

Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача?

А.А. Старченко

Менеджер здравоохранения.- 2016.- № 4 .- С. 58-68.

Минздрав России, утвердив приказом от 07.07.15 г. № 422ан новые критерии оценки качества медицинской помощи, значительно повысил статус медицинской документации и внес ее оформление, не смотря на противодействие Национальной медицинской палаты, в критерии качества оценки медпомощи.

Тогда как Коллегия Счетной палаты Российской Федерации в решении от 04.12.2015 года № 56К (1067) «О результатах контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года» поддержала Президента Национальной медицинской палаты профессора Л.М. Рошала и отметила низкую значимость нарушений в оформлении медицинской документации.

Законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятым в 2011 году с мотивацией о необходимости существенного улучшения качества оказываемой гражданам России медицинской помощи в статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» были анонсированы Критерии оценки качества медицинской помощи: «2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». С изданием приказа Минздрава России от 07.07.15 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» этот проект обрел юридическую реальность. Важнейшей новацией стало введение критериев оценки качества медицинской помощи, основанных на принципах и обязательствах надлежащего ведения медицинской документации, которая имеет существенное практическое значение:

во-первых, подводится итог дискуссии, о том, что качество медицинской помощи и качество ведения медицинской документации – это разные сущности;

во-вторых, качество медицинской помощи отождествляется с качеством ведения медицинской документации – это важнейший принцип управления качеством медицинской помощи;

в-третьих, ликвидируется иллюзия безнаказанности за дефекты ведения медицинской помощи;

в-четвертых, актуализируется отражение клинического мышления врача в медицинской документации;

в-пятых, вводится новая мотивация: история болезни становится нужной не только для прокурора, но и для адвоката врача, чтобы адвокат мог на ее основании сформулировать позиции защиты врача.

К критериям оценки качества медицинской помощи, основанным на принципах и обязательствах надлежащего ведения медицинской документации, приказ Минздрава № 422 ан относит:

- ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

-- заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

-- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

- формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

- назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного

заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

- указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

- установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения);

- внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

-- принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

-- принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

- формулирование прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией, т.е. фактически формулирование планируемого результата оказания медицинской помощи;

- оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Приложением № 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)» к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Приказом Федерального фонда ОМС от 10.12.10 года № 230, предусмотрена формулировка такого рода дефектов: *«Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)».*

Двадцатилетний опыт экспертной деятельности в системе ОМС позволил предложить алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (2, 4, 6, 7).

К дефектам оформления первичной медицинской документации, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, относят нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

1. Отсутствие обоснования предварительного диагноза (диагнозов), тактики ведения (наблюдения) больного.

2. Отсутствие обоснования клинического диагноза (по результатам дополнительного обследования), формулировка диагноза должна соответствовать МКБ – X пересмотра;

3. Отсутствие рубрикации заключительного клинического диагнозов на три рубрики:

4. Отсутствие в заключительном клиническом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84.

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах. Поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

- передозировка правильно назначенного лечебного средства;
- прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;
- все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;
- смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации;
- смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий;
- анафилактический шок;
- смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием.

5. Отсутствие обоснования лечебно-диагностического плана ведения пациента.

6. Нарушения в протоколировании ведения больного (заполнении дневниковых записей): – отсутствие необходимых результатов врачебного осмотра пациента, анализа результатов проведенных диагностических исследований, нарушения регулярности ведения дневниковых записей при плановом ведении больного **ежедневно**, при динамическом наблюдении - не реже 3-4 раз в сутки, при интенсивном наблюдении - каждые 2-4 часа. Обоснование:

1) Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий), утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 года № 1030, утвержденная МЗ СССР от 20.06.83 г. № 27-14/70-83 (в ред. Приказов Минздрава СССР от 31.12.1987 N 1338, от 25.01.1988 N 50) (письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 N 14-6/242888 сообщено, что после отмены данного документа не было издано нового альбома образцов учетных форм, в связи с этим учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России использовали в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные данным документом): «Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. N 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т.д.»;

2) письмом Росздравнадзора от 22 мая 2006 г. N 01И-421/06 «О результатах проверок реализации Федерального Закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году и 1 квартале 2006 года» установлена обязательность указания в дневниковых записях гемодинамических показателей: «При этом выявлены следующие недостатки:

- назначение лекарственных средств без осмотра пациента, по просьбе родственников;
- назначение препарата без проведения необходимого обследования;
- в дневниковых записях не зафиксированы гемодинамические показатели»;

3) приказом МЗ и СР РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.05 г. установлено: «74. Обход больных в стационаре медицинской части производится врачом утром ежедневно. Всех поступивших в течение последних суток в стационар осматривает начальник медицинской части, в последующем он осматривает этих больных по необходимости, но не реже одного раза в неделю и перед выпиской. Результаты осмотра больных начальником медицинской части с диагнозом и рекомендациями заносятся в истории болезни и подписываются им.

