БПОУ ВО «ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ЛЕКЦИЯ 2

**«ПМ 02. ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ОРГАНИЗАЦИЯ**

**ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАХОДЯЩЕГОСЯ В РАСПОРЯЖЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА»**

для специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

**Тема: «Правила и порядок оформления медицинской документации в медицинских организациях»**

г. ВОРОНЕЖ

2024 год

**План:**

1. **Медицинские документы в сфере здоровья**
2. **Статус и значение медицинской документации**
3. **Форма ведения и сроки хранения документации**
4. **Порядок выдачи документации третьим лицам**
5. **Виды медицинской документации**
6. **Порядок внесения изменений в унифицированные формы учетной медицинской документации**
7. **Электронный документооборот**
8. **Медицинские документы в сфере здоровья**

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" в ст.79 говорит о том, что медицинская организация обязана:

- вести медицинскую документацию в установленном порядке;

- обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности.

Порядок организации системы документооборота, а также порядок работы с унифицированными формами медицинской документации в настоящее время утверждает Минздрав РФ (ст. 14 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.).

Медицинские документы – это специальные формы, которые ведет медицинский персонал и где фиксирует оказанные медуслуги.

Медицинская документация представляет собой перечень документов установленной формы, которые касаются как деятельности самого медучреждения, так и процесса медицинского обслуживания пациентов.

Особенности ведения медицинской документации устанавливаются относительно каждой отдельной унифицированной формы в зависимости от вида деятельности медицинской организации. Форма собственности медицинской организации в данном случае не имеет значение.

Документация, используемая медучреждениями в своей работе, представляет собой информацию, закрепленную на материальном носителе и обладающую следующими признаками:

- Информация в документе может быть представлена как в виде текста, так и в виде звукозаписей и изображений.

- Документы имеют ряд обязательных реквизитов, которые позволяют отличать их друг от друга.

- Любая документация, например, медицинская карта амбулаторного больного, предназначена для сохранения информации во времени и пространстве.

Цель составления документов – их хранение и передача в общественное пользование. В соответствии с отраслевым стандартом, который утвержден приказом Минздрава № 12 от 22.01.2001 *медицинская документация – это специальные формы документов, которые оформляются медработниками и закрепляют в себе действия, совершенные в процессе оказания медицинских услуг.* Например, первичная медицинская документация включает в себя комплекс документов, которые позволяют обобщать и анализировать информацию, полученную в ходе лечебно-диагностического процесса.

1. **Статус и значение медицинской документации**

Статус и виды медицинской документации позволяют говорить о том, что она во многих случаях имеет юридическое значение, то есть начинает, изменяет и прекращает некие правоотношения, существующие между пациентом и медучреждениями. Так, во многих судебных разбирательствах именно медицинская документация выступает ключевым доказательством по делу, например: в уголовном деле – позволяет установить вину или отсутствие вины врача в наступлении смерти пациента; в гражданском деле – позволяет установить причинение вреда здоровью пациента вследствие врачебных действий; в спорах с контролирующими органами медицинская документация выступает основанием для оплаты оказанных медуслуг. Медицинская документация является ключевым звеном и во взаимоотношениях со страховыми компаниями. Без надлежащим образом оформленных документов медучреждение не получит оплаты за оказанные пациентам услуги в рамках ОМС.

1. **Форма ведения и сроки хранения документации**

На данный момент Минздравом РФ не разработан единый документ, в котором были бы собраны все правила ведения медицинской документации и их формы. В связи с этим, ведомство до недавнего времени рекомендовало руководствоваться формами документов, которые утверждены приказом Минздрава СССР № 1030 от 04.10.1980 года. В 2014 году начал действовать приказ Минздрава РФ № 834н, в котором была предпринята попытка обновления всех форм медицинской документации для амбулаторных медучреждений, введения новых форм. В 2023 году начал действовать приказ МЗ РФ № 530н от 05.08.2022, который утвердил новые формы меддокументации для стационаров.

Медучреждениям рекомендуется использовать формы медицинской документации, которые были утверждены приказом Минздрава СССР № 1030 от 04.10.1980 года. Этот приказ является недействующим, а письмо Минздрава № 14-6/242888 носит рекомендательный характер. Им стоит руководствоваться только в тех случаях, когда форма того или иного документа более поздними приказами Минздрава не утверждена.

