



ЗАГАД

ПРИКАЗ

13.06.2014 № *674*

г. Мінск

г. Минск

О совершенствовании работы организаций здравоохранения по разбору летальных случаев и повышении качества анализа случаев смерти

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», с целью совершенствования работы организаций здравоохранения по разбору летальных случаев, а также повышения качества анализа случаев смерти пациентов

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение о прозекторском совете согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Состав республиканского прозекторского совета согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Инструкцию о порядке проведения клиничко-анатомической конференции согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Инструкцию о порядке проведения лечебно-контрольной комиссии согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Карту экспертной оценки качества оказания медицинской помощи пациенту, умершему в больничной организации здравоохранения согласно приложению 5 к настоящему приказу.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить контроль за проведением прозекторского совета, клиничко-

анатомических конференций, лечебно-контрольных комиссий в соответствии с утвержденными инструкциями.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Д.Л.Пиневича.

Министр



В.И.Жарко

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

ХЗ 06 2014 № 674

Положение о прозекторском совете

Прозекторский совет создается для комиссионного решения трудных, спорных вопросов патологоанатомической диагностики.

В состав республиканского прозекторского совета по предложению главного внештатного патологоанатома Министерства здравоохранения Республики Беларусь включаются наиболее квалифицированные врачи патологоанатомы. Состав республиканского прозекторского совета утверждается приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Республиканским прозекторским советом руководит председатель, главный внештатный патологоанатом Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Областной (городской) прозекторский совет создается приказом управления здравоохранения облисполкома (далее – УЗО) или комитетом по здравоохранению Мингорисполкома (далее – КЗ), в состав которого включаются наиболее квалифицированные врачи патологоанатомы области (города).

Работой областного (городского) прозекторского совета руководит председатель, являющийся главным внештатным патологоанатомом области (города).

Заседания прозекторского совета проводятся по мере необходимости (как в плановом, так и внеплановом порядке).

Делопроизводство прозекторского совета осуществляет секретарь совета. В обязанности секретаря совета входит:

- своевременное оповещение членов совета и приглашенных участников о дате, времени и месте проведения заседания, его повестке;
- ведение протокола заседания;
- подготовка проекта решения прозекторского совета.

Прозекторский совет может подразделяться на секции: секция детской патологии, секция биопсийных исследований, секция аутопсийных исследований и заседать как объединенно, так и по секциям.

Материал для разбора на областном (городском) прозекторском совете направляется заведующим патологоанатомическим отделением организации здравоохранения областного (городского) уровня, для разбора на республиканском прозекторском совете – главным внештатным патологоанатомом области (города), не позднее чем за 10

дней до заседания. В направлении должно быть указано, по какой причине материал направлен в прозекторский совет (сложность диагностики, расхождение мнений ведущих специалистов и др.).

Биопсийный материал направляется в виде готовых гистологических препаратов. Препараты должны быть окрашены гематоксилином и эозином, а также по всем необходимым в каждом отдельном случае методикам. На присланный материал в обязательном порядке заполняется биопсийная карта с полным изложением данных о пациенте. Для костных биопсий обязательно описание рентгенограмм (или сами рентгенограммы).

Секционный материал направляется в виде готовых гистологических препаратов, окрашенных по необходимым методикам, а также протокол вскрытия с клиническим эпикризом (выписка из медицинской документации).

В процессе заседания председательствующий, или член прозекторского совета, которому делегированы полномочия, знакомит членов прозекторского совета с материалами разбираемого случая, члены совета изучают гистологические препараты, делятся мнениями, после чего председательствующий на заседании предлагает формулировку заключения, которое принимается открытым голосованием. Принятая формулировка заключения вносится в протокол заседания. При наличии особого мнения у членов прозекторского совета оно также вносится в протокол. Протокол подписывается секретарем и председательствующим. Заключение отсылается в адрес направившей организации вместе с материалами данного случая.

