений руководителю по вопросам, входящим в компетенцию комиссии (подкомиссии);

– контроль над ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы.

Заседания комиссии проводятся по мере необходимости решения вопросов, входящих в компетенцию ЛКК. Решение ЛКК считается принятым, если его поддержало большинство членов. Решение подкомиссии оформляется протоколом, вносится в медицинскую документацию.

Протоколы решений ЛКК хранятся в течение 10 лет. Председатель ЛКК представляет отчет о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, главному врачу ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

Приложение №7 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Положение

о Врачебной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России по отбору пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

1. Врачебная комиссия ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России по отбору пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи создается в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. N 824н “Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения”, Приказом МЗ РФ от 02.12.2014 N 796н (ред. от 27.08.2015) "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 декабря 2020 г. N 1363н “Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования” и иными нормативными актами, регламентирующими госпитализацию пациентов в федеральные медицинские организации, и настоящим Положением.
2. Комиссия создается из числа ведущих специалистов клинических отделений института, в которых оказывается специализированная медицинская помощь, председателем Комиссии является главный врач.
3. Комиссия рассматривает:

– случай по направлению лечащего врача медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, оформленном на бланке направляющей медицинской и заверенным личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

– случай по направлению лечащего врача клинического подразделения в котором пациент проходит диагностику и лечение в рамках специализированной медицинской помощи.

4. К направлению прилагаются копии следующих документов пациента: документ, удостоверяющий личность пациента; свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет); полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии); страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии), а также согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.
5. Комиссия в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня получения документов, для решения вопроса об оказании специализированной помощи в рамках базовой программы ОМС и семи рабочих дней для высокотехнологичной медицинской помощи принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в клинике института.
6. Заключение врачебной комиссии федеральной медицинской организации,

оформляется протоколом (Приложение 3) и содержит одно из следующих решений:

– о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, планируемой даты госпитализации пациента;

– об отсутствии медицинских показаний для госпитализации с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

– о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования);

– о наличии медицинских показаний для направления пациента в иную федеральную медицинскую организацию (с указанием наименования иной федеральной медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента (при необходимости);

– о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию, рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний).

7. При рассмотрении вопроса о планируемой высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, Комиссия в срок, не превышающий пяти рабочих дней со дня принятия решения, уведомляет направляющую медицинскую организацию с использованием информационной системы в сфере здравоохранения или одним из возможных способов (например, почтовое уведомление, сообщение на адрес электронной почты).

8. При рассмотрении вопроса о планируемой медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, Комиссия в срок, не превышающий двух рабочих дней со дня принятия решения, уведомляет направляющую медицинскую организацию с использованием информационной системы в сфере здравоохранения или одним из возможных способов (например, почтовое уведомление, сообщение на адрес электронной почты).

9. При рассмотрении вопроса о планируемой высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, оформление талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением подсистемы единой системы обеспечивается силами отдела дистанционной консультативной помощи и госпитализации.

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 единой системы обеспечивает орган управления здравоохранением (ОУЗ).

11. При рассмотрении случая об оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, по направлению лечащего врача подразделения, где пациент получает специализированную медицинскую помощь, заключение Комиссии выносится дважды: о наличии показаний и направлении для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (заключение в течение 3 рабочих дней передается в ОУЗ) и, при получении документов из ОУЗ, о наличии медицинских показаний и планируемой дате госпитализации пациента.

12. Протокол решения Комиссии оформляется и хранится в форме электронного документа в информационной системе в сфере здравоохранения, в медицинской информационной системе института.

13. За своевременность оформления необходимых документов, подготовки документов к отправке адресату несет руководитель отдела дистанционной консультативной помощи и госпитализации

14. За своевременную отправку документов почтой несет заведующий отделом делопроизводства и документооборота.

Приложение №8 к приказу № 524

от 29.12.2023 **г.**

Положение о хирургическом совете

Хирургический совет является подкомиссией врачебной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России. Хирургический совет создается в целях совершенствования организации медицинской помощи и выбора оптимального объема медицинской помощи пациентам.

В своей деятельности Хирургический совет 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.

Хирургический совет создается по направлениям:

- торакальная хирургия,
- травматология и ортопедия, урология,
- гинекология и абдоминальная хирургия.

Каждый из подразделов Хирургического совета имеет председателя, членов комиссии (заведующих отделениями, руководителей направлений, врачей-специалистов), утверждаемых директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России ежегодно.

Функции Хирургического совета:

- ознакомление с тактикой и организационной формой лечения пациента;
- обсуждение рисков и ожидаемого эффекта оперативного вмешательства;
- контроль соответствия предлагаемой тактики лечения фактическому состоянию пациента на момент госпитализации с учетом результатов проведенных обследований;
- своевременное внесение корректив в план хирургического лечения и диагноз, подтверждение обоснованности предлагаемой лечащим врачом тактики ведения больного;
- оценка соблюдения преемственности в оказании хирургической помощи пациентам на всех этапах лечения и выработка рекомендаций по сокращению перерывов при смене одного этапа лечения другим;
- повышение ответственности и уровня знаний врачей путем коллегиального разбора каждого случая осложнений после хирургического вмешательства и выявления их причин;
- оценка результатов проведенного хирургического лечения пациентов.