Дневник заболевания ведется врачом 1 раз в 2-3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях. Утром и вечером измеряется и записывается в историю болезни температура тела»:

4) приказ МЗ СССР от 09.06.86 г. № 818 «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм» установил: «5.4.1. При заполнении «Медицинской карты стационарного больного»:

- жалобы больного при поступлении и анамнез настоящего заболевания должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию;

- данные общего анамнеза фиксируются в истории болезни только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения;

- данные первичного обследования заполняются кратко, с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного;

- протоколы записей консультантов должны вестись кратко с указанием патологических изменений и рекомендуемых назначений;

- ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться по необходимости, в зависимости от состояния больного, кратко и четко, но не реже 3-х раз в неделю, за исключением находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести;

- детям до 3-х лет дневники заполняются ежедневно.

5.4.2. При заполнении "Медицинской карты амбулаторного больного" в период обследования, наблюдения и лечения пациента в амбулаторных условиях кратко отражать в названной карте следующие основные данные:

- анамнестические;

- патологию, диагноз;

- проводимое лечение;

- состояние трудоспособности».

Из приведенных документов следует, что дневниковые записи должны, как правило, производиться ежедневно в качестве протокола осмотра больного, а также в обязательном порядке оформляться при:

- изменении в состоянии здоровья пациента;

- изменении в диагностических или лечебных назначениях;

- получении данных о результатах диагностических назначений;

- проведении и оценке подбора адекватной терапии;

- проведении и оценке курсового лечения;

- получении результатов консультаций специалистов и результатов экспертизы.

7. Отсутствие или небрежное заполнение листа врачебных назначений с отметками о выполнении. Функция лечащего врача – обоснование назначения и назначение препарата, определение дозового режима и длительности курса, мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата. Назначение лекарственного препарата врачом фиксируется датой и подписью.

Мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата невозможны без наличия отметок о введении препарата медицинской сестрой. В отсутствие отметок о введении и подписи лица, осуществившего введение, отсутствуют письменные доказательства этого введения.

8. Отсутствие или небрежное заполнение температурного листа.

9. Отсутствие результатов назначенного дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально – диагностического, инструментального и т.д.) в соответствии с листом назначений.

10. Отсутствие или небрежное заполнение этапных эпикризов - реже 1 раза в 10 дней, а также при превышении контрольных сроков госпитализации (без обоснования необходимости задержки пациента), отсутствие результатов обходов и осмотров должностных лиц (заведующего отделением 1 раз в неделю), отсутствие анализа реализации лечебно-диагностического плана ведения пациента, отсутствие оценки эффективности предпринятых методов лечения и обоснования продолжения лечения или изменения его тактики.

11. Отсутствие или небрежное заполнение выписного эпикриза, необходимого для соблюдения преемственности в оказании медицинской помощи, без правильно рубрифицированной формулировки заключительного клинического диагноза, без описания результатов диагностического исследования, без перечисления применяемых методов лечения с указанием наименований и дозировок фармакологических препаратов, без описания динамики и итогового состояния больного, без оценки результата (исхода) лечения, без рекомендаций пациенту после выписки их учреждения здравоохранения.

12. Отсутствие или небрежное заполнение в соответствующих случаях:

1) предоперационного эпикриза без обоснования показаний и предполагаемого объема оперативного вмешательства; без обоснования необходимости планового и экстренного оперативного вмешательства, без отражения диагноза по основному и сопутствующим заболеваниям, степени выраженности функциональных нарушений, абсолютных или относительных

противопоказаний к операции, адекватности предоперационной подготовки, плана операции, степени риска оперативного вмешательства;

2) протокола операции, не содержащего:

- сведений о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады;
- сведений о виде операции (наименование), виде обезболивания,
- описание операции (доступ, топография, размер, направление разреза, слои рассекаемых тканей);

- описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, подробное описание хода выполнения операции с описанием проведения гемостаза в ране, числа тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольного счета марли и инструментов, описание завершения операции (вид швов, повязка);

- описание удаленного макропрепарата;

- подпись членов бригады.

3) протокола предоперационного осмотра анестезиологом, протокола течения анестезии, реанимационной карты;

4) протоколов переливания компонентов крови и кровезаменителей;

5) протокола патологоанатомического исследования;

6) карты донесения о случае материнской смертности.

13. К дефектам оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, могут быть отнесены нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

13.1. Отсутствие рубрикации патологоанатомического диагноза.

13.2. Отсутствие в патологоанатомическом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи по МКБ X пересмотра (коды 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84 для случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин).

13.3. Отсутствие в развернутом клинко-патологоанатомическом эпикризе:

1) обоснования патологоанатомического диагноза;

2) описания и обоснования характера осложнений и танатогенеза;

3) описания и анализа проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением;

4) указания на совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае с указанием причины расхождения; для перинатальных вскрытий - с обоснованием связи болезни плода (новорожденного) с патологией родов и течением беременности матери;

5) указания на выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации.

13.4. Отсутствие дополнительной записи в протоколе патологоанатомического исследования и медицинской карте стационарного больного с указанием на окончательный патологоанатомический диагноз в случае изменения патологоанатомического диагноза после гистологического и других видов исследования.

13.5. Отсутствие заключения клинко-патологоанатомической конференции учреждения здравоохранения о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, т.е. несовпадении любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по:

- ее сущности и наличию (наличие в клиническом диагнозе иной нозологической формы (гипердиагностика), или отсутствие данной нозологической формы (гиподиагностика),

- локализации (в том числе в пределах одного органа, такого как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка с ее шейкой, почки, поджелудочная железа, сердце и др.),

- этиологии, характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние).

I категория расхождения - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно - профилактическом установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении.

II категория расхождения - заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

III категория расхождения - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

13.6. Нарушение срока внесения в историю болезни патологоанатомического диагноза (позднее 10 дней после вскрытия).

14. Проверка формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов осуществляется в соответствии с Правилами формулировки и кодирования заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов; правила оформления заключения о причине смерти (врачом-патологоанатомом) и медицинского свидетельства о смерти; правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов), утвержденными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Российским обществом патологоанатомов, АНО «Система добровольной сертификации патологоанатомических исследований» (2006). Требования к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов являются едиными. Соблюдение этих требований (стандарта) должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях (1, 8).

14.1. Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца», «Хроническая ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

14.2. Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», а также неточных: «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит», «инфаркт-пневмония» и им подобных.

14.3. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза:

1) «Основное заболевание» — при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном («Комбинированное основное заболевание») — двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями) при мультикаузальном («Полипатии») — тремя и более заболеваниями. Следует, по возможности, избегать формулировки диагноза с указанием более двух основных заболеваний и ограничиваться моно- или бикаузальными вариантами из-за особенностей дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза;

2) «Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода;

3) «Сопутствующие заболевания».

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства, как прямые последствия хирургического заболевания, и, в соответствии с требованиями МКБ-10, считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

Нерубрифицированные заключительный клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов). Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно

оформленный. В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза независимо от результатов патологоанатомического вскрытия выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине — неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

14.4. В рубриках диагноза «Основное заболевание» и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно — синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, особенностей пато-, морфо-, и танатогенеза, указываются ее проявления. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными. Патологоанатомический диагноз — всегда развернутый, комплексный, включающий все известные в данном конкретном случае морфологические, клинко-лабораторные и другие данные.

14.5. Перечислять осложнения необходимо в патогенетической или временной последовательности. Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность.

14.6. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями — это особый вид ятрогенных патологических процессов.

14.7. Ятрогения — результат любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных). К ятрогениям следует относить только те патологические процессы, которые возникли как «результат действия» — медицинских мероприятий, а не запоздалого действия или бездействия медицинского персонала. Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах в любых рубриках. В рубриках «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 1-м месте в структуре комбинированного основного заболевания или полипатии) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинко-морфологически доказанных:

- передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;
- непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;
- случаях смерти:
- от анафилактического шока;
- во время наркоза и анестезии;
- в результате профилактических медицинских мероприятий;
- в результате косметических медицинских мероприятий.

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают ятрогенные патологические процессы (кроме анафилактического шока и смерти во время наркоза или анестезии), обусловленные правильно, по показаниям, в соответствии с действующими стандартами проведенными диагностическими, лечебными, реанимационными, реабилитационными (но не профилактическими или косметическими) мероприятиями. Танатогенетическое значение таких ятрогенных осложнений может быть различно: от смертельных осложнений (непосредственных причин смерти), до, практически, не игравших роли в танатогенезе.

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии могут быть патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями.

В соответствии с требованиями МКБ необходимо рассматривать оперативные вмешательства, как прямые последствия хирургического заболевания, и считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

14.8. Соответствие формулировки диагноза Методическим рекомендациям МЗ РФ «Клинические классификации некоторых внутренних заболеваний и примеры формулировки диагнозов» (1995) и Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра, Информационно-методическому письму МЗ РФ «Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины», Методическим рекомендациям МЗ РФ от 03.12.01 г. «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями», письму МЗ и СР РФ от 26 апреля 2011 г. N 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10».

15. Расшифровка условий применения данного кода дефектов очевидна: нечитаемые записи в медицинской документации не позволяют мне, эксперту медицинской помощи, оценить качество оказанной помощи, но и грубо нарушают права граждан в сфере здравоохранения:

15.1. Права гражданина на медицинскую информацию, установленное ст. 22 «Информация о состоянии здоровья» Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в сфере здравоохранения»:

«4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.»

5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.»

Таким образом, если имеется неразборчивая или нечитаемая запись в меддокументации, которую не может прочитать врач-эксперт СМО с 5 летним стажем практической работы или врач ЭКМП с 10-летним стажем, то гражданин лишен права на ознакомление с текстом медицинской документации. Одновременно нарушено право пациента и гражданина на получение консультации других врачей-специалистов по такой нечитаемой документации. Нарушено право пациента и на получение копий медицинской документации надлежащего качества, т.к. такие копии также содержат неразборчивый или нечитаемый текст.

15.2. Нарушение права пациента-гражданина на консультацию, предусмотренную п. 3 части 5 статьи 19 Закона РФ: *«5. Пациент имеет право на: 3) получение консультаций врачей-специалистов»*, т.к. нечитаемый и неразборчивый текст лишает консультанта полной и необходимой медицинской информации о пациенте, что приведет, либо к отказу от консультации, либо, будет способствовать выводам консультации ненадлежащего качества, в т.ч. опасным для жизни и здоровья пациента.

15.3. Нарушение права гражданина на преемственность в оказании медицинской помощи: нечитаемая медицинская документация лишает права гражданина на надлежащее качество медицинской помощи при переводе в другую медорагнизацию, в т.ч. на важнейший критерий качества - своевременность медицинской помощи: врачи не поучат полной и достоверной информации о состоянии пациента, об оказанной ему медицинской помощи и ее результатах на предыдущем этапе.

15.4. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на проведение независимой медицинской экспертизы, предусмотренного ч. 3 ст. 58 Закона РФ № 323-ФЗ.

15.5. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на проведение полноценной экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренное статьей 64 Закона РФ № 323-ФЗ и статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Закона РФ № 326-ФЗ: *«1. Застрахованные лица имеют право на: 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования»*, к которым (правам и интересам) относится право на надлежащее качество оказанной медицинской помощи, вывод о качестве которой может быть сделан только по результатам экспертизы надлежаще оформленной, т.е. полностью читаемой и разборчивой, медицинской документации.

15.6. Лишение права гражданина – потребителя медицинских услуг на полную и достоверную информацию, как о предлагаемой, так и о выполненной медицинской услуге нечитаемым текстом о потребительных свойствах медицинской услуги в соответствии с нормой статьи 10 «Информация о товарах (работах, услугах)» Закона РФ «О защите прав потребителей»: «1. Изготовитель (исполнитель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного выбора».

Литература

1. Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Воробьев С.Л., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Правила формулировки диагноза: Часть 2. Ятрогении (патологии диагностики и лечения) М., 2006.- 30 с.

2. Старченко А. А., Зинланд Д. А., Фуркалюк М. Ю., Рыкова И.В. Медицинское страховое право: насущные проблемы системы менеджмента качества медицинской помощи //Страховое Право. - 2011.- №2.- С. 4-7.

3. Старченко А.А., Зинланд Д.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Гуженко М.Д., Гончарова Е.Ю., Сергеева Л.А., Яковлева С.Я. Практические алгоритмы экспертизы качества медицинской документации // Заместитель главного врача. - 2011.- № 9 (64).- С. 38-52.

4. Старченко А.А. Проблемы экспертизы качества медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза.- 2012.- № 1.- С.38-46.

5. Старченко А.А., Тарасова О.В., Гуженко М.Д., Яковлева С.Я., Гончарова Е.Ю., Сергеева Л.А. Взаимодействие патологоанатомической службы и страховой медицинской организации в системе ОМС по повышению качества медицинской помощи и снижению смертности // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза.- 2012.- № 4.- С. 40-48.

6. Старченко А.А. Экспертизы медицинской помощи в свете Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза.- 2012.- № 6.- С.38-50.

7. Старченко А.А. Страховые принципы: снизить риски пациентов //Здравоохранение.- 2016.- № 1.- С. 34-37.

8. Хабриев Р.У., Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Никонов Е.Л. Правила формулировки диагноза: Часть 1. Общие положения.- М., 2006.- 50 с.