Решение республиканского прозекторского совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь является окончательным и может быть пересмотрено лишь при наличии новых данных по разбираемому случаю.

В заседании прозекторского совета могут принимать участие приглашенные высококвалифицированные специалисты иных специальностей.

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

23 06 2014 № 679

Состав республиканского прозекторского совета

Председатель: Пучков А.Ф. - главный внештатный патологоанатом
Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Заместители:

Недзьведь М.К. - профессор кафедры патологической анатомии
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский
университет», д.м.н.

Рогов Ю.И. - заведующий курсом патологической анатомии
государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

Неровня А.М. – главный внештатный детский патологоанатом
Министерства здравоохранения Республики Беларусь, доцент кафедры
патологической анатомии учреждения образования «Белорусский
государственный медицинский университет», к.м.н.

Члены:

Корнев Н.В. - заместитель начальника учреждения здравоохранения
«Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска

Парховченко Э.И. - заведующий отделом биопсийных исследований
учреждения здравоохранения «Городское клиническое
патологоанатомическое бюро»

Лебецкий В.Г., заведующий отделением онкоморфологии
учреждения здравоохранения «Городское клиническое
патологоанатомическое бюро»

Клецкий С.К. – заведующий отделением детской патологии
учреждения здравоохранения «Городское клиническое
патологоанатомическое бюро», к.м.н.

Юдина О.А. - заведующий отделением общей патологии учреждения
здравоохранения «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»,
к.м.н.

Дубровский А.Ч. - заведующий патологоанатомическим отделением
государственного учреждения «РНПЦ онкологии и медицинской
радиологии», к.м.н.

Гузов С.А., доцент кафедры патологической анатомии учреждения
образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
к.м.н.

Пашкевич Л.А. - заведующий лабораторией клинической морфологии государственного учреждения «РНПЦ травматологии и ортопедии», д.м.н., профессор.

Приложение 3
к приказу
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
13.08.2014 № 674

Инструкция о порядке проведения клинико-анатомической конференции

1. Клинико-анатомическая конференция (далее – КАК) является формой работы врачей-специалистов организаций здравоохранения.

2. Задачей КАК является повышение профессионального уровня врачей специалистов, предупреждение повторения ошибок диагностики и лечения на основе всестороннего и объективного анализа клинических и секционных материалов с обращением особого внимания на причины и источники ошибок в сроках организации помощи, диагностике и лечении пациентов.

3. На КАК подлежат изучению и обсуждению:

секционные наблюдения, представляющие практический или научный интерес для широкого круга врачей-специалистов;

случаи типично и атипично протекавших заболеваний, в том числе, редких заболеваний;

случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза;

случаи смерти пациента во время или вследствие врачебного вмешательства (например, на операционном столе, после зондирования сердца, коронаро- или аортографии и т.п.);

случаи смерти от острого аппендицита, пневмонии (как основного заболевания), острых инфекционных (особенно кишечных) заболеваний;

случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

случаи запоздалой диагностики, когда лечебные мероприятия уже не могли повлиять на течение и неблагоприятный исход болезни по причине поздно поставленного в организации здравоохранения правильного диагноза (в данном случае речь идет о формальном совпадении основных диагнозов);

случаи запоздалого диагноза осложнений основного заболевания, имевших значение для смертельного исхода, дефекты медицинской документации;

случаи смертельных исходов в связи с неправильным лечением;

случаи, оставшиеся неясными после секции.

В обязательном порядке подлежат обсуждению:

случаи ошибок в диагностике на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах оказания медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи (сроки госпитализации, преемственность ведения и лечения больного в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях здравоохранения и другие);

правильно диагностированные, но сложные с точки зрения диагностики и лечения случаи.

4. Случаи для разбора на КАК могут предлагаться руководителями организаций здравоохранения и патологоанатомической службы после оформления патологоанатомического диагноза.

