ID: 2013-10-231-R-2990 Обзор

Еругина М.В., Сазанова Г.Ю., Долгова Е.М., Пушкарева А.И.

# Оптимизация технологии оформления медицинской карты стационарного больного с учетом требований нормативных актов, реализации прав потребителей и производителей медицинских услуг

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права*

**Ключевые слова:** медицинская карта, стационар

Анализ правовых и медицинских оснований оказания стационарной помощи населению и фактического ее предоставления показывает, что, условием необходимым и достаточным для госпитализации, является необходимость интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и (или) изоляции по эпидемическим показаниям. В связи с вышеизложенным считаем обоснованным и необходимым ввести в форму 003/у [1] раздел «основания для госпитализации в стационар с круглосуточным пребыванием». Проанализировав 375 медицинских карт стационарных больных, получавших лечение в условиях гастроэнтерологического круглосуточного отделения, мы пришли к выводу, что более 40% больных были госпитализированы в нарушение требований Программы государственных гарантий, т.е. не нуждались в стационарном лечении в условиях круглосуточного стационара. При этом еще 30% пациентов могли продолжить лечение в амбулаторных условиях уже через 3 – 5 дней стационарного интенсивного лечения с момента госпитализации в связи с достижением определенного терапевтического эффекта и отсутствием в связи с этим необходимости в круглосуточном интенсивном наблюдении и лечении. Косвенным признаком отсутствия необходимости пребывания в стационаре, с нашей точки зрения, является одна запись лечащего врача в сутки в медицинской карте, отсутствие записей дежурного врача, данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

На основании проведенного исследования полноты выполнения диагностического компонента стандартов оказания медицинской помощи в условиях стационара, анализа оформления первичной медицинской документации, а так же, анализа реализации прав пациента при получении медицинской помощи, нами разработано ТРИ ВАРИАНТА возможного оформления первичной медицинской документации. Эти варианты позволят не только реализовать права пациента на информацию о диагнозе, методах лечения и обследования, возможных осложнениях, прогнозе заболевания, на отказ от медицинского вмешательства и т.д., но и защитить права производителей медицинских услуг от необоснованных претензий со стороны пациентов и страховщиков.

**Общие требования**. При оформлении медицинской карты стационарного больного титульный лист оформляется в соответствии с утвержденной формой 003/у [1].

После классического описания в медицинской карте стационарного больного жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра и постановки диагноза, нами предложено ввести раздел «Обоснование госпитализации», который оформляется в соответствии с требованиями Программы госгарантий к условиям госпитализации: обосновывается необходимость круглосуточного врачебного наблюдения, интенсивного круглосуточного лечения, либо необходимость изоляции по эпидемическим показаниям.

Далее оформляется план обследования и план лечения в строгом соответствии со стандартом ведения больного с определенным диагнозом. При этом назначаются препараты из перечня, определенного к назначению в рамках Программы государственных гарантий.

Следующим этапом, лечащий врач, реализуя права пациентов при получении медицинской помощи, информирует пациента о методах диагностики, а так же имеющихся альтернативах методах лечения, возможных осложнениях, предварительном (окончательном) диагнозе, прогнозе заболевания, о показанных лекарственных средствах и других методах лечения, возможных побочных эффектах и об иных лекарственных препаратах и методах диагностики, которые не входят на данном этапе в стандарт обследования и перечень лекарственных средств программы госгарантий, но являются эффективными и показанными при данном заболевании. Пациент информировано соглашается или не соглашается с предложенным планом обследования и лечения.

**Первый вариант.** Нами предложено после классического описания в медицинской карте стационарного больного жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания и установления рабочего диагноза, оформления плана обследования и лечения оформляется информированное согласие пациента письменно. При этом варианте развития отношений пациента с медицинской организацией (МО) врач назначает диагностические исследование по перечню, регламентированному стандартом, и лекарственные препараты из перечня, определенного к применению в рамках Программы государственных гарантий. Пациент соглашается на предложенное бесплатное обследование и лечение в рамках Программы госгарантий, и это информированное согласие пациента оформляется записью в медицинской карте стационарного больного: «О методах диагностики, лечения, осложнениях, побочных эффектах, прогнозе, диагнозе, альтернативных способах лечения информирован. С предложенным обследованием и лечением «согласен» (Заверяется подписью пациента).

**Преимущества данного варианта**: лечение и обследование для пациента бесплатное; к минимуму сводится риск возникновения претензий, как со стороны пациента, так и со стороны инвесторов и контролирующих организаций. **Недостатки данного варианта:** свобода врача по применению достижений современной медицинской науки ограничена рамками Программы госгарантий; имеется некоторое ограничение доступности медицинской помощи.

