

ПРИКАЗ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О порядке проведения контроля  
качества и безопасности медицинской  
деятельности в государственных лечебно-  
профилактических учреждениях

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года N 60 "Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики" (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года N 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года N 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года N 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года N 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года N 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года N 291 (САЗ 19-30), в целях усиления контроля за лечебно-диагностическим процессом и улучшения качества оказания медицинской помощи населению, приказываю:

1. Утвердить:

а) Положение о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно Приложению N 1 к настоящему Приказу;

б) Положение о медико-этической комиссии согласно Приложению N 2 к настоящему Приказу;

в) Положение о комиссии по изучению летальных исходов согласно Приложению N 3 к настоящему Приказу;

г) Положение о лечебно-контрольной комиссии согласно Приложению N 4 к настоящему Приказу;

д) Положение о Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики согласно Приложению N 5 к настоящему Приказу;

2. Руководителям государственных лечебно-профилактических учреждений:

а) организовать работу медико-этической комиссии, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии в соответствии с требованиями настоящего Приказа;

б) представлять аналитические записки о работе комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии;

в) организовывать взаимодействие и обеспечивать передачу информации между медико-этической, лечебно-контрольной и комиссией по изучению летальных исходов в соответствии с требованиями настоящего Приказа;

г) информировать Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики о необходимости проведения заседания республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии и обеспечивать передачу необходимых материалов в соответствии с требованиями настоящего Приказа.

д) обеспечивать в работе медико-этической комиссии, комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольной комиссии и республиканской лечебно-диагностической комиссии главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики в соответствии с требованиями настоящего Приказа.

3. Ответственность за исполнение приложений N 1, N 2, N 3, N 4

к настоящему Приказу возложить на руководителей государственных лечебно-профилактических учреждений.

4. Ответственность за исполнение Приложения N 5 к настоящему Приказу возложить на председателя республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

5. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

6. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

Заместитель Председателя Правительства-  
министр

А. ЦУРКАН

г. Тирасполь  
9 октября 2019 г.  
N 722

Приложение N 1 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 9 октября 2019 года N 722

Положение  
о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской  
деятельности

## 1. Общие положения

1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - контроля качества медицинской помощи) является обеспечение получения медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в лечебно-профилактических учреждениях на основе требований, установленных действующим законодательством к оказанию медицинской помощи, а также требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

2. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

а) проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;

б) выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;

в) регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;

г) оценка выводов о качестве медицинской помощи, оказываемой населению в лечебно-профилактическом учреждении;

д) анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении;

е) подготовка предложений и мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

3. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи в лечебно - профилактическом учреждении разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи, такие как:

а) принятие главным врачом лечебно-профилактического учреждения

управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышения качества и эффективности оказываемой медицинской помощи;

б) планирование мероприятий, направленных на:

1) устранение возникновения причин дефектов медицинской помощи;

2) повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи;

3) совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи.

в) осуществление контроля над реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

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

а) качество медицинской помощи – система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному.

б) контроль качества медицинской помощи – определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленным на данный период требованиям и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов;

в) экспертиза качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;

г) дефекты медицинской помощи – действие или бездействие медицинского персонала, несоответствующее обязательным требованиям по предоставлению медицинской помощи (медицинской услуги), предусмотренным действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики; нарушение требований безопасности медицинской услуги; несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, выразившееся в причинении вреда жизни и здоровью пациентов; неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг; нарушение правил оформления медицинской документации;

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

## 2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи

5. Контроль качества медицинской помощи проводится во всех лечебно-профилактических учреждениях, в соответствии с критериями качества медицинской помощи, утвержденными настоящим Положением.

6. Контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами, ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи, назначенные приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения (далее – ответственные за проведение контроля).

7. Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трехуровневой системе:

а) первый уровень контроля осуществляют заведующие структурными подразделениями;

б) второй уровень контроля осуществляют заместители главного врача по медицинской части лечебно-профилактического учреждения;

в) третий уровень контроля осуществляют контрольные комиссии лечебно-профилактического учреждения и комиссии, функционирующие при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики

(медико-этические комиссии, лечебно-контрольные комиссии и Республиканская лечебно-диагностическая комиссия).

8. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в лечебно-профилактическом учреждении, независимо от: источника финансирования оказанной медицинской помощи; должности и квалификации работника, оказывавшего медицинскую помощь; диагноза, возраста пациента, оформления медицинских документов и других факторов.

9. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, карте вызова скорой медицинской помощи, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

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

11. Ответственные за проведение контроля несут персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с законодательством Приднестровской Молдавской Республики и должностными обязанностями медицинских работников.

### 3. Уровни контроля качества медицинской помощи

12. Лечащий врач в процессе лечения пациента оценивает в первичной медицинской документации состояние здоровья пациента и обосновывает показания к амбулаторному или стационарному этапу лечения; планирует конечный результат лечения с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и сроков лечения при различных заболеваниях или травмах, с учетом требований и порядков оказания медицинской помощи, установленных нормативными правовыми актами исполнительного органа государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

13. Заведующие структурными подразделениями лечебно-профилактического учреждения осуществляют постоянный контроль над выполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса, длительности амбулаторного лечения и госпитализации (первый уровень контроля качества медицинской помощи);

14. Заведующие структурными подразделениями лечебно-профилактического учреждения осуществляют текущий контроль качества оказания медицинской помощи путем проведения оценки качества и объема медицинской помощи пациентам на всех сроках лечения с обязательным личным осмотром пациента в тяжелом состоянии и записью в первичной медицинской документации.

