

Анализ ведения медицинской документации в специализированной остеопатической клинике г. Москвы

© Л.В. Тумбинская¹, О.В. Ящина¹, М.Ю. Герасименко²

¹ООО «Остмед», Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. В поликлинике, госпитале, государственных и частных больницах необходимо обеспечивать ведение документации, соответствующее всем требованиям регулятора отрасли. Оформление, ведение, систематизация, хранение медицинской документации — специфическая и непростая задача, она служит средством доказательства проведения лечебных, диагностических и прочих профильных процедур. Медицинские документы служат инструментом контроля качества оказываемых медицинских, подтверждают факт оказания помощи и раскрывают ее суть.

Цель работы — провести внутренний контроль качества медицинской документации, разработать комплекс мер по улучшению контроля качества оказания медицинской помощи.

Методы. При проведении исследования использованы статистические методы обработки данных (расчет долей, среднего) и анализ литературных данных.

Вывод. В качестве одного из основных показателей эффективности деятельности главного врача необходимо рассматривать контроль качества ведения медицинской документации, максимально полное ее оформление специалистами клиники и регулярное обучение клиницистов.

Ключевые слова: медицинская документация, организация остеопатической помощи, качество оказания медицинской помощи, лицензирование.

Для цитирования: Тумбинская Л.В., Ящина О.В., Герасименко М.Ю. Анализ ведения медицинской документации в специализированной остеопатической клинике г. Москвы. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.* 2019;18(1):28–32.

DOI: <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2019-18-1-28-32>

Для корреспонденции: Герасименко М.Ю.; e-mail: mgerasimenko@list.ru

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов. Все авторы внесли существенный вклад в проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Поступила 01.11.2018

Принята в печать 20.11.2018

ANALYSIS OF MEDICAL RECORDS IN A SPECIALIZED OSTEOPATHIC CLINIC IN MOSCOW

© L. V. Tumbinskaya¹, O. V. Yashchina¹, M. Yu. Gerasimenko²

¹Ostmed LLC, Moscow, Russian Federation

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Introduction. In clinics, hospitals, public and private hospitals, it is necessary to ensure that documentation meets all the requirements of the industry regulator: Registration, maintenance, systematization, storage of medical documentation is a specific and difficult task, it serves as a means of proving the conduct of medical, diagnostic and other specialized procedures. Medical documents serve as a tool for monitoring the quality of medical services provided, confirming the fact of assistance and revealing its essence.

The goal is to conduct internal quality control of medical documentation and develop a set of measures to improve quality control of medical care.

Methods. The research uses statistical methods of data processing (calculation of shares, average) and analysis of literature data.

Conclusion. As one of the main indicators of the effectiveness of the chief physician, it is necessary to consider quality control of medical documentation, the most complete registration of it by specialists of the clinic and regular training of clinicians.

Key words: medical documentation, organization of osteopathic care, quality of medical care, licensing.

For citation: Tumbinskaya LV, Yashchina OV, Gerasimenko MYu. Analysis of medical records in a specialized osteopathic clinic in Moscow. *Russian Journal of the Physical Therapy, Balneotherapy and Rehabilitation.* 2019;18(1):28–32.

DOI: <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2019-18-1-28-32> (In Russ.)

For correspondence: Gerasimenko M. Yu.; e-mail: mgerasimenko@list.ru

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 01.11.2018

Accepted 20.11.2018

Медицинское учреждение ежедневно принимает на себя ответственность за здоровье, а нередко и жизнь пациентов. Поэтому в поликлинике, госпитале, государственных и частных больницах необходимо обеспечить ведение документации, соответствующее всем требованиям регулятора отрасли. Оформление, ведение, систематизация, хранение медицинской документации — специфическая и непростая задача. В большинстве случаев документация служит доказательством проведения лечебных, диагностических и прочих профильных процедур и инструментом контроля качества оказываемых медицинских услуг (например, со стороны проверяющих органов или страховых компаний).

С правовой точки зрения медицинская документация является основанием для возникновения, изменения, прекращения правоотношений между пациентом и медицинской организацией, между медицинской организацией и регулятором отрасли, между медицинской организацией и страховыми компаниями и т. д.

Также медицинская документация является обязательным условием оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках обязательного медицинского страхования.

Медицинская документация делится на два основных типа: учетная и отчетная. К учетной относятся амбулаторная карта, медицинские справки, дневник осмотра и др. К отчетной относятся документы по установленным формам, призванные информировать вышестоящие органы о деятельности медицинской организации.

В 2007 г. постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» было введено новое лицензионное требование и условие: ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации (подп. «л» п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности). Частные организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, продолжали использовать учетную форму № 025/у-87 и одновременно внедряли учетную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», хотя она, в силу своей специфики, не была ориентирована на оказание платных медицинских услуг [1].

22 ноября 2011 г. вступил в силу Закон об охране здоровья, вменивший в обязанность медицинским организациям ведение медицинской документации в установленном порядке [2].

Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 было утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности, которое уже не содержало лицензионного требования по ведению

медицинской документации, так как ведение документации стало обязанностью медицинской организации по Закону об охране здоровья. А в июне 2012 г. постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 было утверждено Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, в п. 5.2.199 которого значилось полномочие по принятию нормативных правовых актов по порядку организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде. Данное полномочие было реализовано в приказе Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее — приказ № 834н), который вступил в силу 9 марта 2015 г.

Пункт 2 приказа № 834н гласит: «Рекомендовать руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных бюджетных и казенных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, обеспечить введение унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»[3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При проведении исследования использованы статистические методы обработки данных (расчет долей, среднего) и анализ литературных данных.

Объектом исследования была организация работы частной остеопатической клиники г. Москвы. Предметом исследования послужили карты пациентов, получавших остеопатическую помощь.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно действующей нормативной документации, медицинская карта амбулаторного больного должна содержать:

- заполненную паспортную часть;
- заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению (наименование заболевания, код по МКБ-10, дата постановки и снятия с диспансерного наблюдения, должность и подпись врача);
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (берется однократно при первичном обращении за медицинской помощью на весь период лечения в конкретной медицинской организации);
- группу крови (при наличии сведений);

- аллергологический анамнез (информация о непереносимости лекарств должна быть указана на лицевой стороне амбулаторной карты);
- лист заключительных уточненных диагнозов;
- четко оформленные и разборчивые записи об амбулаторных посещениях (при необходимости — с обоснованием диагноза, показаний к госпитализации);
- лечебные назначения;
- результаты дополнительных исследований;
- лист флюорографических и других целевых осмотров;
- данные о консультациях специалистов;
- выписки из истории болезни или их копии (в случае госпитализации).

В медицинской карте соответствующим образом должны быть оформлены следующие записи:

- эпикриз на врачебную комиссию (ВК), данные осмотра и решения ВК, протокол ВК;
- о направлении на госпитализацию;
- о направлении на санаторно-курортное лечение;
- о выписке льготного рецепта;
- о выдаче, продлении и закрытии листка нетрудоспособности, с указанием номера листка нетрудоспособности, периода временной нетрудоспособности, даты следующей явки на прием к врачу / среднему медицинскому работнику, даты восстановления трудоспособности / установления группы инвалидности;
- о явке на последующий прием;
- об отказе от медицинского вмешательства;
- о постановке на очередь в лист ожидания для плановой госпитализации;
- о дате регистрации на проведение плановых консультаций, диагностических и лабораторных исследований;
- клинический диагноз — полный, согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), с указанием основного, сопутствующего заболевания, их форм, стадий и осложнений;
- назначение лекарственных препаратов с указанием разовой дозы, кратности приема, курса лечения.

Все записи лечащего врача должны быть им подписаны, содержать отметку о специальности врача/среднего медицинского работника, дате осмотра пациента.

При выборочной проверке 100 медицинских карт амбулаторных больных, посещавших ООО «Остмед» с 2009 по 2017 г., получены следующие результаты (табл. 1).

Заполняемость паспортной части в среднем составила около 50% в связи с отсутствием необходимости указывать сведения о полисе обязательного/добровольного медицинского страхования и

СНИЛС, так как остеопатические услуги не входят в программу государственных гарантий. Неизменная часть (название клиники, штамп), заполняется автоматически и всегда присутствует в карте пациента. Паспортные данные необходимы для заполнения договора об оказании платных услуг, они присутствуют в картах в 100% случаев. Также обращает на себя внимание практически 100% заполняемость информации об инвалидности пациента, так как в таких случаях клиника предоставляет пациентам льготы, в этом случае пациент заинтересован передать эти сведения в медицинское учреждение. Информацию о месте работы и должности пациенты дают крайне неохотно, заполняемость этого раздела карт низка и составляет 20%.

Заполняемость внутренней части карты составила 60%, что связано с отсутствием в большинстве случаев информации о группе крови пациентов, в 72% случаев пациенты предоставляют информацию о данных дополнительных исследований, примерно в 40% — о результатах флюорографических и других обследований. Основной диагноз врачи указывали в 83% случаев. Такой показатель обусловлен тем, что врач не всегда может остаться в рамках одного диагноза, отделить основное заболевание от сопутствующего, а также остаться в рамках кодов М80–М94. Диагнозы сопутствующих заболеваний установлены только в 27% случаев. Сведения о посещениях были предоставлены в 79% случаев. Длительность остеопатического приема составляет от 45 минут до часа, в его рамках врач не всегда имеет возможность заполнить карту. Зачастую специалисты вынуждены тратить дополнительное время после приема для заполнения медицинской документации.

В связи с особенностями деятельности клиники ее специалисты не направляют пациентов на врачебную комиссию, не выписывают льготных рецептов и листков нетрудоспособности, а также не направляют пациентов на плановую госпитализацию.

Информация о дате явки на следующий прием была указана в 73% случаев, в 43 случаях пациентам были назначены препараты, только в 2 случаях не были указаны дозировка и кратность приема.