**Второй вариант** оформления медицинской документации стационарного больного аналогичен первому, с тем отличием, что пациент не согласен на выполнение некоторых диагностических процедур или исследований, либо вместо лекарственных

препаратов Программы госгарантий предпочитает более эффективное средство, не входящее в перечень средств, определенных Программой, о котором пациента информировал врач и которое пациент будет получать на возмездной основе. В таком случае врач либо оформляет записью отказ от медицинского вмешательства (заверенный подписью пациента), либо делает запись о медикаментозном предпочтении пациента: «о методах диагностики, лечения, осложнениях, побочных эффектах, прогнозе, диагнозе, альтернативных способах лечения информирован. С предложенным планом обследования и лечения согласен, за исключением… Настаиваю на назначении…, который буду оплачивать самостоятельно». При этом в соответствии со ст. 779 – 783 Гражданского кодекса [2] заключается договор о возмездном оказании услуг, о чем должна быть запись в медицинской карте. Иной вариант записи: «о методах диагностики, лечения, осложнениях, побочных эффектах, прогнозе, диагнозе, альтернативных способах лечения информирован. С предложенным планом обследования и лечения «согласен», но от дуоденального зондирования отказываюсь. Информирован, что мое решение может повлиять на эффективность лечения». При этом обязательно пациент подписью удостоверяет, что это был его личный осознанный выбор. В случае возможного обращения пациента в контролирующий орган о компенсации понесенных им расходов по приобретению лекарственных средств или при проведении контроля страховой медицинской кампанией, проблемы у ЛПУ возникнут лишь в том случае, если врач не оформил письменно предпочтения пациента, либо пациент не удостоверил подписью, что это был его личный свободный выбор.

**Преимущества данного варианта**: возможность более быстрого достижения медицинской эффективности, чем при первом варианте; большая свобода врача в реализации собственного опыта и медицинских знаний в интересах пациента. **Недостатки:** возможно предъявление претензии пациентом (при несоблюдении технологии оформления в медицинской документации предпочтений пациента); возможно наложение штрафных санкций страховщиком (при несоблюдении технологии оформления в медицинской документации предпочтений пациента).

**Третий вариант** оформления медицинской карты стационарного больного аналогичен первому: пациент согласен на условия и объем медицинской помощи в соответствии с Программой госгарантий. Однако ресурсное обеспечение МО не позволяет выполнить стандарт медицинской помощи: в лечебно-профилактическом учреждении отсутствуют лекарственные препараты из числа предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий бесплатно, либо нет по каким-либо причинам возможности произвести диагностическое исследование. У врача есть два пути решения вопроса: найти резерв лекарственного средства для данного пациента (обратившись к руководителю структурного подразделения), либо направить пациента (родственников) в аптеку для приобретения необходимого лекарственного средства.

Если в данной МО нет возможности провести какое-либо диагностическое исследование, необходимое пациенту в соответствии со стандартом (неисправно или отсутствие оборудования), то необходимо организовать проведение исследования в другой МО, определенном органом управления здравоохранения или договором (на бесплатной для пациента основе), а затем провести взаимные расчеты между этими МО через СМО (ТФОМС). Если такая возможность отсутствует, необходимо рекомендовать пациенту произвести исследование на платной основе. В обеих ситуациях в случае последующего обращения пациента в контролирующий орган, страховую медицинскую кампанию или в судебные органы, за ним остается право возместить денежные средства, потраченные им на проведение исследований, включенных в диагностический компонент стандарта, либо за лекарственные препараты, входящие в Программу госгарантий. Проведенный нами анализ деятельности СМО и ТФОМС позволяет утверждать, что данный вариант при оказании медицинской помощи встречается достаточно часто, и пациенты обращаются в СМО или ТФОМС за возмещением понесенных затрат при получении медицинской помощи.

Наибольшие сложности возникают при оформлении карты стационарного больного именно при недостаточности ресурсов МО. Медицинский работник, оформляя карту, должен предусмотреть выполнение всех моментов, необходимых в соответствии со стандартом диагностики и лечения.

**Преимущества данного варианта** отсутствуют.

**Недостатки данного варианта:** возможно предъявление претензии пациентом; наложение штрафных санкций страховщиком; приостановление действия лицензии на медицинскую деятельность.

В случае, когда в медицинской организации не выполняется стандарт диагностики и лечения, лечащий врач должен грамотно обосновать и оформить в первичной медицинской документации причину отступления от стандарта (аллергическая реакция, сопутствующая патология, при которой противопоказаны какие-либо препараты или диагностические исследования, отказ со стороны пациента или его законных представителей от выполнения какого-либо медицинского вмешательства и т.д.).

Таким образом, выполнение требований стандартов, с одной стороны является основой защиты прав пациента на бесплатную качественную медицинскую помощь, а с другой – обеспечивает защиту медицинского работника и медицинского учреждения, действующих в соответствии с утвержденным алгоритмом ведения пациента, от необоснованнных претензий как со стороны пациента, так и с стороны контролирующих организаций.

**Литература**

1. Приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" (с изменениями от 5 ноября, 8 декабря 1980 г., 20 января, 16 мая 1983 г., 2 февраля, 19 ноября, 14 декабря 1984 г., 15 марта, 15 апреля, 22, 24 июля, 7 августа, 5 сентября 1985 г., 30 мая, 9 июня, 30 сентября 1986 г., 31 декабря 1987 г., 8 января, 12 мая, 20 июня, 26 июля, 5, 8 сентября 1988 г., 14 декабря 1990 г., 11 февраля 1994 г., 3 февраля, 3 июля 1995 г., 25 февраля, 5, 7 октября 1998 г., 3 июля 2000 г., 20 февраля, 21 мая, 10 июля, 31 декабря 2002 г.). URL: http://www.sartfoms.ru/normativ/1030_4_10_80.htm
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) от 30.11.1994 № 51-ФЗ. URL: http://base.garant.ru/10164072/


© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013