15. Заместители главного врача по медицинской части осуществляют оценку качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту конкретными специалистами, конкретными подразделениями (второй уровень контроля качества медицинской помощи).

16. Обязательному контролю качества оказания медицинской помощи заместителями главного врача подлежат:

а) все случаи смерти в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста в стационаре (на дому);

б) случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

в) случаи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

17. Каждый случай, подлежащий контролю качества медицинской помощи, указанный в пункте 16 настоящего Положения, подлежит рассмотрению и вынесению экспертной оценки на соответствующих

контрольных комиссиях лечебно-профилактического учреждения, которые составляют третий уровень контроля качества медицинской помощи:

- а) медико-этическая комиссия;
- б) комиссия по изучению летальных исходов;
- в) лечебно-контрольная комиссия.

18. Результаты контроля качества медицинской помощи, проведенные на первом и втором уровнях контроля, выносятся на заседание соответствующей контрольной комиссии лечебно-профилактического учреждения для принятия административных решений.

19. Главные врачи лечебно-профилактических учреждений не позднее 10 числа месяца следующего за отчетным кварталом составляют и представляют в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики отчет о результатах контроля качества медицинской помощи.

20. Отчет о результатах контроля качества медицинской помощи, представляемый в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, должен отражать:

- а) отчетный период;
- б) объемы проведенного контроля качества медицинской помощи;
- в) количество пролеченных больных;
- г) количество проведенных экспертиз;
- д) количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
- е) процент экспертиз с выявленными дефектами среди всех случаев экспертиз;
- ж) процент экспертиз с выявленными дефектами с летальными исходами;
- з) структура дефектов медицинской помощи по их видам;
- и) дефекты диагностических мероприятий;
- к) дефекты оформления диагноза;
- л) дефекты лечебно-профилактических мероприятий;
- м) дефекты преемственности этапов;
- н) дефекты оформления медицинской документации;
- о) предложения по устранению выявленных дефектов;
- п) краткие сведения о мерах, принятых ответственным лицом за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи;
- р) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

#### 4. Критерии качества медицинской помощи

21. При проведении экспертизы качества медицинской помощи уточняется наличие или отсутствие дефектов оказанной или оказываемой медицинской помощи на всех её этапах.

22. Оказание медицинской помощи пациенту осуществляется в соответствующей последовательности этапов:

- а) этап сбора информации - оцениваются уровень и объемы клинического, лабораторного, инструментального обследований, консультации специалистов в течение всего срока пребывания на лечении, динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациента лечащим врачом (объем, качество, показания, своевременность и обоснованность, наличие выводов по оценке состояния и коррекции медицинской помощи).
- б) этап постановки диагноза - оценивается формулировка, содержание, рубрификация и время постановки клинического и заключительного диагнозов;
- в) этап лечения - оценивается обоснованность, достаточность, своевременность, правильность применения и описания примененных способов, методов и средств лечения (хирургических, медикаментозных и других);
- г) этап преемственности - оценивается обоснованность выбранного этапа и длительности лечения, обоснованность и своевременность

перевода на другой этап лечения, информационное обеспечение о проведенных исследованиях, лечении на данном этапе и рекомендации для следующего этапа.

23. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

а) своевременность оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

б) объем оказания медицинской помощи – отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

в) преемственность оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями, медицинскими работниками) медицинской организации;

г) соблюдение медицинских технологий – отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

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

е) эффективность оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

24. Критерии оценки качества медицинской помощи используются ответственными лицами за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи.

25. На каждый случай экспертной оценки качества медицинской помощи с выявленными дефектами ее оказания заполняется экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи) (далее – экспертное заключение) согласно Приложению N 1 к настоящему Положению.

26. Экспертное заключение заполняется заведующим структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, заместителем главного врача по медицинской части. Экспертное заключение направляется в соответствующие контрольные комиссии лечебно-профилактического учреждения.

27. Формулировка экспертного заключения включает резюмирующую часть с кратким описанием наиболее значимых дефектов.

28. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи с выявленными дефектами регистрируются заместителем главного врача по медицинской части в журнале оценки качества медицинской помощи по форме, установленной Приложением N 2 к настоящему Положению.

29. Журнал оценки качества медицинской помощи хранится в лечебно-профилактическом учреждении 3 (три) года.

30. Контроль над реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи осуществляется главным врачом лечебно – профилактического учреждения.

Приложение N 1 к Положению  
о порядке внутреннего контроля качества  
и безопасности медицинской деятельности

Экспертное заключение N \_\_\_\_\_  
(протокол оценки качества медицинской помощи)

Медицинская карта (амбулаторного/стационарного) больного

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента

\_\_\_\_\_  
Дата рождения пациента \_\_\_\_\_  
Адрес пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Наименование медицинской организации (структурного  
подразделения), в котором оказана медицинская помощь

\_\_\_\_\_  
Длительность лечения (к/дни) \_\_\_\_\_

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ к/д. \_\_\_\_\_

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ к/д. \_\_\_\_\_

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ к/д. \_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы  
качества медицинской помощи: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение,  
смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию  
(куда), другое

Операция \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Диагноз клинический заключительный:

Основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Диагноз патологоанатомический:

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум).