5. В многопрофильных больничных организациях здравоохранения, помимо общепольничных КАК, могут проводиться конференции по группам одноименных отделений (хирургических, терапевтических, акушерских и пр.).

6. Ответственность за организацию и качество проведения КАК несут руководители организаций здравоохранения и патологоанатомической службы.

7. КАК организуется в соответствии с графиком, согласованным руководителями организации здравоохранения и патологоанатомической службы, в строго регламентированное рабочее время.

8. Повестка очередной КАК формируется руководителями организации здравоохранения и патологоанатомической службы или специалистами, которым делегированы данные полномочия и доводится до врачебного персонала в письменном виде не позднее, чем за 10 дней до ее проведения.

9. Для проведения КАК приказом руководителя организации здравоохранения назначаются председатель, его заместитель и секретарь конференции.

Председателем конференции назначается наиболее компетентный и опытный врач из числа сотрудников организации здравоохранения или сотрудник кафедры, республиканского научно-практического центра (далее – РНПЦ) по согласованию с директором РНПЦ, ректором высшего медицинского учреждения образования, БелМАПО.

10. Участие в работе КАК входит в функциональные обязанности всех врачей-специалистов стационарных и амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, РНПЦ, в которых пациенту оказывалась медицинская помощь.

11. На обсуждение КАК выносятся не более двух (как правило – один) случаев смерти пациентов.

12. Анализ случаев смерти или ошибок в клинической диагностике

по биопсийному материалу для конференции проводит заведующий патологоанатомическим отделением или отделом патологоанатомического бюро.

13. Для углубленного анализа обсуждаемого случая в качестве рецензента руководитель организации здравоохранения приглашает независимого высококвалифицированного специалиста из числа наиболее компетентных и опытных врачей, профессорско-преподавательского состава высшего медицинского учреждения образования, научных сотрудников РНПЦ по согласованию с руководителями организации здравоохранения, ректором высшего медицинского учреждения образования, БелМАПО.

14. Журнал регистрации заседаний и протоколы КАК хранятся у руководителя организации здравоохранения или его заместителя по медицинской части.

15. Вопросы сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов должны быть обсуждены на лечебно-контрольной комиссии до вынесения случая на КАК.

16. Порядок проведения КАК:

открывает КАК председатель, знакомит собравшихся с повесткой дня.

клиническую часть обсуждаемого материала (все обстоятельства диагностики и лечения) докладывают участникам конференции, лечащие врачи амбулаторно-поликлинической и стационарных организаций здравоохранения, РНПЦ;

доклад должен быть максимально четким, информативным, заранее подготовленным в письменном виде (в виде презентации);

выдержки из амбулаторной карты пациента и медицинской карты стационарного пациента могут зачитываться по тексту только в качестве иллюстраций к докладу;

доклад в обязательном порядке сопровождается демонстрацией вспомогательного материала (рентгенограмм, схем и графиков изменений лабораторных показателей, ЭКГ, температуры и др.), без которого участникам конференции сложно воспринимать динамику обсуждаемого случая;

лечащий врач должен объяснить участникам конференции логику своего клинического мышления, смысл назначений, обосновать тактику оказания медицинской помощи пациенту, ответить на все вопросы участников конференции, касающиеся разбираемого случая;

данные патологоанатомического исследования – материалы вскрытия, результаты дополнительных исследований, патологоанатомический диагноз и эпикриз – докладывает врач-патологоанатом, проводивший исследование трупа, с демонстрацией

вспомогательного материала (слайдов, схем, макропрепаратов) и ответами на вопросы участников конференции, касающиеся разбираемого случая по окончании доклада;

рецензент, назначенный из числа наиболее квалифицированных в данной проблеме врачей специалистов, представляет свое суждение о течении болезни, своевременности и полноценности ее диагностики, адекватности лечения, качестве медицинской документации;

доклад рецензента должен содержать анализ случая, анализ действий медицинских работников оказывавших пациенту медицинскую помощь, анализ медицинской документации по данному случаю. В докладе рецензент должен изложить свое четкое мнение о развитии патологических процессов и влияние на них проведенных медицинских мероприятий, с обязательной оценкой своевременности диагностических и лечебных мероприятий, ответить на вопросы участников КАК, касающиеся разбираемого случая;

КАК должна сопровождаться обзором современной литературы по анализируемой проблеме, который делает один из врачей специалистов данной организации здравоохранения, сотрудник кафедры высшего медицинского учреждения образования или РНПЦ, клинической базой которых является данная организация здравоохранения;

руководствуясь мнением рецензента, участники конференции обсуждают представленный случай с изложением собственного мнения о данном конкретном случае, тактике диагностики и лечения, допущенных ошибках и возможности их предупреждения в дальнейшей практике;

КАК завершается обобщающим выступлением председателя, в котором подводятся итоги проведенного обсуждения, вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и совершенствование проведения последующих конференций.

17. Председатель КАК предлагает формулировку решения конференции. В случае, если председатель является сотрудником организации здравоохранения, в котором оказывалась медицинская помощь умершему пациенту, формулировку решения предлагает сопредседатель, врач-патологоанатом. Формулировка решения КАК выносится для обсуждения участниками КАК. В случае несогласия с решением КАК, мнения ее участников в обязательном порядке вносятся в протокол конференции.

18. Протокол КАК подписывается председателем и секретарем.

19. Вопросы о принятии мер дисциплинарного взыскания к медицинским работникам не входит в компетенцию КАК.

20. Материалы КАК передаются руководителю организации здравоохранения, в которой произошел случай смерти пациента, с целью

разработки и осуществления мероприятий по предотвращению в дальнейшей практике выявленных ошибок в диагностике и лечении пациентов.

21. Комитет по здравоохранению Мингорисполкома, управления здравоохранения облисполкомов обязаны организовывать и проводить общегородские и областные (межрайонные) КАК в соответствии с вышеизложенными положениями.

22. Предметом рассмотрения на общегородских и областных (межрайонных) КАК могут быть также доклады обзорного характера по вопросам клиники, этиологии, патогенеза и патологической анатомии социально значимых заболеваний, с использованием материалов конкретных клинико-анатомических наблюдений больничных организаций здравоохранения данного города (района, области).

Приложение 4
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
13.08.2014 № 679

Инструкция о порядке проведения
лечебно-контрольной комиссии

1. Лечебно-контрольные комиссии (далее – ЛКК) создаются во всех организациях здравоохранения для осуществления оперативного контроля за качеством лечебно-диагностического процесса, в том числе, на основании анализа материалов патологоанатомического исследования.
2. В своей деятельности ЛКК руководствуется законодательством Республики Беларусь, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.
3. Задачей ЛКК является определение правильности постановки диагноза, качества оказания медицинской помощи, выявление возможных дефектов, допущенных на догоспитальном этапе и во время пребывания пациента в больничной организации здравоохранения, РНПЦ, а также мер, направленных на предупреждение дефектов в оказании медицинской помощи пациентам в дальнейшем.
4. Общую координацию деятельности, планирование работы ЛКК и контроль за оформлением материалов ЛКК осуществляет заместитель руководителя организации здравоохранения по медицинской части.
5. Объектами анализа на ЛКК в случае летального исхода у пациента являются:
 - ошибки прижизненной диагностики заболевания, квалифицированные по I-II категории;
 - жизненно опасные осложнения диагностических, хирургических, терапевтических манипуляций, анестезиолого-реанимационных пособий (ятрогенные заболевания);
 - лечебно-диагностические ошибки при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической и иной);
 - случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений, связанных с нарушением санитарно-гигиенического режима в стационарных организациях здравоохранения, РНПЦ.
6. Случаи летального исхода у пациентов рассматриваются с обязательным участием врача-патологоанатома.
7. Порядок работы ЛКК: