

Документы всему голова

Ирина Гриценко, эксперт в области медицинского права и урегулирования споров по качеству оказания медицинских услуг, медицинский адвокат, управляющий партнёр «Лиги защиты медицинского права» рассказывает о требованиях к разработке и использованию в лечебном процессе необходимых документов. Эксперт обращает внимание на то, чем грозит медицинской организации отсутствие документов или отказ пациента от их подписания и как действовать в случае письменных жалоб от пациентов.

Сегодня большинство врачей сталкиваются с огромным числом проверок со стороны различных надзорных органов и знают, что оценка их работы и медицинского учреждения основывается на анализе медицинской документации. Поэтому очень важно вести ее правильно, записи выполнять четко и разборчиво, так, чтобы при чтении у проверяющих возникало как можно меньше вопросов.

Несмотря на то, что начинает развиваться электронный документооборот и о ведении электронных медицинских карт говорят все чаще, эта практика еще не получила широкого распространения. К тому же, ведение медицинской документации в электронном виде накладывает определенные ограничения – **обязательным условием является наличие электронной цифровой подписи у каждого врача, который вносит какие-либо записи в медицинские документы.** На сегодняшний день чаще всего врачи заполняют данные на пациента в электронном виде, как правило, в программе Word, после чего эти документы распечатываются и подписываются. Важно помнить, что целостным документом, который состоит более, чем из одного листа, считается документ, который прошит (требования к документообороту на предприятиях), листы пронумерованы, и стоит пометка, какое именно количество листов пронумеровано. На титульном листе указываются паспортные данные гражданина.

Итак, какие же документы сегодня являются обязательными при взаимодействии с пациентами?

В зависимости от того, какой именно вид медицинской помощи оказывается, определена конкретная форма ведения медицинской документации. Так, по форме 025-У заполняется медицинская карта амбулаторного больного. Приказом Минздрава 834-н утверждены унифицированные формы медицинской документации, в частности, порядок заполнения карты 025-У. Стоит обратить внимание, что специализированные медицинские организации по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, дерматология, стоматология, ортодонтия заполняют соответствующие специальные учетные формы. Нередко возникает вопрос – обязательно ли заполнять медкарты в хронологическом порядке. Как показывает практика, на хронологию заполнения медкарты обращают внимание эксперты. Конечно, если, например, врач находится под следствием, то судебно-медицинские эксперты, не будут обвинять врача на основании того, что при заполнении карты нарушена хронология, для них главное причинно-следственная связь между действиями врача и состоянием пациента, но тем не менее, нарушенная хронология затруднит корректный анализ качества оказания медицинской помощи и может привести к негативным последствиям для медицинского работника. При проверке же документации со стороны представителей страховых компаний

нарушение хронологии ведения записей может стать причиной для снятия с оплаты того или иного случая или штрафов к медицинской организации.

При плановой или экстренной госпитализации также есть определенные требования к документам. Так, например, плановая госпитализация осуществляется по направлению врача, в этом случае заполняется определенный бланк по форме № 057/у-04. Если госпитализацию осуществляет бригада скорой помощи, то она осуществляется по экстренным и неотложным медицинским показаниям. В данном случае подтверждением госпитализации пациента являются корректно заполненные бланки скорой медицинской помощи. И, наконец, в случае самообращения гражданина в медицинскую организацию, когда госпитализация осуществляется при состояниях, угрожающих жизни, – необходимо провести осмотр пациента и все результаты, обосновывающие госпитализацию или отказ от нее, занести в медицинскую документацию.

Очень важный документ – **информированное добровольное согласие (ИДС)**. Согласно статье 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **медицинское вмешательство не может быть оказано пациенту без получения ИДС от него или его законного представителя. Добровольное информированное согласие должно быть заполнено в полном объеме и содержать информацию:** о целях и методах оказания медицинской помощи; о риске, связанном с оказанием медицинской помощи; о возможных вариантах медицинского вмешательства; о последствиях проведенного медицинского вмешательства; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Помимо этого, в форме ИДС необходимо указать реквизиты, которые позволяют идентифицировать лицо, которому оказывается медицинская услуга (ФИО, адрес регистрации, паспортные данные). При составлении ИДС желательно избегать сложных терминов и использовать максимально понятную лексику, чтобы пациент понимал, что именно он подписывает. В конце документа рекомендуется написать фразу о том, что пациент был в доступной форме ознакомлен с полной информацией о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах. ИДС должно быть заверено подписью пациента, врача, а на самом документе проставлена дата, соответствующая дате подписания документа.

Обязательный пункт при оказании медицинских услуг – составление плана лечения (в соответствии с приказом Минздрава 203-н). План лечения может быть составлен предварительно при первичном обращении пациента, в дальнейшем необходимо составление основного плана лечения. Не следует пренебрегать этим документом. В марте 2018 года Верховный Суд РФ вынес решение о пересмотре дела, связанного с оказанием медицинской помощи, а основанием для пересмотра стало отсутствие плана лечения в медицинской документации. Сегодня **план лечения – один из основных документов, который подтверждает не только то, что пациенту были разъяснены возможные варианты лечения, предложены определенные варианты, но и то, что пациент подписал согласие именно на тот способ лечения, который указан в данном плане.**

Часто врачи задаются вопросом, что делать, если пациент отказывается от каких-либо услуг, которые входят в стандарт оказания медицинской помощи и которые, в соответствие с этим стандартом, положены по ОМС. В подобных случаях необходимо оформить еще один **значимый документ – отказ от медицинского вмешательства**. Этот важнейший документ будет защищать врача и организацию в случае претензий со

стороны пациента. Он оформляется по принципам, схожим с оформлением ИДС (указываются реквизиты, которые позволяют идентифицировать самого пациента, четко и однозначно прописывается вид медицинского вмешательства, от которого пациент отказывается, и то, что пациент получил понятные разъяснения о последствиях отказа от данного вида медицинского вмешательства).

Нередко возникают проблемы при оказании медицинской помощи детям, если родители пишут отказ от оказания медицинской помощи, а врачи, например, бригады скорой помощи, понимают, что ребенок нуждается в срочной госпитализации. В ФЗ №323 содержится перечень пунктов, когда медицинское вмешательство возможно без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя. В частности, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека. **Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается либо консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации.** Эти правила действуют и в случаях, если на вызове бригады скорой помощи к ребенку отсутствуют его родители (законные представители), а ребенок находится с бабушкой или другими лицами, которые не имеют право на подписание данного документа. Госпитализировать ребенка по экстренным показаниям возможно без подписания ИДС его законными представителями.

Если пациент находится в сознании, в состоянии подписать ИДС или отказ от тех или иных медицинских манипуляций, но отказывается это делать, то крайне важно отразить этот факт в документах. Необходимо составить акт об отказе пациента подписывать ИДС и заверить его подписью самого пациента или свидетелей (в качестве свидетелей могут выступать как коллеги врача, так и, например, родственники пациента). При подписи такого акта важно указать персональные данные свидетелей, чтобы в случае конфликта у контролирующих органов была возможность опросить их и подтвердить их показания.

В наши дни взаимоотношения между пациентом и медицинской организацией регламентирует еще и такой важный документ, как **«Согласие на обработку персональных данных»**, который очень быстро получил повсеместное распространение. В ФЗ №152 «О персональных данных» сказано, что обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.** Этот документ также необходимо оформить при обращении пациента за медицинской помощью.

Часто возникает вопрос о том, нужно ли вводить в медучреждении дополнительные документы и положения, которые не предусмотрены стандартными приказами. **Дополнительные положения и акты в стенах медицинского учреждения разрабатывать можно и нужно, если это поможет оказывать качественную медицинскую помощь и одновременно защитить врачей от необоснованных претензий и обвинений.** Например, одной из клиник «Лига защиты медицинского права» помогла разработать положение «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи и правила фиксации больных по медицинским показаниям». Данный документ

был рассчитан на стационары, где лечатся пациенты с неврологическим статусом, и либо сами больные после выписки, либо их родственники могли предъявить претензии к тому, что применялись некие физические меры воздействия. При этом, без применения этих мер пациенты могли нанести вред сами себе или окружающим. Безусловно, к разработке подобных документов надо подходить очень тщательно. Так, в данном положении было указано, что фиксация больного – исключительная, вынужденная и крайняя мера стеснения и применяется только при наличии медицинских показаний по распоряжению лечащего врача или заведующего отделением. В документе были перечислены медицинские показания, при которых применяются меры физической фиксации: психомоторное возбуждение, состояние расстроенного сознания, агрессивное поведение и т.д. Наличие подобного положения в профильной медицинской организации было необходимо и защищало врачей от необоснованных претензий. Если, по мнению руководства медицинской организации, существующие стандартные положения не охватывают весь спектр взаимоотношений между врачами и пациентами, то разрабатывать документы, отвечающие потребностям конкретного ЛПУ, – крайне важно.