Обоснование дефектов в сборе информации:

---

---

---

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

Обоснование дефектов в диагнозе:

---

---

---

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

Обоснование дефектов в лечении:

---

---

---

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

Обоснование дефектов в преемственности лечения:

---

---

---

Экспертное заключение качества медицинской помощи:

---

---

---

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ДЕФЕКТЫ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Представитель медицинской организации:

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О., дата подписания)

Эксперт качества  
медицинской помощи:

М.П.

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О., дата подписания)

Приложение N 2 к Положению  
о порядке внутреннего контроля качества  
и безопасности медицинской деятельности

Журнал оценки качества медицинской помощи

N п/п	Дата экспертизы	ФИО пациента	Дата рождения	Адрес пациента	Структурное подразделение	Количество к/дней	Экспертное заключение

Приложение N 2 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 9 октября 2019 года N 722

Положение  
о медико-этической комиссии

1. Общие положения

1. Медико-этическая комиссия (далее – МЭК) создается при лечебно-профилактическом учреждении для осуществления контроля и оценки соблюдения медицинскими работниками норм профессиональной этики и деонтологии во взаимоотношениях с коллегами и пациентами, для рассмотрения конфликтных ситуаций, относящихся к сфере этики и служебного поведения работников учреждения здравоохранения.

2. МЭК является совещательным органом при лечебно-профилактическом учреждении.

3. В своей работе МЭК руководствуется требованиями действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики и настоящим Положением.

4. Для целей настоящего Положения используются следующие понятия:

а) медицинская этика – учение о морали, нормах нравственного поведения и общественном долге медицинского работника;

б) медицинская деонтология – учение о правовых, профессиональных и моральных аспектах, обязанностях и правилах поведения медицинского работника по отношению к больному.

5. Персональный состав МЭК утверждается приказом главного врача сроком на 1 (один) год.

6. В состав МЭК входят представители администрации лечебно-профилактического учреждения, медицинские работники учреждения с высшим и средним медицинским образованием, председатель профсоюзного комитета, юристконсульт и представитель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

7. Председателем МЭК является главный врач учреждения, заместителем председателя – заместитель главного врача по медицинской части.

2. Цели и задачи медико-этической комиссии

8. Основными целями работы МЭК являются:

а) сохранение и развитие моральных, этических и деонтологических принципов медицинской деятельности;

б) повышение уровня ответственности медицинских работников перед населением;

в) формирование гармоничных отношений между работником системы

здравоохранения и пациентом;

г) решение проблемных ситуаций на уровне лечебно-профилактического учреждения, не доводя их до судебных разбирательств.

9. В задачи МЭК входит:

а) пропаганда и соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии;

б) сохранение профессионального авторитета медицинских работников;

в) содействие в создании условий неукоснительного соблюдения принципов медицинской этики;

г) рассмотрение конфликтных ситуаций, относящихся к сфере профессиональной этики;

д) защита прав пациента;

е) защита прав медицинского работника и иных сотрудников учреждений системы здравоохранения.

10. Рассмотрение преимуществ и недостатков применяемых методов диагностики, лечения и реабилитации, качества медицинской помощи – не являются предметом для обсуждения на заседаниях МЭК, если это не повлекло за собой этические и деонтологические конфликты.

11. Медицинские работники должны избегать необоснованных конфликтов во взаимоотношениях с пациентами, их родственниками или их законными представителями. В случае возникновения разногласий медицинские работники должны стремиться к их конструктивному решению, в случае невозможности последнего одна из сторон имеет право направить в МЭК лечебно-профилактического учреждения письменное заявление о рассмотрении конкретного случая нарушения принципов этического поведения.

### 3. Порядок работы медико-этической комиссии

12. МЭК рассматривает все случаи межличностных конфликтов, произошедших в течение последнего месяца при обращении гражданина за помощью в лечебно-профилактическое учреждение, между сотрудниками медицинского учреждения, пациентами, их родственниками и иными заинтересованными лицами (обращение юридических лиц, органов государственной власти и местного самоуправления, средств массовой информации, правоохранительных органов, общественных объединений и иных источников).

13. МЭК рассматривает каждый отдельный случай нарушения этики и деонтологии на основании письменного заявления на имя руководителя лечебно-профилактического учреждения.

14. Председатель МЭК инициирует проведение служебного расследования по фактам, отраженным в заявлении, с целью сбора объективной информации.

15. Председатель МЭК вправе запрашивать необходимую медицинскую документацию, при разборе конфликтного случая и приглашать для участия в заседаниях комиссии иных специалистов и свидетелей. Пациенты, их законные представители или их родственники приглашаются на заседание комиссии в том случае, если это может способствовать разрешению этической проблемы.

16. МЭК состоит из председателя и членов комиссии в количестве не менее 7 (семи) человек (медицинские работники с высшим и средним медицинским образованием, председатель профсоюзного комитета, юрисконсульт, представитель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики). Члены комиссии участвуют в заседании лично без права замены.

17. Председатель организует и руководит работой комиссии, назначает дату и время заседаний, несет персональную ответственность за правильную организацию работы комиссии, за экспертную обоснованность принимаемых решений и выносимых заключений.

18. На время отсутствия председателя МЭК его обязанности выполняет заместитель председателя.

19. Заседания МЭК проводятся по мере необходимости. МЭК обязана рассмотреть заявление в срок не более 1 (одного) месяца со дня его поступления в лечебно-профилактическое учреждение.

20. На заседании МЭК ведется протокол по форме согласно Приложению к настоящему Положению, который подписывается председателем, секретарем и всеми членами МЭК.