Организация обязана хранить документы в течение установленных сроков. Приказ Минздрава от 03.08.2023 № 408 изменил сроки хранения медицинской документации.

Порядок ведения медицинской документации устанавливается законодательством РФ относительно каждой унифицированной формы. В зависимости от вида унифицированной формы медицинская организация вправе вести документацию как в бумажной, так и в электронной форме.

Сроки хранения установлены законодательством РФ также для каждого от вида унифицированной формы документов.

В настоящее время в Письме от 7 декабря 2015 г. № 13-2/1538 Минздрав РФ со ссылкой на нормативные акты предложил для использования в работе перечень наиболее часто используемых унифицированных форм документов с указанием сроков их хранения.

Этот перечень по совету Минздрава РФ должен использоваться до утверждения актуального перечня документов (со сроками хранения), образующихся в процессе деятельности медицинских организации.

Перечень, предложенный Минздравом РФ, действителен для всех типов медицинских организаций системы здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

Перечень медицинской документации с указанием сроков их хранения:

1. Медицинская карта стационарного больного (форма № 003-1/у) - срок хранения 25 лет.
2. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) - срок хранения 25 лет.
3. Медицинская карта ребенка (форма № 026/у) - срок хранения 10 лет.
4. Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025-1/у) - срок хранения 1 год.
5. Журнал записи амбулаторных операций (форма № 069/у) - срок хранения 5 лет.
6. Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации (форма № 001/у) - срок хранения 5 года.
7. Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (форма № 109/у) - срок хранения 3 года и пр.

Законодательство РФ устанавливает требования не только к срокам, но и к условиям хранения медицинской документации.

Медицинская документация содержит информацию, которая является врачебной тайной и относится к специальной категории персональных данных. Поэтому, медицинская документация должна храниться не только с учетом требований законодательства РФ об охране здоровья граждан, но и с учетом требований законодательства РФ, которое регулирует обработку персональных данных. Следует учесть, что специальная категория персональных данных требует соблюдения особого порядка хранения и передачи как в бумажном, так и в электронном виде. Лица, использующие в работе документацию, которая содержит врачебную тайну и специальную категорию персональных данных, как правило подписывают документ о неразглашении этих данных.

1. **Порядок выдачи документации третьим лицам**

Медицинская документация может выдаваться третьим лицам. Порядок выдачи медицинской документации третьим лицам зависит от вида документа, цели его истребования, а также организации или лица, истребующих документ.

Порядок выдачи медицинской документации устанавливается требованиями соответствующего законодательства РФ. Например, медицинская документация может быть истребована органами, осуществляющими контроль качества и безопасности медицинской деятельности; правоохранительными органами; судом и др.

Документы и информация могут выдаваться третьим лицам как с разрешения, так и без разрешения пациента и его законного представителя.

Так, документы, содержание врачебную тайну другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях допускается только с письменного согласия пациента или его законного представителя (ст.13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.).

Пациент либо его законный представитель также имеют право получать медицинские документы, отражающие состояние здоровья. Пациенту или его законному представителю медицинские документы предоставляются на основании письменного запроса в виде оригиналов, копий и выписок из медицинских документов.

Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п.5 ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.).

За нарушение требований, установленных для оформления, хранения и выдачи медицинской документации и информации, которая в ней содержится, законодательством РФ установлена административная и уголовная ответственность.

1. **Виды медицинской документации**

Анализ действующего законодательства позволяет выделить две основные группы медицинских документов:

1. Отчетная медицинская документация обладает следующими особенностями: предоставляется в органы управления здравоохранением и другие надзорные органы и отражает в себе основные показатели заболеваемости, профилактики заболеваний и другие характеристики деятельности медучреждений; в большинстве случаев отчетные формы утверждает Росстат, которые также издает методические указания по заполнению отчетности, сроках ее предоставления и т.д.; в ведомственных медучреждениях могут действовать отчетные формы, утвержденные учредителями этих организаций.
2. Учетная документация составляется в отношении конкретных пациентов и содержит в себе: описание его состояния на момент поступления в медучреждения и в процессе его лечения; врачебные назначения в период нахождения в медучреждении; описание проведенных процедур и анализов; описание диагноза пациента, а также факты его подтверждающие. Это так называемая первичная медицинская документация, к которой относятся: карта амбулаторного больного; карта стационарного больного; истории болезни пациентов и другие формы документов.

Статус и виды медицинской документации, которая относится к учетной, можно классифицировать в зависимости от разновидности медучреждения, в которой она оформляется.

Эти виды можно разделить на несколько групп:

1. Медицинская документация амбулаторных и стационарных медучреждений.
2. Медицинская документация экспертных бюро и учреждений.
3. Медицинская документация медучреждений, которые занимаются вспомогательными репродуктивными технологиями.
4. Медицинская документация стоматологических клиник.
5. Медицинская документация, составляемая в лабораториях.

В учетной документации отражается деятельность медицинской организации по лечению и диагностике заболеваний у пациентов. Это значит, что к учетной документации нельзя относить: уставную документацию организации (свидетельства о регистрации в качестве юридического лица, лицензию, устав); документы, которые отражают наличие трудовых отношений с медработниками (приказы, трудовые книжки, личные дела и т.д.).

Назовем некоторые виды документов, которые относятся к учетной документации: в стационаре - журнал записи родов, протокол установления смерти мозга, карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, медкарты пациентов и т.д.; в поликлиниках – медкарта амбулаторного пациента, история развития ребенка, карта обратившегося за психиатрической помощью, талон на прием к врачу, сертификат о профилактических прививках и т.д.; в учреждениях СМЭ - акт судебно – химического исследования, журнал регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге и т.д.; в лабораториях – направление на анализ, направление на микробиологическое исследование, результат микробиологического исследования, анализ крови, результаты других анализов, рабочий журнал лабораторных исследований и т.д.

Первичные и вторичные медицинские документы не должны противоречить друг другу, однако, нередко это правило на практике нарушается. Например, в истории болезни врачом сформулирован один диагноз, а в выписном эпикризе – другой. В дальнейшем это может расцениваться как нарушение, вследствие чего случай оказания медпомощи не будет оплачен организации.

Унифицированные формы документов также утверждает Минздрав РФ. К наиболее часто используемым в работе документам относятся:

- медицинская карта стационарного больного (форма № 003-1/у);

- медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у);

- медицинская карта ребенка (форма № 026/у);

- талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025-1/у);

- журнал записи амбулаторных операций (форма № 069/у);

- журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации (форма № 001/у);

- журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (форма № 109/у).

Ниже перечислим нормативные акты, которые регулируют порядок использования в работе наиболее часто употребляемых унифицированных форм документов:

- Приказ Минздрава России от 30.01.2015 № 29н (ред. от 13.07.2015) "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления".

- Приказ Минздрава России от 29.04.2015 № 216н "Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2015 № 37608).

- Приказ Минздрава России от 06.03.2015 № 87н "Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению".

- Приказ 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".

- Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации"(Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 № 27964).

- Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 № 27961).

1. **Порядок внесения изменений в унифицированные формы учетной медицинской документации**

Ведение медицинской документации подразумевает использование унифицированных форм, которые утверждены уполномоченным органом государственной власти – Минздравом РФ. Данное требование закреплено в п. 11 ч. 2 ст. 14 ФЗ «Об охране здоровья». Таким образом, медучреждения, которые оформляют различные медицинские документы, не вправе разрабатывать собственные формы документации, а также не могут изменять главные реквизиты существующих форм. В ФЗ «Об охране здоровья» закреплена и соответствующая обязанность медучреждения – медицинская документация должна оформляться ими в установленном порядке.

Минздравом РФ на данный момент разработан единый порядок перехода и ведения документооборота в электронном виде в медучреждениях (Приказ Минздрава от 07.09.2020 № 947н). В связи с чем создан единый реестр медицинских документов (РЭМД), который позволяет получать сведения из медкарт пациентов в электронном виде.

Если опираться на постановление Госкомстата РФ № 20 от 24.03.1999 года, то при ведении меддокументации следует учесть: Медучреждение, как и любая другая организация может вносить в первичную учетную документацию некоторые изменения – существующие реквизиты из документов удалять не допускается, но добавлять новые реквизиты в них можно. Изменения, которые были внесены в медицинский документ, должны быть зафиксированы в официальном приказе главного врача. Форматы бланков, которые используются при оформлении медицинской документации можно изменять, поскольку они являются рекомендуемыми. При изготовлении бланков медицинской документации типографским способом допускается изменение ширины граф и столбцов медицинского документа или его фрагмента.

Ответственность при ненадлежащем ведении медицинской документации Медицинская документация – это специальные формы, которые позволяют сохранить и удостоверить события и факты, которые имеют юридическое значение. В связи с этим, неправомерные действия при заполнении медицинской документации влекут за собой наступление различных юридических санкций: ответственность по ст. 13.20 КоАП наступает за нарушение правил учета, хранения и использования документов, помещенных в архивное хранение; по ст. 292 УК РФ наступает ответственность медработников, которые совершили служебный подлог. Иными словами, это намеренное внесение в документ ложных и искаженных сведений из соображений личной корысти либо иной личной заинтересованности; по ст. 303 УК РФ расценивается фальсификация медицинской документации; по ст. 325 УК РФ квалифицируется повреждение, сокрытие, похищение и уничтожение официальных документов, печатей и штампов.

1. **Электронный документооборот**

ЭДО (электронный документооборот) — это применение документов в электронном виде без заполнения бумажных носителей. Передача данных осуществляется через особое программное обеспечение, а все образцы и формуляры заполняются на компьютере. Цель ЭДО в том, чтобы обеспечить повышение скорости работы организации в целом, и бухгалтера в частности, удобства ведения расчетов и конфиденциальности.

Сегодня лишь некоторые компании продолжают заполнять бумаги вручную, поскольку вся бухгалтерская первичка легко создается с помощью программ. Но для передачи документа контрагенту или другому сотруднику фирмы многие продолжают делать распечатку.

Создать электронный документооборот, не отказываясь от бумажного очень просто. ЭДО способен выполнять все те же функции, что и его аналог на бумаге. Он позволяет формировать, редактировать, регистрировать документы, отправлять их клиентам или партнёрам. Кроме того, он значительно упрощает сдачу отчётов в ФНС или другие контролирующие органы. Электронные документы подготавливаются в доступной электронной форме. Они должны быть пригодны для обработки различными системами. Чтобы такой документ имел юридическую силу, он подписывается электронной подписью.

Можно выделить два основных вида ЭДО: внутренний (в пределах одной организации) и внешний (передача данных между компаниями и госучреждениями).

Существует более детальная классификация по типам документов:

- кадровый ЭДО;

- управленческий;

- складской;

- бухгалтерский;

- архивный и т. д.

Многие крупные сервисы поддерживают работу практически с любыми типами документов. Но чаще всего принципы электронного документооборота применяют для первичной бухгалтерской документации или формирования счетов-фактур. Простым примером ЭДО можно считать электронную почту. Она также обеспечивает быструю передачу данных, но эффективна лишь в случае, если обе стороны согласовали обмен данными. Но почта является небезопасным каналом для передачи серьёзных документов. А некоторые государственные службы просто отказываются принимать документы, присланные через обычный имейл.

Переход на новый формат даёт организации ряд безусловных преимуществ, таких как снижение трат на бумагу, оргтехнику, расходные материалы к принтерам и т. д. Также важна экономия времени, поскольку любой документ можно найти в системе, получить или отправить практически мгновенно. Существенно снижается срок создания, согласования, утверждения документации. Не только в соседний офис, а в любой город или регион. Соответственно, повышается эффективность работы сотрудников. При этом пересылаемые данные защищены от несанкционированного доступа. Важным плюсом является отсутствие надобности хранить гигантский бумажный архив.

Отрицательных сторон у нового формата не слишком много. К ним относится риск утраты данных при сбоях программ, неполадках на сервисе или хакерских атаках. А если у организации много партнеров, то есть вероятность, что не все из них уже перешли на ЭДО. В этом случае документооборот компании будет смешанным — электронно-бумажным, что усложнит рабочий процесс. Стоит упомянуть и человеческий фактор, ведь многие сотрудники привыкли к традиционному порядку работы и неохотно согласятся на его изменения. Им придётся объяснить, что переход на ЭДО сделает их работу более слаженной, оперативной и удобной.