Хирургический совет рассматривает:

Медицинские данные пациентов, госпитализированных в хирургические отделения клиники института для проведения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Заседание Хирургического совета оформляется **протоколом**, который содержит одно из следующих решений:

- Об утверждении плана хирургического лечения пациента с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, подробного плана оперативного вмешательства, медицинских мероприятий для профилактики осложнений оперативного лечения;
- О необходимости изменения плана оперативного вмешательства с подробным указанием этапов лечения, хирургических доступов, хирургических манипуляций и процедур, применяемых биологических и небиологических имплантов;

– о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), привлечения специалистов других медицинских организаций с последующим повторным представлением на Хирургический совет;

– об отсутствии в настоящий момент медицинских показаний для хирургического лечения с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

– о наличии медицинских противопоказаний для хирургического лечения пациента с рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента.

Протокол Заседания Хирургического совета оформляется и хранится в форме электронного документа в медицинской информационной системе института, распечатывается для внесения в бумажный вариант медицинской карты стационарного больного.

Председатель Хирургического совета ведет журнал Хирургического совета (учетная форма 035-у/02), который хранится 10 лет.

Приложение №9 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Положение о Совете о медицинской реабилитации

Совет по медицинской реабилитации является подкомиссией врачебной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России. Совет по медицинской реабилитации создается в целях совершенствования организации медицинской помощи и выбора оптимального объема медицинской помощи пациентам.

В своей деятельности Совет по медицинской реабилитации 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.

Задачи Совета по медицинской реабилитации выбор и контроль применения методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, выполнение их в установленные сроки и с наилучшим из возможных результатов рассматривается как одно из важнейших направлений для формирования ключевых критериев оценки качества медицинской помощи, позволяющих говорить о качестве процесса оказания медицинской помощи по отношению к конкретному пациенту с конкретным заболеванием или состоянием. Задачи Совета реализуются следующими способами:

- представление пациентов на Врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием уровня помощи, источника финансирования и условий проведения реабилитации,
- оценку (диагностику) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;
- формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования;
- оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз для пациента,
- оценка деятельности мультидисциплинарной реабилитационной команде (МРК) в каждом конкретном случае лечения с обоснованием результата путем применения метода оценки качества оказания медицинской помощи по группам заболеваний или состояний (Приложение к Положению о Совете медицинской реабилитации)

Приложение к Положению о Совете медицинской реабилитации

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи по группам заболеваний или состояний

Данные критерии формируются по группам заболеваний или состояний в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями.

Группа заболеваний или состояний

_____

Код/коды по МКБ-10

_____

Возрастная категория

_____

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи

_____

- _____
- _____

Фаза заболевания или другие характеристики (при необходимости) _____

1. Событийные (смысловые, содержательные, процессные) **критерии качества**
   - _____ да ☐ или нет ☐
   - _____ да ☐ или нет ☐
   - _____ да ☐ или нет ☐

2. Временные **критерии качества** (событие)

   - _____не позже _____от_____
     да ☐ или нет ☐
     (минуты/часы/сутки)
   - _____не позже _____от_____
     да ☐ или нет ☐
     (минуты/часы/сутки)
   - _____не позже _____от_____
     да ☐ или нет ☐

3. (минуты/часы/сутки) 3. 3.
   Результативные **критерии качества**
   - _____
     да ☐ или нет ☐
   - _____
     да ☐ или нет ☐
   - _____
     да ☐ или нет ☐

4. Дополнительные **критерии качества** (при необходимости)
   - _____
     да ☐ или нет ☐
   - _____
     да ☐ или нет ☐
   - _____
     да ☐ или нет ☐

Приложение №10 к приказу № 524

от 29.12.2023 **г.**

Положение о Формулярной комиссии

1. Общие положения

1.1. Формулярная комиссия ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России (далее по тексту - Комиссия) создается с целью разработки и постоянного обновления формулярного перечня лекарственных средств ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России стационарного типа (далее по тексту - Формулярный перечень).

1.2. Комиссия является экспертным органом клиники ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

1.3. Комиссия в своей работе руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственным реестром лекарственных средств, утвержденным Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, законодательством субъектов Российской Федерации, приказами директора ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

2. Задачи формулярной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России

Основными задачами Комиссии являются:

2.1. Рассмотрение предложений по включению или исключению лекарственных средств, о внесении изменений и дополнений в Формулярный перечень.

2.2. Рассмотрение и внесение на утверждение в установленном порядке проекта Формулярного перечня.

3. Функции формулярной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России

Функциями Комиссии являются:

3.1. Организация не реже чем один раз в год пересмотра Формулярного перечня.

3.2. Рассмотрение и анализ статистических данных по заболеваемости, анализ фармакоэпидемиологических данных, спектра закупаемых учреждением здравоохранения лекарственных средств и иных данных в пределах своей компетенции.

3.3. Учет и анализ побочных эффектов от применения лекарственных средств.

3.4. Анализ рациональности использования лекарственных средств в учреждении здравоохранения.

3.5. Организация дополнительной экспертизы Формулярного перечня или его разделов в случае возникновения необходимости.

4. Порядок формирования формулярной комиссии ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России

4.1. Структура Комиссии утверждается директором ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

4.2. В состав Комиссии входят: председатель, заместитель председателя, члены Комиссии, секретарь Комиссии.

