Приложение  2

 К приказу ГБУЗ РК

 «Симферопольская поликлиника №2»

 от «\_\_\_» 04\_ 2024 г. №\_\_\_

**Положение**

**о врачебной комиссии по внутреннему контролю качества**

**медицинской помощи и разбору жалоб ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2»**

 **I. Общие положения**

 1. Врачебная комиссия по внутреннему контролю качества оказания медицинской помощи и разбору жалоб является подкомиссией врачебной комиссии ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2» и осуществляет работу по контролю качества и эффективности профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий и оценке обоснованности назначения лекарственных средств.

 2. Комиссия создается в целях обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, что способствует совершенствованию организации медицинской помощи в подведомственном учреждении в целом.

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

 **II. Задачи комиссии**

Основными задачами врачебной комиссии по внутреннему контролю качества оказания медицинской помощи и разбору жалоб являются:

1. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов мед. помощи и на основе клинических рекомендаций.

 2. Анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, об отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека.

3. Сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации.

4. Оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, её структурных подразделений путем проведения плановых и целевых проверок. эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи.

5. Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности.

6. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению медицинскоог изделия.

7.

 **III. Функции врачебной комиссии**

 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. Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий.

3. Оценка соблюдения в ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2» установленного порядка ведения медицинской документации.

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

5. Изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2» и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента.

6. Анализ заболеваемости, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости.

7. Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

8. 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.

9. Рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в подведомственном учреждении.

 **IV. Порядок создания и деятельности комиссии**.

 1. Комиссия создается на основании ежегодного приказа главного врача ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2».

2. Состав врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи утверждается приказом главного врача ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2» ежегодно.

3. Председателем врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи назначается заместитель главного врача по КЭР, заместитель председателя - заведующий отделением, члены комиссии - заведующие отделениями.

4. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утвержденным руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в 3 мес.

5. Целевые проверки проводятся при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность мед. деятельности, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки; при поступлении жалоб граждан по вопросу качества и доступности мед. помощи;

6. Срок проведения плановых и целевых проверок устанавливается руководителем мед. организации либо уполномоченным им заместителем в зависимости от предмета проверки и не должен превышать 10 дней.

7. Председателем врачебной комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи, заместителями председателя вносятся главному врачу предложения по: - устранению организационных недостатков в работе поликлиники и её структурных подразделений, - повышению качества оказания медицинской помощи, - административным и финансовым взысканиям.

 8. Плановые и целевые проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности мед. деятельности предусматривают оценку следующих показателей:

- наличие нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы организации мед. деятельности;

- обеспечение оказания мед. помощи в соответствии с порядками оказания мед. помощи с учетом стандартов, на основе клинических рекомендаций;

 - обеспечение взаимодействия мед организации с мед. организациями, оказывающими скорую специализированную мед. помощь,

- соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента,

- обеспечение преемственности оказания мед. помощи на всех этапах с соблюдением требований к ведению мед. документации,

- обеспечение получения информированного добровольного согласия на мед. вмешательство на основании предоставленной мед. работником информации,

- обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в мед. организации,

- организация безопасной среды для пациентов и мед. работников,

- создание рациональной планировки структурных подразделений мед. организации,

- соблюдение внутреннего распорядка мед. организации,

- организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний,

 - организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний,

- организация работы регистратуры, организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении,

- организация проведения профилактических мед. осмотров, диспансеризации;

- организация вакцинации населения;

- организация работы дневного стационара в соответствии с порядками оказания мед. помощи.

-мониторинг наличия лекарственных препаратов.

**V. Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

1. По итогам экспертизы качества оказания медицинской помощи составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности мед. организации и мед. работников.

2. По итогам экспертизы качества оказания медицинской помощи осуществляется:

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация;

- анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению мед. деятельности;

- обеспечение реальных мер, принятых по итогам внутреннего контроля;

- не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности мед. деятельности в мед. организации, на основании которого руководителем мед. организации утверждается перечень коррегирующих мер.