Несколько слов необходимо сказать о том, на каких условиях **сам пациент имеет доступ к медицинской документации**. Сегодня пациенты часто просят в медучреждениях оригинал медицинской карты, чтобы убедиться, что их лечение идет верно. И по статье 22 ФЗ №323 «Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них», но в то же время медкарта является учетной первичной медицинской документацией, которая в любой момент может быть затребована контролирующими органами. Пациенту же может быть предоставлена копия, заверенная уполномоченным лицом, необязательно главным врачом, это может быть лицо, которому выдана доверенность на заверение документов или лицо, в должностные обязанности которого входит такое заверение. Если же пациент настаивает на выдаче оригинала медкарты, то документ может быть предоставлен ему для обозрения. И при знакомстве с ним, пациент вправе делать фотокопию медкарты.

С развитием технологий все чаще запросы на ознакомление с медицинской документацией поступают на электронную почту медорганизации с просьбой предоставить отсканированные страницы. Но это может нарушить права самого пациента. При запросе с электронного адреса невозможно быть уверенным, что запрос поступил от самого пациента. Статья 13 ФЗ №323 «Соблюдение врачебной тайны» гласит, что распространение любых данных, относящихся к врачебной тайне, возможно только с письменного согласия пациента. Поэтому, чтобы получить копию или ознакомиться с оригиналом, пациент должен лично явиться в медучреждение и подать запрос. Если он обращается не лично, а через доверенное лицо, то **у доверенного лица должны быть нотариально удостоверенная доверенность, в которой будут указаны полномочия на обращение от имени пациента в медицинскую организацию, в том числе и на предоставление копий медицинских документов**.

Конечно, бывают ситуации, когда нужен доступ к медкарте, а сам пациент, например, находится в другом городе. В данном случае целесообразно направить в МО письменный запрос по почте, приложив к письму опись – перечень полного названия и количества документов. В данном случае работник почты должен получить паспорт человека, удостовериться, что это именно он поставил подпись на описи, после этого

письмо запечатывается и отправляется в медицинскую организацию, таким образом дополнительно подтверждается, что запрос на документы направлен самим пациентом.

Часто врачи интересуются, что делать, если пациент заявляет о желании провести аудио или видеозапись приема у врача. Рекомендуется разработать положение или регламент с пунктами о проведении видеозаписи в стенах конкретной медицинской организации. Дело в том, что проведение аудио и видеосъемки во время приема может невольно спровоцировать раскрытие врачебной тайны (так, в кабинете врача хранятся медкарты других пациентов и нет гарантии, что они не попадут в кадры съемки), что является нарушением врачебной тайны других пациентов. Необходимо спокойно объяснить это пациенту. А составленный заранее документ о проведении видео или аудиозаписи в МО, с которым можно в любой момент ознакомить пациента, способен предотвратить многие недоразумения.

Со своей стороны врачи тоже бывают заинтересованы в том, чтобы записать на аудио или видео примеры агрессивного поведения пациентов. Они совершенно правы в желании зафиксировать данный факт, но нет необходимости снимать инцидент на видео, что может спровоцировать еще больший конфликт. Достаточно составить акт, где указано, что пациент вел себя в неподобающей форме. Такой акт подписывается двумя-тремя свидетелями, свидетелями могут стать как пациенты, ожидающие очереди, так и коллеги по работе. В тех случаях, когда пациент ведет себя агрессивно, при этом речь не идет об оказании экстренной помощи, врач может отказаться от ведения пациента. Данный факт необходимо задокументировать. Лечащий врач должен сообщить об отказе от пациента в письменной форме главному врачу. В свою очередь, главный врач в течение трех дней должен принять решение о передаче пациента другому специалисту. Если в МО нет другого врача необходимого профиля, то может быть выписано направление на ведение пациента в другом медицинском учреждении.

Сегодня буквально каждый шаг при взаимодействии врач-пациент документируется. Нередко врачи говорят, что устали от заполнения бумаг и отчетности. Но сегодняшние реалии таковы, что правильное заполнение документов эквивалентно сбору доказательств невиновности врача, ведь правильно составленные документы – основная защита при конфликтах.