4.3. Состав Комиссии представляется на утверждение председателем Комиссии в установленном порядке.

4.4. Состав Комиссии утверждается приказом директора ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.

4.5. В состав Комиссии входят все заместители главного врача ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, ответственные за оказание медицинской помощи, все заведующие отделениями ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, заведующий аптекой, клинический фармаколог, представители учебных, научных медицинских организаций, расположенных на базе ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.
4.6. Председателем Комиссии является главный врач ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России.
4.7. Функциями председателя Комиссии являются:
а) проведение заседаний Комиссии;
б) руководство Комиссией;
в) формирование предложений по составу Комиссии;
г) представление Комиссии в других организациях и ведомствах.
4.8. Заместителем председателя Комиссии является врач клинический фармаколог
4.9. Функциями членов Комиссии являются:
а) участие в работе Комиссии с правом решающего голоса;
б) рассмотрение и научная экспертиза материалов, представляемых для внесения их в Формулярный перечень;
в) представление на заседание Комиссии экспертных заключений по полученным материалам.
4.10. Члены Комиссии осуществляют работу в соответствии с планом, утвержденным председателем Комиссии.
4.11. Члены Комиссии несут ответственность за своевременность и объективность рассматриваемой информации.
4.12. Функциями секретаря Комиссии являются:
а) ведение протоколов заседаний Комиссии;
б) ведение делопроизводства Комиссии;
в) оформление выписок и корреспонденции Комиссии.

5. Порядок работы формулярной комиссии учреждения здравоохранения

5.1. Заседания Комиссии проводятся не реже одного раза в квартал. При необходимости председатель Комиссии назначает внеочередное заседание.
5.2. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании Комиссии принимали участие более двух третей членов Комиссии.
5.3. Решения на заседаниях Комиссии считаются принятыми, если за них положительно проголосовало не менее двух третей членов Комиссии, участвовавших в голосовании на заседании Комиссии.
5.4. Заседания Комиссии протоколируются, протоколы подписываются председателем и секретарем Комиссии.
5.5. Комиссия осуществляет переписку со всеми заинтересованными ведомствами, организациями и частными лицами как в Российской Федерации, так и за рубежом.

Приложение №11 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Положение о Комиссии по утверждению впервые установленного диагноза туберкулеза

Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с действующими нормативными актами: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16 — 17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н», Приказ Минздрава России от 21.03.2003 N 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом», Приказ Минздрава РФ от 13.02.2004 N 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза», Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», Приказ Минздравмедпрома РФ от 19.07.1996 N 291 «О совершенствовании санаторно-курортной и реабилитационной помощи больным туберкулезом», Приказ Минздрава России от 29.12.2014 N 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», Приказ Минздрава России от 06.12.2021 N 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», Приказ Минздрава России от 21.03.2017 N 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза», иных федеральных и локальных нормативных актов, настоящего приказа.

Комиссия является подкомиссией врачебной комиссии и создается с целью улучшения качества оказания помощи пациентам с подозрением или установленным диагнозом туберкулеза, своевременным выполнением всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Состав комиссии ежегодно утверждается директором и включает в себя председателя (заместителя главного врача по медицинской части, имеющего сертификат специалиста по специальности «фтизиатрия» и «организация здоровья и общественное здравоохранение»), членов комиссии (специалистов по специальности «фтизиатрия», «лабораторная диагностика», «рентгенология», а также «пульмонология», «травматология и ортопедия» и иных, необходимых для установления диагноза туберкулеза внелегочных локализаций). Из числа членов комиссии председателем назначается секретарь, осуществляющий ведение документации на регулярной основе.

Комиссия осуществляет контроль следующих мероприятий: выявление, диагностика туберкулеза, в том числе микробиологическая, лечение впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами заболевания;

Функции комиссии:

– определение схемы и организационной формы лечения больного (в условиях стационара или дневного стационара);

- своевременное внесение корректив в схему лечения и в диагноз в процессе лечения, подтверждение обоснованности предлагаемой лечащим врачом тактики ведения больного;

- контроль соответствия режима химиотерапии, назначенного лечащим врачом;

- отслеживание от момента выявления больного туберкулезом до начала его лечения, сокращение перерывов при смене одного этапа лечения другим;

- соблюдение преемственности в оказании помощи пациентам с диагнозом туберкулез на всех этапах лечения;

- повышение ответственности и уровня знания врачей в результате коллегиального разбора каждого случая смерти от туберкулеза и выявления ее причин.

Комиссия работает в соответствии с план-графиком заседаний комиссии (на площадке Лиговский проспект, д.2-4 два раза в неделю - вторник и пятница, на площадке Политехническая, д 32 по мере необходимости, но не реже 1 раза в 10 дней). Лечащие врачи готовят материалы для заседания комиссии, представляют всю необходимую документацию и оформляют решение комиссии в медицинской документации пациента, документация оформляется в медицинской информационной системе, распечатывается для внесения в бумажный вариант медицинской карты стационарного/амбулаторного больного.