Следует отметить улучшение заполняемости медицинских карт в динамике работы клиники от 2009 к 2017 г. Показатели существенно улучшились после того как главный врач начал обучать специалистов клиники и контролировать качество оформления медицинской документации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенной работы можно сделать следующие выводы.

Необходимо дополнительно информировать врачей-osteопатов о важности, необходимости и поряд-

Таблица 1

**Заполняемость амбулаторных карт врачами частной остеопатической
 клиники г. Москвы**

№	Состав карты	Доля, %
Паспортная часть		
1	Наименование медицинской организации (штамп)	100
2	Наименование страховой компании	0
3	Номер страхового полиса обязательного медицинского страхования	0
4	Код льготы	0
5	СНИЛС	0
6	Фамилия, имя, отчество	100
7	Пол	100
8	Дата рождения	100
9	Адрес по прописке	100
10	Адрес места жительства	54
11	Телефон	100
12	Документ, удостоверяющий личность	100
13	Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение	98
14	Инвалидность	100
15	Место работы	20
16	Должность	20
Внутренняя часть карты		
17	Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	100
18	Основной диагноз по МКБ-10	83
19	Сопутствующий диагноз по МКБ-10	27
20	Группа крови (при наличии сведений)	3
21	Аллергологический анамнез	94
22	Записи об амбулаторных посещениях	79
23	Листы дополнительных назначений	34
24	Результаты дополнительных исследований	72
25	Лист флюорографических и других целевых осмотров	39
26	Данные о консультациях специалистов	96
27	Выписки из истории болезни или их копии (в случае госпитализации)	29
Записи		
28	Эпикриз на врачебную комиссию (ВК), данные осмотра и решения ВК, протокол ВК	0
29	О направлении на госпитализацию	0
30	О направлении на санаторно-курортное лечение	0
31	О выписке льготного рецепта	0
32	О выдаче, продлении и закрытии листка нетрудоспособности, с указанием номера листка нетрудоспособности, периода временной нетрудоспособности, даты следующей явки на прием к врачу/среднему медицинскому работнику, даты восстановления трудоспособности, установления группы инвалидности	0
33	О явке на последующий прием	73
34	Об отказе от медицинского вмешательства	0
35	О постановке на очередь в лист ожидания для плановой госпитализации	0
36	О дате регистрации на проведение плановых консультаций, диагностических и лабораторных исследований	22
37	Назначение лекарственных препаратов с указанием разовой дозы, кратности приема, курса лечения	41

ке оформления медицинской документации, а также проводить дополнительное обучение врачей кодам действующей МКБ-10 с целью корректного указания основного и сопутствующего заболевания.

Руководителям клиник необходимо уделять больше внимания контролю ведения медицинской документации и стандартизации записей и постоянно акцентировать внимание врачей на правильном ведении медицинской документации, на основании которой осуществляется взаимодействие пациента и медицинского учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская документация в частных клиниках: правовой аспект. URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293656616-qjess8-meditsinskaya-dokumentatsiya-vchastnyh-klinikah>
2. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, вступившими в силу с 10.08.2017. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>.
3. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих ме-

дицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/8337-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-dekabrya-2014-g-834n-ob-ut>.

REFERENCES

1. Medicinskaja dokumentacija v chastnyh klinikah: pravovoj aspekt [Medical documentation in private clinics: legal aspect]. URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293656616-qjess8-meditsinskaya-dokumentatsiya-vchastnyh-klinikah>. (In Russ).
2. Federalnyj zakon 323-FZ ot 21-11-2011 "Ob osnovah ohrany zdorovya grazhdan v rossijskoj federacii s izmeneniyami vstupivshimi v silu s 10-08-2017 [Federal law No. 323-FZ of 21.11.2011 "On the basics of public health protection in the Russian Federation" with amendments that came into force on 10.08.2017]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>. (In Russ).
3. Prikaz Minzdrava Rossii ot 15-12-2014 834n "Ob utverzhdenii unificirovannyh form medicinskoj dokumentacii ispolzuemyh v medicinskih organizacijah okazyvayushchih medicinskuyu pomoshch v ambulatornyh usloviyah i poryadkov po ih zapolneniyu" [The Ministry of Health of the Russian Federation's Order dated 15.12.2014 No. 834n "On approval of unified forms of medical documentation used in medical organizations that provide medical care in outpatient settings, and the procedures for filling them out"]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/8337-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-dekabrya-2014-g-834n-ob-ut>. (In Russ).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Тумбинская Лидия Викторовна, к.б.н. [*Lidia V. Tumbinskaya*, PhD]; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6648-3322>

Ящина Ольга Владимировна, главный врач «Остеомед» [*Olga V. Yashchina*]

Герасименко Марина Юрьевна, д.м.н., проф. [*Marina Yu. Gerasimenko*, DSc, Prof.]; eLibrary SPIN: 7625-6452;

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1741-7246>