21. Организацию заседаний МЭК, оформление протоколов обеспечивает секретарь комиссии.

22. Решение МЭК правомерно, если на его заседании присутствуют не менее 2/3 его членов. Комиссия принимает решение путем открытого голосования. Решение считается принятым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии. Копия решения МЭК в течение пяти рабочих дней направляется заявителю.

23. По результатам рассмотрения конфликтного случая комиссия может вынести одно из следующих решений:

а) в действиях медицинского работника нарушений норм профессиональной этики, деонтологии и служебного поведения не установлено;

б) указать медицинскому работнику на допущенное нарушение и предупредить о недопустимости нарушений профессиональной этики, деонтологии и служебного поведения;

в) рекомендовать главному врачу лечебно-профилактического учреждения применить к нарушителю дисциплинарное взыскание;

г) рекомендовать проведение лечебно-контрольной комиссии, если нарушения в этике и деонтологии, допущенные медицинским работником, повлияли на ход лечебно-диагностического процесса;

д) если действия пациента, его законных представителей и (или) родственников, носили характер, унижающий честь и достоинство сотрудника лечебно-профилактического учреждения, было допущено физическое насилие в отношении персонала лечебно-профилактического учреждения МЭК вправе рекомендовать руководству и/или сотруднику лечебно-профилактического учреждения обратиться в правоохранительные органы в порядке, установленном действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

24. Решение о привлечении к дисциплинарной ответственности (либо без такового) работников лечебно-профилактического учреждения принимается руководителем лечебно-профилактического учреждения в порядке, установленном трудовым законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Приложение к Положению  
о медико-этической комиссии

Протокол  
заседания медико-этической комиссии

\_\_\_\_\_

наименование лечебно-профилактического учреждения

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ \_\_\_\_

Присутствовали:

Председатель \_\_\_\_\_

Заместитель председателя \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_

Участники: \_\_\_\_\_  
Приглашенные: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Повестка заседания:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Слушали:  
Вопрос  
1: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Докладчик: \_\_\_\_\_  
Выступили: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рассмотрели  
материалы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Принятые решения:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Председатель:	_____	_____
	подпись	ФИО
Заместитель председателя:	_____	_____
	подпись	ФИО
Члены комиссии:	_____	_____
	подпись	ФИО
	_____	_____
	подпись	ФИО
Секретарь:	_____	_____
	подпись	ФИО

Приложение N 3 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 9 октября 2019 года N 722

Положение  
о комиссии по изучению летальных исходов

1. Общие положения

1. Комиссия по изучению летальных исходов (далее - КИЛИ) создается во всех государственных лечебно-профилактических учреждениях и является коллегиальным и совещательным органом контроля качества лечебно-диагностического процесса при анализе летальных исходов в лечебно-профилактических учреждениях, при оказании медицинской помощи.

2. КИЛИ является комиссией при лечебно-профилактическом учреждении, предназначенной для коллегиального обсуждения и анализа качества лечебно-диагностического процесса наступления летального исхода.

3. Персональный состав КИЛИ утверждается приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения.

4. Основными задачами КИЛИ являются:

- а) изучение каждого случая летального исхода в лечебно-профилактическом учреждении при оказании медицинской помощи;
- б) изучение своевременности и правильности проведения лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах заболевания, а также качества ведения медицинской документации в отношении пациента, смерть которого наступила в лечебно-профилактическом учреждении;
- в) выявление и оценка дефектов в проведении лечебно-диагностических мероприятий, на всех этапах оказания медицинской помощи пациенту, смерть которого наступила в лечебно-профилактическом учреждении;
- г) установление причин дефектов, допущенных в лечебно-диагностическом процессе;
- д) планирование мероприятий, направленных на предупреждение в дальнейшем повторения выявленных дефектов в лечебно-диагностическом процессе;
- е) представление случаев, имеющих научно-практический интерес, для рассмотрения на патологоанатомических конференциях.

5. Предметом анализа КИЛИ являются:

- а) в стационарах:
  - 1) соответствие заключительного клинического диагноза диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием;
  - 2) в случаях совпадения диагнозов проводится анализ своевременности установления диагноза основного заболевания и его важнейших осложнений, адекватности проводившегося лечения, качества ведения медицинской документации;
  - 3) при расхождении клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов выясняются причины несовпадения, категории расхождения, в порядке, установленном пунктом 14 настоящего Положения.
- б) в амбулаторно-поликлинических учреждениях:
  - 1) соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, установленной врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного;
  - 2) дефекты лечебно-диагностического процесса, выявленные при патологоанатомическом или судебно-медицинском исследовании: своевременность и достоверность прижизненной диагностики, адекватность лечения, проводившегося врачами данного лечебно-профилактического учреждения, своевременность направления больного на госпитализацию.
  - 3) качество оформления поликлинической медицинской документации, в том числе бланка направления умершего больного на патологоанатомическое исследование;
  - 4) соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным лечебно-профилактическим учреждением.

6. Председатель КИЛИ организует и руководит работой комиссии, назначает дату и время заседаний, несет персональную ответственность за правильную организацию работы комиссии, за экспертную обоснованность принимаемых решений и выносимых заключений.

7. В состав КИЛИ входят председатель - заместитель главного врача лечебно-профилактического учреждения по медицинской части, постоянные члены - заведующие структурными подразделениями лечебно-профилактического учреждения. Участие в работе комиссии, всех приглашенных на заседание, обязательно. На заседание КИЛИ при необходимости приглашаются врачи - консультанты из других лечебно-профилактических учреждений и главные внештатные специалисты.