На комиссии рассматриваются все случаи впервые выявленного диагноза туберкулеза, случаи получения лабораторных и лучевых данных, свидетельствующих о туберкулезе, все случаи рецидива заболевания, случаи снятия диагноза туберкулез, а также в процессе лечения (при получении новых данных ЛЧ МБТ для коррекции терапии, плохой переносимости ПТП, после этапного обследования больного).

При необходимости запрашивает учетные формы и другие документы из ПТД по месту жительства. Копии учетных форм хранятся в картотеке ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России и в электронном виде в медицинской карте стационарного/амбулаторного больного.

После установления диагноза активного туберкулеза лечащим врачом заполняется извещение (форма N 089 Т/У-2003) и в трехдневный срок направляют в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД и центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (отправку извещений осуществляет документовед). В санитарно-эпидемиологические органы надзора в обязательном порядке передаются данные о выявлении МБТ и лекарственной устойчивости МБТ, в т.ч. и в процессе лечения.

После выписки пациента с установленным диагнозом туберкулез отслеживается отправка в трехдневный срок в ПТД выписных эпикризов с уточненным диагнозом и рекомендациями по дальнейшему лечению.

Решение комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии из числа присутствующих на заседании. Решение комиссии оформляется в виде протокола, вносится в первичные медицинские документы пациента и журнал (форма 035/у-02). Протоколы решений комиссии хранятся в течение 10 лет.

Председатель комиссии представляет главному врачу и директору ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России отчет о работе комиссии ежеквартально, в срок до 15-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Приложение № 12 к приказу № 524

от 29. 12. 2023 **г.**

Состав врачебных комиссий

1. Состав врачебной комиссии:

Председатель О.П. Соколова	главный врач
Заместитель председателя Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии, заместитель председателя
Секретарь А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии
Члены комиссии: А.Р. Козак	заведующий отделением дифференциально-диагностическим №2
А.О. Аветисян	заведующий отделением туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) №3
Д.Г. Наумов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6
Т.В. Кольцова	заведующий отделением туберкулезным для больных урогенитальным туберкулезом № 9
А.Ю. Мушкин	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом (для детей и подростков) № 12
Н.Ю. Масалова	клинический фармаколог

2. Состав комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности

Председатель Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии, заместитель председателя
Заместитель председателя: А.Ю. Черкасов	заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи
Секретарь: В.В. Сысоева	врач-пульмонолог (эксперт) отдела экспертизы качества медицинской помощи
Члены комиссии: А. А. Першин	заместитель главного врача по терапии
Т.В. Кольцова	заведующий отделением туберкулезным для больных урогенитальным туберкулезом № 9
А.В. Макарова	заведующий приемным отделением

3. Состав комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Председатель О.П. Соколова	главный врач
Заместитель председателя: А.Ю. Черкасов	заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи
Секретарь: В.В. Сысоева	врач-пульмонолог (эксперт) отдела экспертизы качества медицинской помощи
Члены комиссии: А. А. Першин	заместитель главного врача по терапии
Л.И. Арчакова А.Р. Козак Д.Г. Наумов	заместитель главного врача по терапии заведующий отделением дифференциально-диагностическим №2 заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6
В.Ф. Ли	заведующий отделением анестезиологии - реанимации №2
В.Ю. Журавлев	ведущий научный сотрудник (руководитель направления «Лабораторная диагностика»)
И.А. Гарапач	Заведующий Центром Лучевой диагностики, врач-рентгенолог
Т.А. Новицкая Н.Р. Васильева Н.Ю. Масалова Е.В. Корепина	заведующий отделением патологической анатомии врач-эпидемиолог врач - клинический фармаколог главная медицинская сестра

4. Состав комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ)

Председатель: Д.Ю. Семенов	Профессор, советник директора
Заместители председателя: А.А. Першин Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по хирургии заместитель главного врача по терапии
Секретарь: А.Ю. Черкасов	заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи
Члены комиссии: В.Ф. Ли	заведующий отделением анестезиологии-реанимации №2
Д.В. Наумов	врач-травматолог-ортопед отделения туберкулезного для больных костно-суставным туберкулезом № 6
И.А. Гарапач	заведующий Центра лучевой диагностики, врач-рентгенолог
И.В. Васильев Г.А. Айрапетов	ведущий научный сотрудник, руководитель направления «Интервенционная пульмонология» заведующий отделением туберкулезного

	для больных костно-суставным туберкулезом № 7
Т.А. Новицкая	заведующий патологоанатомическим отделением
О.Г. Зверев	заведующий кабинетом, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению

5. Состав лечебно-контрольной комиссии

Председатель:

О.П. Соколова	главный врач

Заместители председателя:

А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии

Секретарь:

А.Ю. Черкасов	заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи

Члены комиссии:

Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии
В.Ф. Ли	заведующий отделением анестезиологии - реанимации №2
В.Ю. Журавлев	ведущий научный сотрудник (руководитель направления «Лабораторная диагностика»)
И.А. Гарапач	заведующий Центра лучевой диагностики, врач-рентгенолог
Д.Г. Наумов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6
А.О. Аветисян	заведующий отделением туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) №3
А.Р. Козак	заведующий отделением дифференциально-диагностическим №2
Г.А. Айрапетов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 5
Т.В. Кольцова	заведующий отделением туберкулезным для больных урогенитальным туберкулезом №9
И.В. Васильев	ведущий научный сотрудник, руководитель направления «Интервенционная пульмонология»
О. Г. Зверев	заведующий кабинетом, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению
Т.А. Новицкая	заведующий отделением патологической анатомии

6. Состав Врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

Председатель:

О.П. Соколова	главный врач

Заместитель председателя:

А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии
Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии

Секретарь:

А.В. Макарова	Заведующий приемным покоем

Члены комиссии:

А.Р. Козак	заведующий отделением дифференциально-диагностическим №2
А.О. Аветисян	заведующий отделением легочно-хирургическим (торакальным) №3
Д.Г. Наумов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6
Т.В. Кольцова	заведующий отделением туберкулезным для больных урогенитальным туберкулезом № 9

7. Состав хирургических советов (по профилю)

7.1 . Торакальная хирургия

Председатель:

А.Р. Козак	заведующий отделением дифференциально-диагностическим № 2

Заместитель председателя:

А.О. Аветисян	заведующий туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) отделением №3

Секретарь:

А.О. Нефедов	заведующий отделением торакальной онкологии

Члены Совета:

Л.И. Арчакова.	Заместитель главного врача по терапии
А.А. Скороход	Врач-онколог отделения торакальной онкологии
В.Ф. Ли	заведующий отделением анестезиологии-реанимации №2
И.В. Викулова	врач-пульмонолог (руководитель амбулаторно-консультативной службы) Центра торакальной хирургии
И.А. Гарапач	заведующий Центра лучевой диагностики, врач-рентгенолог
И.В. Васильев	ведущий научный сотрудник, (Руководитель направления «Интервенционная пульмонология»)
М.В. Павлова	Врач-фтизиатр

7.2. Травматология и ортопедия

Председатель:

Д.Г. Наумов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6

Заместитель председателя:

А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии

Секретарь:

Г.А. Айрапетов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 5

Члены Совета:

Д.А. Палей	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 1

Б.Д. Бабков	Заведующий отделением туберкулезного для больных костно-суставным туберкулезом № 7
И.А. Гарапач	Заведующий Центра лучевой диагностики, врач-рентгенолог
Д.А. Палей	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 1

7.3. Урология, гинекология и абдоминальная хирургия

Председатель:	
Д.Ю. Семенов	Профессор, советник директора
Заместитель председателя:	
А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии
Секретарь:	
Т.В. Кольцова	заведующий отделением туберкулезным для больных урогенитальным туберкулезом № 9
Члены Совета:	
Д.А. Палей	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 1
А.Ф. Семченко	врач-уролог отделения туберкулезного для больных урогенитальным туберкулезом № 9
И.А. Гарапач	Заведующий Центра лучевой диагностики, врач-рентгенолог
Д.А. Палей	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 1

8. Совет по медицинской реабилитации

Председатель:	
Е.И. Соколова	заведующий отделением медицинской реабилитации, врач ФРМ
Заместитель председателя	врач-невролог общебольничного медицинского персонала
С.А. Куклина	
Секретарь:	врач-невролог отделения медицинской реабилитации
М.Ю. Россова	
Члены Совета:	
А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии
Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии
Д.Г. Наумов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6

9. Состав Формулярной комиссии

Председатель:	
О.П. Соколова	главный врач
Заместитель председателя	
Н.Ю. Масалова	врач клинический фармаколог
Секретарь:	
М.Б. Грачева	заведующая аптекой

Члены комиссии:

А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии
Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии
Д.Г. Наумов	заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом № 6
А.Р. Козак	заведующий отделением дифференциально- диагностическом отделением №2
А.О. Аветисян	заведующий туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) отделением №3
А.О. Нефедов	заведующий отделением торакальной онкологии
А.В. Карецкий	заведующий отделением туберкулеза глаз №10
Ю.Э. Овчинникова	заведующая отделением туберкулёза лёгких у детей №11
В.Ф. Ли	заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии №2

10. Состав Комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций

Председатель:

А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии

Заместитель председателя

Н.Р. Васильева	заведующая отделом эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней

Секретарь:

А.В. Макарова	врач-инфекционист

Члены комиссии:

Е.В. Корепина	Главная медицинская сестра
Н.С. Соловьева	Заведующий бак лаборатории
Б.Д. Бабков	Заведующий отделением туберкулезным для больных костно-суставным туберкулезом №7
Н.Ю. Масалова	Клинический фармаколог

11. Состав комиссии по утверждению впервые установленного диагноза туберкулеза

Председатель

Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии

Заместитель председателя

М.В. Павлова	ведущий научный сотрудник (Руководитель направления «Фтизиопульмонология»).

Секретарь:

Е.В. Истомина	врач-фтизиатр
Члены комиссии:	заведующий бактериологической лабораторией
Н.С. Соловъёва	
Ю.Э. Овчинникова	заведующий отделением терапии туберкулёза лёгких у детей №11
О.А. Якунова	заведующий иммунологической лабораторией
И.А. Гарапач	заведующий Центра лучевой диагностики, врач-рентгенолог

13. Состав Комиссии по контролю и проверки целесообразности назначения, его обоснованности и рационального использования наркотических средств и психотропных веществ

Председатель:	
Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии
Заместитель председателя:	
Н.Ю. Масалова	клинический фармаколог
Секретарь:	
Е.В. Корепина	главная медицинская сестра
Члены комиссии:	
А.О. Аветисян	заведующий отделением туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) отделением № 3
В.Ф. Ли	заведующий отделением анестезиологии и реанимации №2
Л.А. Ветрова	Заведующий кабинетом трансфузиологии
О.Н. Пулькина	Заведующий отделением анестезиологии и реанимации №3

14. Состав Комиссии по уничтожению остатков наркотических средств и психотропных веществ, в составе:

Председатель:	
Л.И. Арчакова	заместитель главного врача по терапии
Заместитель председателя:	
Н.Ю. Масалова	клинический фармаколог
Секретарь:	
Е.В. Корепина	главная медицинская сестра
Члены комиссии:	
М.Б. Грачева	заведующий аптекой
В.Ф. Ли	заведующий отделением анестезиологии и реанимации №2
Л.А. Ветрова	заведующий кабинетом трансфузиологии

15. Состав Комиссии по приему наркотических средств и психотропных веществ

Председатель:	
М.Б. Грачева	заведующий аптекой
Заместитель председателя, секретарь:	
Б.М. Дзитоева	заместитель заведующего аптекой
Члены комиссии:	
Н.В. Воеводова	провизор

16. Состав Комиссии по инвентаризации наркотических средств, психотропных, сильнодействующих веществ в составе:

Председатель:
Л.И. Арчакова — заместитель главного врача по терапии
Заместитель председателя
О.Г. Романова — главный бухгалтер

Члены комиссии:
секретарь:
М.Б. Грачева — заведующий аптекой
Е.В. Корепина — главная медицинская сестра

17. Состав Комиссии по контролю условий хранения, учета, использования, целесообразности назначения и проверки текущих запасов лекарственных средств, состоящих на предметно-количественном учете и лекарственных препаратов для медицинского применения

Председатель:
Л.И. Арчакова — заместитель главного врача по терапии
Заместитель председателя
А.А. Першин — заместитель главного врача по хирургии
Секретарь:
М.Б. Грачева — заведующий аптекой
Члены комиссии:
Е.В. Корепина — главная медицинская сестра
Н.Ю. Масалова — клинический фармаколог

18. Состав Комиссии по уничтожению требований и требований-накладных, журналов учета регистрации операций по истечении сроков хранения

Председатель:
Л.И. Арчакова — заместитель главного врача по терапии
Заместитель председателя
А.А. Першин — заместитель главного врача по хирургии

Члены комиссии:
Е.В. Корепина (секретарь) — главная медицинская сестра
Е.И. Тарасова — заведующий архивом

19. Состав Комиссии для целей фиксации фактов утраты наркотических средств и(или) психотропных веществ, совершенной медицинскими работниками при осуществлении медицинской деятельности

Председатель:
Л.И. Арчакова — заместитель главного врача по терапии
Заместитель председателя

А.А. Першин	заместитель главного врача по хирургии

Члены комиссии:

Е.В. Корепина (секретарь)	главная медицинская сестра
Н.Ю. Масалова	клниический фармаколог

20. Состав Комиссии по контролю организации лечебного питания в клинике института (Совет по лечебному питанию)

Председатель

Арчакова Л.И.	Заместитель главного врача по терапии

Заместители

Чечелева Г.А.	заведующий отделом лечебного питания

Члены комиссии

Н.Р. Васильева	эпидемиолог отдела эпидемиологии и профилактики инфекционных заболеваний
Е.В. Корепина	главная медицинская сестра
Н.И. Сергеева	главный бухгалтер

21. Состав Комиссии по проверке знаний персоналом правил радиационной безопасности при работе с открытыми источниками ионизирующего излучения

Председатель

А.М. Дубровин	заместитель главного врача по ГО и ЧС

Заместитель председателя:

И.А. Гарапач	заведующий Центром лучевой диагностики

Члены комиссии

О.В. Литвишко (секретарь)	заведующая отделением радионуклидной диагностики, ответственная за эксплуатацию комплекса, в котором содержатся РВ
М.П. Черная	старшая медицинская сестра отделения радионуклидной диагностики, ответственная за учет и контроль РВ и РАО

22. Состав Комиссии по инвентаризации радиоактивных веществ

Председатель

И.А. Гарапач	заведующий Центром лучевой диагностики

Заместитель председателя:

А.М. Дубровин	заместитель главного врача по ГО и ЧС

Члены комиссии

О.В. Литвишко	заведующая отделением радионуклидной диагностики, ответственная за эксплуатацию комплекса, в котором содержатся РВ
О.Г. Романова секретарь	главный бухгалтер

23. Совет медицинских сестер

Председатель комиссии Е.В. Корепина	главная медицинская сестра – председатель Совета
Заместитель председателя Баранова К.В.	Старшая медицинская сестра отделения для больных костно-суставным туберкулезом №5– **заместитель председателя**
	Производственный сектор
Н.С. Лябихова	старшая медицинская сестра отделения торакальной онкологии - председатель сектора
А.В. Васильева	старшая медицинская сестра отделения туберкулезного лёгочно-хирургического (торакального)№3
Н. А. Гусева	старшая медицинская сестра отделения №4
Е.А. Озерянская	Старшая медицинская сестра отделения лучевой диагностики – ***секретарь***
	Санитарный сектор
Н.В. Матвеева	старшая медицинская сестра отделения для больных костно-суставным туберкулезом №7 - ***председатель сектора***
М.А. Абрамова	старшая операционная медицинская сестра оперблока № 1
А.М. Монеткина	старшая операционная медицинская сестра оперблока №2 - ***секретарь***
Р.Я. Серикова	старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации №2
Е.Ю.Настюк	старшая медицинская сестра отделения туберкулезное урогенитальное №9

Учебный сектор

М.С. Филиппова	старшая медицинская сестра оперблока №1- ***председатель сектора***
А.В. Васильева	старшая медицинская сестра отделения туберкулезного лёгочно-хирургического (торакального) №3 - ***секретарь***
Н.В. Матвеева	старшая медицинская сестра отделения туберкулезное для больных костно-суставным туберкулезом №5
Н.С. Лябихова	старшая медицинская сестра отделения торакальной онкологии
	Сектор по лечебному питанию
Н.А. Гусева	старшая медицинская сестра отделения №4–***председатель сектора***
А.В. Васильева	старшая медицинская сестра отделения туберкулезное легочно-хирургическое (торакальное) №3 – ***секретарь***
К.В. Баранова	старшая медицинская сестра отделения №7

Приложение № 13 к приказу № 524

от 29.12.2023 г.

Положение об утверждении системы экспертной оценки качества медицинской помощи

1. Порядок организации и проведения экспертной оценки качества медицинской помощи

1.1. Оценка качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанным в клинике института независимо от источника финансирования, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

1.2. Оценка качества медицинской помощи проводится путем экспертной оценки случая оказания медицинской помощи, как правило, по данным первичной медицинской документации – формы № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» и/или формы № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного». При необходимости может быть проведена очная экспертная оценка.

1.3. Оценка качества оказания медицинской помощи осуществляется на основе:

- стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава;
- национальных клинических рекомендаций (протоколов ведения больных), одобренных Минздравом;
- международных стандартов, рекомендаций и протоколов по профильным направлениям лечебной деятельности ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России в случае отсутствия национальных документов;
- приказа Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- локальных нормативных документов ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, регламентирующих принципы оказания медицинской помощи (стандартные операционные процедуры, алгоритмы, методические рекомендации и т. д.).

1.4. Экспертная оценка качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, предусматривает сопоставление ее видов, объемов и сроков с утвержденными критериями, а также требованиями к результату лечения при конкретных нозологических формах болезней.

1.5. Оценка качества медицинской помощи, в зависимости от поставленных задач, включает анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки (плановый контроль), по целевому признаку (целевой контроль) и тематически однородной совокупности случаев (тематический контроль).

1.6. Целевому контролю качества подлежат:

- каждый случай летального исхода;
- случаи осложнений при выполнении хирургических вмешательств;
- все случаи внутрибольничного инфицирования,
- все случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи заболеваний со значительно удлиненными сроками лечения (более 30% от средних);
- все случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- жалобы пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи, поступившие в учреждение.

1.7. Тематический контроль проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по определенному признаку (нозологической форме, синдрому, КСГ и т. п.).

Выбор тематики осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

1.8. По системе претензий ведется работа в соответствии с локальным нормативным актом «О порядке рассмотрения обращения граждан», при необходимости проводится

- контроль качества оформления первичной медицинской документации;
- контроль качества медицинской помощи.

1.9. Врачи-специалисты, проводящие контроль, несут персональную ответственность за объективность оценки качества ведения медицинской документации при проведении контроля в соответствии с Трудовым кодексом и должностными инструкциями.

2. Уровни системы экспертной оценки качества медицинской помощи

2.1. Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи осуществляется по трехуровневой системе:

- первый уровень контроля – заведующие отделениями;
- второй уровень контроля – заместители главного врача по медицинской части; врачи-эксперты отдела экспертизы качества медицинской помощи, врачи-рецензенты – квалифицированные врачи ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России , имеющие стаж работы по специальности не менее 10 лет (приложение 1);
- третий уровень контроля – врачебная комиссия.

2.2. Лечащий врач:

2.2.1. Оценивает в первичной медицинской документации состояние здоровья пациента и обосновывает показания к стационарному и амбулаторному (при выписке) этапам лечения.

2.2.2. Планирует конечный результат лечения с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и сроков лечения при различных заболеваниях.

2.2.3. В случае превышения сроков лечения пациента по сравнению с запланированными обосновывает продление лечения с обязательным отражением динамики течения заболевания, эффективности проводимого обследования и лечения, наличия осложнений или особенностей течения заболевания и представляет случай заведующему отделением.

2.2.4. При завершении случая лечения и закрытии медицинской карты до представления ее на контроль 1-го уровня оценивает объем и сроки выполненных лечебно-диагностических мероприятий.

2.3. Первый уровень контроля качества медицинской помощи осуществляют заведующие отделениями. Заведующий отделением осуществляет:

2.3.1. Контроль за выполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса, длительности стационарного лечения, обоснованности госпитализации и своевременности выписки или перевода на последующий этап.

2.3.2. Контроль своевременности обоснованности представления больных на врачебную комиссию и на консилиум.

2.3.3. Текущую оценку качества медицинской помощи пациентам на всех сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичной медицинской документации, с периодичностью: в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в отделение, далее по необходимости, но не реже одного раза в неделю.

2.3.4. Заключительную оценку качества по законченному случаю стационарного лечения в объеме 100% выбывших (выписанных и умерших) пациентов. По результатам экспертной оценки заполняет Карту экспертной оценки 1-го уровня.

2.3.5. Ежемесячно представляет сводную информацию об объемах и результатах экспертной оценки заместителю главного врача по медицинской части и в отдел ЭКМП ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России для анализа и принятия управленческих решений.

2.4. Второй уровень контроля проводится врачами-экспертами отдела ЭКМП, врачами-рецензентами с заполнением «Журнала экспертной оценки качества медицинской помощи (приложение 2).

2.4.1. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми контролю 2-го уровня.

2.4.2. Отбор случаев для проведения контроля 2-го уровня осуществляется:

- методом случайной выборки с охватом всех подразделений (отделений, должностей медицинских работников) ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России ;
- по тематической однородной совокупности случаев (тематический контроль);
- в виде целевого контроля.

2.5. Врач-эксперт ОЭКМП при проведении экспертного контроля 2-го уровня проводит:

- плановый контроль качества медицинской помощи по критериям, утвержденным приказом Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» с заполнением Карты контроля качества 2-го уровня в ПО «Медпортал»;
- тематический контроль качества совокупности случаев по направлениям, определяемым начальником отдела качества.

2.6 Рецензент:

- проводит экспертную оценку качества медицинской помощи, анализ осложнений хирургических вмешательств по определенной специальности (кардиология, кардиохирургия, анестезиология, реабилитация, эндоваскулярная хирургия, детская кардиология/кардиохирургия и др.) по соответствующей своему сертификату специальности;
- выявляет нарушения оказания медицинской помощи, устанавливает причинно-следственную связь между выявленными нарушениями и течением заболевания;
- выносит предложения, направленные на предотвращение нарушений при оказании медицинской помощи.

2.7. Третьим уровнем контроля качества медицинской помощи является врачебная комиссия и подкомисси врачебной комиссии с оформлением необходимых документов

3. Результаты экспертной оценки качества медицинской помощи

3.1. Результаты контроля качества всех уровней ежемесячно суммируются отделом ЭКМП и представляются на соответствующих подкомиссиях ВК,

3.2. По результатам проведенного экспертного контроля 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 др.;

образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, научно-практических, клинико-анатомических конференций, направление медицинских работников на повышение

квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через интернет) и др.;

дисциплинарные мероприятия – принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом, эффективным контрактом и должностными инструкциями работников;

экономические мероприятия – использование показателей качества и эффективности медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников (при распределении ФМС);

мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России ,мероприятия по совершенствованию укомплектованности ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России медицинскими работниками.

3.3. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по результатам экспертной оценки обеспечивается главным врачом.

Приложение к Положению о системе экспертной оценки КМП

Реестр основных врачей-специалистов, рецензентов

Аветисян Армен Оникович	Заведующий отделением, врач- торакальный хирург
Кудряшов Григорий Геннадьевич	Врач-торакальный хирург
Мельник Светлана Ивановна	Врач-аллерголог-иммунолог
Айрапетов Георгий Александрвоич	Заведующий отделением, врач-травматолог- ортопед
Наумов Денис Георгиевич	Заведующий отделением, врач-травматолог- ортопед
Першин Андрей Александрович	Врач-травматолог-ортопед
Карецкий Андрей Валентинович	Заведующий отделением, врач-офтальмолог
Соловьева Марина Владимировна	Врач-офтальмолог
Овчинникова Юлия Эдуардовна	Заведующий отделением, врач-фтизиатр
Мушкин Александр Юрьевич	Заведующий отделением, врач-травматолог- ортопед
Макарова Анна Валерьевна	Заведующий отделением, врач-инфекционист
Палей Дмитрий Александрович	Заведующий отделением, врач - анестезиолог - реаниматолог
Зверев Олег Георгиевич	Заведующий кабинетом-врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению
Ли Владимир Федорович	Заведующий отделением, врач - анестезиолог - реаниматолог
Соколова Елена Игоревна	Заведующий отделением, врач-невролог
Семенов Дмитрий Юрьевич	Врач-хирург
Семченко Александр Федорович	Врач-уролог
Козак Андрей Романович	Заведующий отделением, врач-торакальный хирург
Совпенчук Игорь Алексеевич	Врач-травматолог-ортопед
Васильев Игорь Васильевич	Врач-торакальный хирург

Приложение к Положению о системе экспертной оценки КМП

Журнал ЭКМП

МКБ заключительный	
МКБ при поступл	
Дата рождения	
Лечащий врач	
ФИО	
№ ИБ	
Отделение	
обоснованность	
направление	
обследован перед госпитализацией	
анамнез/жалобы/осмотр	
стандарт обследования при поступлении	
сроки обследования при поступлении	
своевременность постановки диагноза	
формулировка диагноза	
лечение основного заболевания	
лечение сопутствующей патологии	
сроки контрольного обследования	
полнота контрольного обследования	
качество ведения мед документации	
экспертиза ВИ	
качественная МП	
повлияло на	
класс пенадл	