

Практика оформления медицинской документации. Медицинская карта стационарного больного

*Небрежное отношение к ведению медицинской документации грозит врачам и медицинским организациям серьезными последствиями – к медицинской организации могут быть применены штрафные санкции со стороны страховых медицинских компаний и территориальных фондов ОМС. Настоящая статья подготовлена по материалам **выступления Марины Еругиной**, заведующей кафедрой общественного здоровья ФГБОУ ВО Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского Минздрава России на конференции «Медицина и право: новые реалии» для медицинских работников Саратовской области.*

Типичные ошибки

Медицинская деятельность относится к рисковому виду деятельности. Огромное значение для снижения рисков имеет правильное оформление медицинской документации, так как при любых контрольных мероприятиях в медицинской организации, как в рамках государственного контроля, так и в рамках проверок страховыми медицинскими организациями, проверяющие органы обращаются именно к медицинской документации.

Силами кафедры общественного здоровья Саратовского государственного медицинского университета было проведено исследование практики оформления медицинских карт стационарных больных для составления сложившегося алгоритма оформления медицинской документации и дефектов в ее ведении. Было исследовано 475 медицинских карт пациентов стационаров.

На сегодня форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у) является основным медицинским документом стационара и заполняется на каждого пациента. Исследованием были выявлены наиболее типичные нарушения в ее оформлении. Стоит заметить, что множество дефектов при оформлении документов для пациентов больниц, сходны с нарушениями, которые допускаются и при амбулаторном лечении.

Наиболее типичные дефекты в оформлении титульного листа медицинской карты стационарного больного:

- в 77% медицинских карт отсутствует время выписки пациента;
- в 24% документов- не был заполнен раздел «доставлен по экстренным показаниям или в плановом порядке»;
- в 7% карт - не указан пол пациента;
- в 3% - не указан диагноз направившего учреждения;
- При оформлении графы «кем направлен больной» в 77% карт отмечено только медицинское учреждение, в 17% – фамилия врача, в 6% – только название кабинета. В 33% случаев - в графе «кем направлен больной» указано и наименование медицинской организации, и фамилия направившего врача. Таким образом, какого-либо единообразия в оформлении этой графы на практике не существует.

Кроме этого, при анализе медицинской документации были систематизированы **этапы оформления медицинской карты стационарного больного**. К ним относятся: внесение данных в приемном отделении; описание жалоб, истории заболевания лечащим врачом; описание объективного статуса пациента; постановка предварительного диагноза; составление плана обследования; составление плана лечения; ведение дневниковых записей; оформление этапных эпикризов, оформление выписного эпикриза.

При этом установлено, что в медицинских картах стационарных больных имеется большое число записей, которые не регламентированы утвержденной формой № 003/у. Фактически врачи вносят информацию на свое усмотрение. Так на титульных листах карт могли быть записаны сведения о прививках, результаты исследования на гепатит С, ВИЧ или педикулез, и даже надписи, не имеющие отношения к состоянию здоровья - «вещи отправлены домой», заверенные подписью пациента.

Записи о выполненных анализах, прививках, безусловно, важные и нужные, но существенно отличаются от официально утвержденной формы № 003/у. Во многом это объясняется тем, что с момента ее утверждения изменились требования к оформлению в медицинской документации, расширились права пациентов; реформа системы ОМС также потребовала внесения дополнений и изменений. Поэтому медицинские работники стараются максимально отражать данные пациентов, но в действующей форме № 003/у просто нет для этого места.

Одновременно с излишней информацией, врачами не всегда заполняются те графы, которые есть в утвержденной форме, что говорит о низкой правовой грамотности врачей и невысоком качестве оформления медицинской документации в части соблюдения прав пациентов.

Например, **в 80% случаев не был оформлен должным образом отказ пациента от диагностического вмешательства.** При этом, в случае возникновения конфликта, правильно оформленный отказ снимает с медицинской организации штрафную ответственность.

В 86% случаев в картах пациентов не было никаких обоснований отступления от стандартов медицинской помощи, как при невыполнении отдельных назначений, так и при назначении дополнительных исследований, не включенных в стандарт медицинской помощи. Общеизвестно, что врачи часто вынуждены отступать от стандартов, так как любой человек индивидуален, со своими особенностями, аллергическими реакциями и т.п. Но в случае отклонений от стандарта, например, невыполнения некоторых процедур, или напротив, назначения дополнительных исследований, не входящих в стандарт - и то, и другое должно быть обосновано и отражено в карте пациента. **В частности, обоснование назначения дополнительных исследований будет являться основанием перед проверяющими экспертами из страховых медицинских организаций для оплаты конкретного случая в полном объеме по ОМС.**

Еще в 66% случаев в картах стационарных больных отсутствовали записи об анализе полученных результатов диагностических исследований. Обоснование коррекции лечения, таких как назначение и отмена лекарственных препаратов, отсутствовало в медицинских документах в 48% случаях.

Все эти нарушения являются типичными и позволяют утверждать, что назрела необходимость усовершенствования действующей формы 003/у с целью повышения качества медицинской помощи.

Три перспективных варианта

На основании данных проведенного исследования, были предложены варианты оформления медицинской карты стационарного больного, которые одновременно позволят не только реализовать права пациента на получение информации о диагнозе, методах лечения и обследования, возможных осложнениях и прогнозе заболевания, на отказ от медицинского вмешательства и т. д., **но и защитить медицинскую организацию и врачей от необоснованных претензий со стороны пациентов и страховых компаний.**

Титульный лист карты оформляется в соответствии с утвержденной формой № 003/у. После описания жалоб, анамнеза заболевания, данных обследования и постановки диагноза **целесообразно ввести раздел «Обоснование госпитализации».** Сегодня такого раздела нет в медицинской документации и каждый обосновывает госпитализацию на свое усмотрение. Раздел

должен оформляться в соответствии с требованиями Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи к условиям госпитализации.

В данном разделе врачам **следует обосновать необходимость круглосуточного врачебного наблюдения, интенсивного круглосуточного лечения либо изоляции по эпидемическим показаниям.** Ведь, как показало исследование медицинских карт стационарных больных, **42% пациентов из отделений терапевтической направленности были госпитализированы в нарушение требований Программы госгарантий, т. е. не нуждались в лечении в условиях круглосуточного стационара.** По показаниям они могли лечиться амбулаторно или в условиях дневного стационара. По разным данным, число таких пациентов в целом по Российской Федерации составляет от 30 до 70% по различным нозологиям. Таким образом, мощности стационаров расходуются неэффективно. С другой стороны, раздел «Обоснование госпитализации» существенно снизит претензии страховых компаний к медицинским организациям в необоснованных госпитализациях.

Кроме того, были разработаны рекомендации для медицинских работников по оформлению медицинской документации стационарного больного, в которых предложено **3 варианта ее оформления в зависимости от ресурсного обеспечения медицинской организации и результатов информированного согласия пациента на рекомендованное обследование и лечение.**

При первом варианте оформления медицинской карты стационарного больного врач назначает **диагностические исследования и лечение в соответствии с перечнем, регламентированным стандартом, и лекарственные препараты из перечня, определенного Программой госгарантий.** Этот вариант возможен тогда, когда пациент полностью соглашается на предложенное обследование и лечение, а его информированное согласие оформляется записью в медицинской карте стационарного больного: *следующим образом – «О методах диагностики, лечения, осложнениях, побочных эффектах, прогнозе, диагнозе, альтернативных способах лечения информирован. С предложенным обследованием и лечением согласен».* И заверяется подписью пациента.

Преимущества данного варианта в том, что лечение и обследование для пациента полностью бесплатные, а также сводится к минимуму риск возникновения претензий как со стороны пациента, так и со стороны контролирующих организаций. К недостаткам данного варианта можно отнести то, что врач ограничен Программой госгарантий и фиксированным перечнем лекарственных препаратов и, возможно, не использует все достижения современной науки для лечения конкретного больного, поскольку они не входят в Программу госгарантий.

Второй вариант оформления медицинской карты выбирается в случае, если пациент не согласен на выполнение некоторых диагностических процедур или исследований. Или, если вместо лекарственных препаратов, предусмотренных Программой госгарантий, предпочитает выбрать более эффективное средство, о котором его проинформировал врач. В таком случае в карте делается запись либо об отказе от того или иного медицинского вмешательства, либо о медикаментозном предпочтении пациента. Запись может быть оформлена следующим образом – *«О методах диагностики, лечения, осложнениях, побочных эффектах, прогнозе, диагнозе, альтернативных способах лечения информирован. С предложенным планом обследования и лечения согласен, за исключением.... (вносятся исключения) Настаиваю на назначении (записывается препарат, на котором настаивает пациент)... который буду получать на возмездной основе».*

Запись заверяется подписью пациента. При этом пациент обязательно удостоверяет, что это был его личный осознанный выбор, что именно он принял решение либо отказаться от каких-либо процедур, либо, напротив, прибегнуть к лекарственным средствам, которые не включены в Программу госгарантий и которые он добровольно соглашается оплатить.

В этом случае на медицинскую организацию не будут наложены штрафные санкции контролирующими органами. И даже если пациент решит обратиться с запросом о компенсации

расходов на приобретение лекарственных средств, то **проблемы у медорганизации возникнут только в том случае, если врач не оформил письменно предпочтения пациента, а пациент не удостоверил подписью, что это был его личный свободный выбор.**

К преимуществам данному варианту можно отнести возможность достижения более быстрого клинического эффекта от лечения, врач наделяется большей свободой действий поскольку может выйти за рамки Программы госгарантий и использовать самые передовые методы. К недостаткам данного способа можно отнести то, что при несоблюдении процедуры оформления в медицинской документации предпочтений пациента возможно предъявление претензии пациентом в будущем.

Третий вариант оформления медицинской карты применяется тогда, когда возможности медицинской организации **и ее обеспечение не позволяют вообще или в конкретный момент выполнить стандарт оказания медицинской помощи.** Например, отсутствуют лекарственные препараты из числа предоставляемых в рамках Программы госгарантий, либо нет возможности провести определенное исследование.

При этом, по закону, в первом случае врач должен найти для пациента резерв лекарственного средства, обратившись к руководителю структурного подразделения. А при отсутствии возможности проведения необходимого диагностического исследования, следует организовать проведение исследования в другой медицинской организации, а затем провести взаимные расчеты между этой медицинской организацией через страховую медицинскую организацию и территориальным фондом ОМС. Таким образом, в оформлении медицинской документации в этом случае должно быть отражено каким образом выполняется стандарт, в какую медицинскую организацию направляется пациент для реализации своих законных прав.

Практика показывает, что такое происходит не всегда и очень часто врачи предлагают пациентам приобретать лекарства за собственный счет или оплатить необходимое исследование в коммерческой клинике. В обеих ситуациях пациент имеет право обратиться в страховую медицинскую организацию или в суд, и за ним остается право требовать возмещения денежных средств, потраченных на проведение исследований, включенных в стандарт, либо на лекарства, предусмотренные Программой госгарантий.

Предлагаемая технология оформления медицинской документации является механизмом, позволяющим не только соблюдать права пациентов, но и защищать права врачей и медицинских организаций от неправомерных претензий со стороны пациентов и контролирующих структур.

Более подробную информацию по актуальным юридическим вопросам Вы можете получить на бесплатном образовательном он-лайн курсе для медицинских работников по вопросам права <https://www.vrachprav-nmp.ru>

Материал подготовлен в рамках гранта президента Российской Федерации, предоставленным Фондом президентских грантов (в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 30 января 2019 г. No 30 «О грантах Президента Российской Федерации, предоставляемых на развитие гражданского общества»)