8. Секретарь КИЛИ своевременно оповещает участников КИЛИ о времени очередного заседания, ведет журнал регистрации заседаний КИЛИ. Протокол заседания КИЛИ ведет секретарь по форме согласно Приложению N 1 к настоящему Положению.

## 2. Порядок работы КИЛИ

9. Заседание КИЛИ назначается не позднее 30 дней после наступления летального исхода.

10. Медицинская документация умерших, с целью рецензирования, не позднее, чем за 7 дней до заседания распределяется председателем КИЛИ между постоянными членами комиссии. В случае необходимости для рецензирования могут привлекаться и другие сотрудники лечебно-профилактического учреждения.

11. На заседании КИЛИ врач - патологоанатом (судебно-медицинский эксперт) информирует комиссию о результатах патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия. Если вскрытие не производилось, случай докладывает рецензент, который отмечает особенность течения заболевания, уровень диагностики и лечения, качество оформления медицинской документации и вносит предложения, направленные на устранение выявленных дефектов. При наличии ятрогенной патологии и дефектов прижизненной диагностики излагает свою точку зрения на причины их возникновения и значимость для наступившего летального исхода.

12. Отсутствие расхождений диагноза у врача патологоанатома и рецензента на оценку качества диагностики и лечения, а также отсутствия у членов КИЛИ аргументированных возражений, обсуждение случая завершается фиксированием принятого решения в журнале КИЛИ.

13. При наличии расхождений у врачей патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов и рецензента в оценке качества диагностики и лечения, рассмотрение спорного случая летального исхода переносится на рассмотрение лечебно-контрольной комиссии.

14. В случаях расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов устанавливаются следующие категории расхождений диагнозов:

а) первая категория - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей;

б) вторая категория - в данном лечебно-профилактическом учреждении правильный диагноз был возможен, однако заболевание не распознано в связи с объективными или субъективными причинами, при этом дефект диагностики существенно не повлиял на судьбу больного;

в) третья категория - неправильная диагностика повлекла за собой дефект врачебной тактики, что сыграло решающую роль в летальном исходе.

15. При констатации расхождений все случаи дефектов клинической диагностики, отнесенных к III категории после их выявления, на заседании КИЛИ передаются для рассмотрения на лечебно-контрольной комиссии.

16. На заседании КИЛИ принимается решение о рассмотрении конкретных случаев смерти для разбора на клиничко-патологоанатомических конференциях.

17. Результаты работы КИЛИ регистрируются в журнале КИЛИ, где отмечаются даты заседаний, состав присутствующих, номер медицинского документа и протоколов вскрытия умерших.

18. По каждому случаю, разобранному на КИЛИ, заполняется Карта случая расхождения клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза (далее - Карта расхождения) согласно Приложению N 2 к настоящему Положению. Карта расхождения вклеивается секретарем КИЛИ в медицинскую документацию (история болезни, медицинская карта).

19. Председатель КИЛИ на очередном заседании комиссии информирует ее членов о мерах, принятых администрацией лечебно-профилактического учреждения по материалам предшествовавшего заседания КИЛИ.

20. При выявлении грубых дефектов диагностики и лечения, допущенных на предыдущих этапах в другом лечебно-профилактическом

учреждении, председатель КИЛИ информирует администрацию этого лечебно-профилактического учреждения о результатах комиссионного разбора.

21. Председатель КИЛИ ежеквартально и по итогам года проводит анализ работы КИЛИ.

22. Аналитическая записка о работе КИЛИ составляется главным врачом лечебно-профилактического учреждения и ежегодно представляется в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики при сдаче годового отчета.

Приложение N 1 к Положению  
о комиссии по изучению  
летальных исходов

Протокол  
заседания комиссии по изучению летальных исходов

наименование лечебно-профилактического учреждения

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

N \_\_\_\_

Присутствовали:

Председатель \_\_\_\_\_

Заместитель председателя \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_

Приглашенные: \_\_\_\_\_

Повестка заседания:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Слушали:

\_\_\_\_\_

Выступили:

\_\_\_\_\_

Рассмотрели материалы:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Председатель:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заместитель председателя:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члены комиссии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Секретарь:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приложение N 2  
к Положению о комиссии по изучению  
летальных исходов медицинской документации

Карта случая расхождения клинического и патологоанатомического  
(судебно-медицинского) диагноза

N п/п	Дата заседания КИЛИ	
1.	ФИО	
2.	Пол	
3.	Возраст	лет
4.	В случае смерти в стационаре	Дата поступления в медицинскую организацию: "___"_____20__г.
		Дата смерти: "___"_____20__г.
5.	В случае смерти на дому:	Дата последнего визита участкового терапевта к пациенту: "___"_____20__г. Дата последней госпитализации: "___"_____20__г.
		Дата смерти "___"_____20__г.
	Краткий анамнез заболевания, основные клинические, лабораторные и инструментальные данные	
7.	Заключительный клинический диагноз	
8.	Заключительный патолого-анатомический (судебно-медицинский) диагноз	
9.	Категория расхождения заключительного и патолого-анатомического (судебно-медицинского) диагноза	категория
10.	Причины расхождения диагнозов	
11.	Дефекты оказания медицинской помощи	

Председатель КИЛИ \_\_\_\_\_ ФИО Подпись

Секретарь КИЛИ \_\_\_\_\_ ФИО Подпись

Печать лечебно-профилактического учреждения

Приложение N 4 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 9 октября 2019 года N 722

Положение  
о лечебно-контрольной комиссии

1. Общие положения

1. Лечебно-контрольная комиссия (далее - ЛКК) создается в государственном лечебно-профилактическом учреждении на основании ежегодного приказа главного врача и является органом оперативного контроля состояния лечебно-диагностического процесса, организации медицинской помощи населению.

2. ЛКК является коллегиальным и совещательным органом лечебно-профилактического учреждения и предназначена для обсуждения и анализа качества лечебно-диагностического процесса.

3. Руководство деятельностью ЛКК лечебно-профилактического учреждения осуществляется председателем комиссии.

4. Председателем ЛКК является главный врач лечебно-профилактического учреждения, заместителем председателя – заместитель главного врача по профилю, секретарем комиссии – один из врачей данного лечебно-профилактического учреждения. Состав ЛКК назначается из числа заведующих отделениями, врачей с квалификационной категорией не ниже первой, профессорско-преподавательского состава медицинского факультета Государственного образовательного учреждения "Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко".

5. ЛКК в своей работе руководствуется требованиями действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики и настоящим Положением.

## 2. Основные задачи ЛКК

6. На заседаниях ЛКК обсуждаются случаи грубого нарушения лечебно-диагностического процесса и летальных исходов, требующие более глубокого изучения и анализа, при необходимости с привлечением консультантов. На основании проведенного анализа ЛКК принимает решения, позволяющие администрации лечебно-профилактического учреждения оперативно решать вопросы организационного характера, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и предотвращение повторных дефектов при оказании медицинской помощи.

7. На ЛКК рассматриваются случаи оказания медицинской помощи, завершившиеся летальным исходом или без такового. Заседания комиссии проводятся не позднее 1 (одного) месяца после выявления объекта анализа ЛКК.

8. Объектами анализа ЛКК являются:

а) случаи оказания медицинской помощи, определенные в результате работы комиссии по изучению летальных исходов для рассмотрения на ЛКК;

б) случаи перинатальной (антенатальной и интранатальной) и детской смертности;

в) материнская смертность;

г) случаи смерти больных на операционном столе после инвазивных манипуляций и исследований, а также после переливания крови и заместительных растворов;

д) ятрогенные осложнения, обусловленные неадекватными, дефектными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся причиной летального исхода;

е) грубые лечебно-диагностические дефекты при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной);

ж) своевременно не диагностированные инфекционные заболевания;

з) случаи грубых нарушений в назначении и использовании лечебно-диагностических методов и средств;

и) случаи серьезных дефектов в оформлении медицинской документации;

к) случаи, оставшиеся спорными после их обсуждения на заседаниях комиссии по изучению летальных исходов;

л) случаи, рекомендованные к рассмотрению медико-этической комиссией.

## 3. Порядок работы ЛКК

9. Председатель ЛКК осуществляет общее руководство работой ЛКК, определяет время и место заседания, состав ее участников, повестку заседания и назначает рецензентов. В отдельных случаях, по указанию

главного врача лечебно-профилактического учреждения, эти функции может выполнять заместитель главного врача по медицинской части.

10. Секретарь ЛКК заблаговременно, но не позже, чем за 3 (три) рабочих дня, оповещает постоянных и приглашенных участников разбора о времени и месте проведения ЛКК, повестке заседания, передает рецензентам не позже, чем за 7 (семь) рабочих дней, всю информацию и документацию, необходимую для проведения разбора. Секретарь ЛКК ведет протокол заседания ЛКК согласно Приложению к настоящему Положению.

11. Рецензент, назначенный для анализа конкретного клинического случая, письменно представляет аналитическое заключение, а также может прилагать краткую литературную справку по профилю рассматриваемого случая.

12. Рецензентами могут являться врачи данного лечебно-профилактического учреждения, профессорско-преподавательский состав медицинского факультета Государственного образовательного учреждения "Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко" и соответствующие специалисты из других лечебно-профилактических учреждений, не имеющие отношения к оказанию медицинской помощи рассматриваемого случая.

13. Рецензентами могут являться врачи с квалификационной врачебной категорией не ниже первой.

14. На заседании ЛКК клиническую часть анализируемого наблюдения докладывают врачи, имевшие отношения к оказанию медицинской помощи рассматриваемого случая, патологоанатомическую – врач – патологоанатом или судебно-медицинский эксперт. Письменные доклады прилагаются к протоколу ЛКК.

15. По итогам обсуждения каждого случая комиссия формулирует заключение и решение. Принятие заключения и решения определяется путем открытого голосования. В голосовании участвуют председатель ЛКК, заместитель председателя ЛКК и все члены комиссии. Секретарь комиссии в голосовании не участвует. В случаях несогласия одного из голосующих с итогами заседания комиссии в протоколе должно быть отражено его особое мнение.

16. Решение ЛКК правомерно, если на заседании комиссии присутствуют не менее 2/3 его состава.

17. При обсуждении случаев расхождения диагнозов ЛКК дает заключение по следующим вопросам:

- а) причины расхождения (объективные, субъективные);
- б) значение расхождения для исхода заболевания;
- в) значение расхождения для выбора тактики ведения больного;
- г) категория расхождения диагнозов.

18. При анализе случаев смерти больных во время операции или в раннем послеоперационном периоде ЛКК дает заключение по следующим вопросам:

- а) наличие показаний к оперативному вмешательству (относительные, абсолютные);
- б) правильность выбора тактики оперативного вмешательства;
- в) удовлетворительность техники оперативного вмешательства;
- г) адекватность обследования и терапии в до- и послеоперационном периодах;
- д) своевременность выявления послеоперационных осложнений;
- е) значение выявленных недостатков для исхода заболевания.

19. При обсуждении случаев смерти больных в результате острых состояний дополнительно обсуждаются вопросы:

- а) своевременность госпитализации;
- б) своевременность диагностики;
- в) адекватность терапии;
- г) своевременность оперативного вмешательства;
- д) причина отсутствия оперативного вмешательства при острой хирургической патологии.

20. При анализе случаев ятрогенной патологии ЛКК устанавливает: вид ятрогении (медикаментозная, инструментально-диагностическая,

хирургическая, наркозно-анестезиологическая, связанная с неисправностью технических средств, трансфузионно-инфузионная, септическая, лучевая, интенсивной терапии и реанимации, профилактических мероприятий, информационная, прочая); причины и условия возникновения ятрогении.

21. В ситуациях, когда предметом рассмотрения на ЛКК являются спорный случай летального исхода, проводится его всестороннее обсуждение. При достижении согласия голосующих заключение ЛКК по данному случаю считается окончательным и фиксируется в протоколе заседания. Если согласие не достигнуто, случай передается для обсуждения на Республиканскую лечебно-диагностическую комиссию, что также фиксируется в протоколе работы ЛКК.

22. Решения ЛКК, направленные на предупреждение дефектов в работе и способствующие повышению качества и эффективности медицинской помощи, а также по привлечению к дисциплинарной ответственности работников лечебно-профилактического учреждения за неисполнение или ненадлежащее исполнение должностных обязанностей, носят рекомендательный характер. Решения доводятся до сведения персонала данного лечебно-профилактического учреждения на врачебной конференции, в случаях, когда медицинская помощь оказывалась несколькими лечебно-профилактическими учреждениями, - до администрации заинтересованных лечебно-профилактических учреждений.

23. Решение о привлечении к дисциплинарной ответственности (либо без такового) работников лечебно-профилактического учреждения принимается руководителем лечебно-профилактического учреждения в порядке, установленном трудовым законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

24. Секретарь ЛКК осуществляет хранение протоколов и материалов заседаний комиссии в течение 3 (трех) лет.

25. Главный врач ежегодно при сдаче годового отчета работы лечебно-профилактического учреждения подготавливает и представляет в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики аналитическую записку о работе ЛКК.

Приложение к Положению  
о лечебно-контрольной комиссии

Протокол  
заседания лечебно-контрольной комиссии

\_\_\_\_\_

наименование лечебно-профилактического учреждения

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ \_\_\_\_

Присутствовали:

Председатель \_\_\_\_\_

Заместитель председателя \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_

Докладчики: \_\_\_\_\_

Рецензент \_\_\_\_\_

Приглашенные: \_\_\_\_\_

Протокол ведется в форме цитат высказываний всех участников

заседания с указаниями фамилий.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**РЕШЕНИЕ:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Председатель:

\_\_\_\_\_

подпись	_____	ФИО
---------	-------	-----

Заместитель председателя:

\_\_\_\_\_

подпись	_____	ФИО
---------	-------	-----

Члены комиссии:

\_\_\_\_\_

подпись	_____	ФИО
---------	-------	-----

\_\_\_\_\_

подпись	_____	ФИО
---------	-------	-----

\_\_\_\_\_

подпись	_____	ФИО
---------	-------	-----

Секретарь:

\_\_\_\_\_

подпись	_____	ФИО
---------	-------	-----

Приложение N 5 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 9 октября 2019 года N 722

**Положение**

о Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии  
Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики

**1. Общие положения**

1. Положение о Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии (далее - РЛДКК) определяет статус комиссии и порядок ее деятельности.

2. РЛДКК является коллегиальным и совещательным органом при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики и предназначена для обсуждения и анализа качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов в случаях:

- а) материнской смертности;
- б) антенатальной и интранатальной смертности;
- в) детской смертности;
- г) спорные и сложные случаи летального исхода, не нашедшие разрешения на уровне лечебно-контрольной комиссии лечебно-профилактического учреждения (далее - ЛПУ);
- д) летального исхода заболевания, вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- е) высокие показатели летальности в отдельно взятом лечебно-профилактическом учреждении по отдельным нозологическим группам.

3. Комиссия в своей работе руководствуется действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики, а также настоящим Положением.

## 2. Основные задачи

4. Основными задачами РЛДКК являются:

а) изучение медицинской документации и коллегиальное обсуждение анализируемых случаев, выявление дефектов и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой ненадлежащее оказание медицинской помощи или снижение эффективности медицинской помощи конкретному пациенту;

б) определение наиболее рациональных управленческих решений по результатам анализа случая с целью создания наиболее оптимального и эффективного лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактическом учреждении.

## 3. Основные функции

5. Для реализации возложенных задач РЛДКК выполняет следующие функции:

а) осуществляет выборочный отбор случаев для анализа;

б) организует проведение анализа медицинской документации, запрашивает и получает в установленные сроки от руководителей лечебно-профилактических учреждений материалы, необходимые для рассмотрения конкретного случая;

в) проводит анализ выявленных дефектов оказания медицинской помощи пациенту и других факторов, повлиявших на оказание медицинской помощи пациенту;

г) готовит предложения для принятия мер дисциплинарного взыскания, а так же рекомендации руководителям лечебно-профилактических учреждений, направленные на предупреждение дефектов в работе и способствующие повышению качества и эффективности медицинской помощи;

д) доводит принятые решение РЛДКК до руководителей лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих помощь населению для принятия своевременных управленческих решений, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи;

е) осуществляет контроль за реализацией принятых решений;

ж) обсуждает по предложению председателя РЛДКК иные вопросы, относящиеся к сфере здравоохранения.

## 4. Организация и порядок работы РЛДКК.

6. Состав РЛДКК утверждается приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики. Председателем комиссии является один из заместителей министра здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики по медицинским вопросам. Членами комиссии назначают наиболее опытных врачей лечебно-профилактических учреждений, главных внештатных специалистов и представителей Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, профессорско-преподавательский состав медицинского факультета Государственного образовательного учреждения "Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко".

7. В состав РЛДКК входит председатель комиссии, заместитель председателя комиссии и ее члены. В отсутствие председателя комиссии его обязанности исполняет заместитель председателя комиссии.

8. Руководство РЛДКК осуществляет председатель, который определяет направления работы РЛДКК, организует ее работу, осуществляет общий контроль за реализацией принятых решений, распределяет обязанности между членами комиссии и экспертами.

9. Рецензентами могут быть врачи, соответствующие предмету разбора случая, с квалификационной категорией не ниже первой, и профессорско-преподавательский состав медицинского факультета Государственного образовательного учреждения "Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко".

10. Заседания РЛДКК проводятся по мере необходимости.

11. Председатель РЛДКК на основании поступающей в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики информации о случаях, указанных в пункте 2 настоящего Положения, назначает время и место заседания комиссии, определяет участников заседания и рецензентов.

12. Секретарь комиссии запрашивает медицинскую документацию по отобранному для рассмотрения случаям и передает их на рецензию. Рецензенты представляют в РЛДКК информацию на анализируемый случай в письменном виде.

13. Члены РЛДКК извещаются секретарем о времени и месте заседания не позднее, чем за 3 (три) рабочих дня до проведения заседания.

14. Секретарь РЛДКК обеспечивает подготовку к заседанию комиссии, оформление решений, ведение, хранение документов и ведение протокола заседания согласно Приложению к настоящему Положению.

15. Участие в заседании РЛДКК сотрудников лечебно-профилактических учреждений, участвовавших в оказании медицинской помощи рассматриваемого случая, обязательно. При наличии уведомления лечебно-профилактического учреждения о невозможности по уважительным причинам заинтересованным представителям данной организации участвовать в заседании РЛДКК, рассмотрение случая оказания помощи без представителя лечебно-профилактического учреждения определяется путем обсуждения членами РЛДКК с последующим голосованием.

16. Заседание комиссии ведет Председатель, а при его отсутствии – заместитель Председателя.

17. На заседании РЛДКК клиническую часть анализируемого наблюдения докладывают сотрудники лечебно-профилактических учреждений, участвовавшие в оказании медицинской помощи рассматриваемого случая, патологоанатомическую – врач-патологоанатом или судебно-медицинский эксперт. Письменные доклады прилагаются к протоколу РЛДКК.

18. Рецензент письменно представляет аналитическое заключение и докладывает его на заседании РЛДКК. Рецензент вправе представлять краткую литературную справку по анализируемой тематике, информирует об основных особенностях каждого случая, установленных в ходе изучения медицинской документации, дефектах ведения больного и медицинской документации.

19. Комиссия после изучения представленной медицинской документации, заслушивания докладов лечащих врачей и рецензентов выносит решение.

20. Решение РЛДКК правомерно, если на его заседании присутствуют не менее 2/3 его членов. Комиссия принимает решение путем открытого голосования. Решение считается принятым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии. При равенстве голосов решающим является голос председательствующего на заседании.

21. Протокол подписывают все присутствующие на заседании члены РЛДКК и секретарь комиссии. Особое мнение члена Комиссии прилагается к решению заседания РЛДКК.

22. Решение РЛДКК направляется министру здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики и руководителю лечебно-профилактического учреждения, в котором произошел рассматриваемый случай.

23. Решение РЛДКК содержит рекомендации по принятию (либо без таковых) дисциплинарных, организационных и иных мер в лечебно-профилактических организациях, направленных на предупреждение возникновения аналогичных случаев лечебно-профилактическом учреждении. Решение о привлечении к дисциплинарной ответственности (либо без такового) работников лечебно-профилактического учреждения принимается руководителем лечебно-профилактического учреждения в порядке, установленном трудовым законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

24. Секретарь РЛДКК осуществляет хранение протоколов и

материалов заседаний РЛДКК в течение 5 (пяти) лет

25. РЛДКК несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимого анализа в соответствии с законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Приложение к Положению  
о республиканской лечебно-диагностической  
контрольной комиссии

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Протокол заседания  
Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_

Присутствовали:

Председатель \_\_\_\_\_

Заместитель председателя \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_

Докладчики: \_\_\_\_\_

Рецензент \_\_\_\_\_

Приглашенные: \_\_\_\_\_

Протокол ведется в форме цитат высказываний всех участников заседания с указаниями фамилий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Председатель:

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО

Заместитель председателя:

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО

Члены комиссии:

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО

Секретарь:

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО