

Секция 1. Документ в современном информационном и правовом пространстве

А.В.Бабинова (РГППУ)

Документирование медицинского обслуживания населения

Медицинское обслуживание в России имеет множество проблем, одной из которых является оценка качества медицинской помощи и контроля над ней. Основной проблемой при определении качества медицинской помощи является отсутствие эталонов (стандартов). Но и создание стандартов не сможет принести большого успеха, так как лечение – это индивидуальный процесс. Одним из факторов, позволяющих определить качество медицинской помощи, является документация, которая ведется во всех медицинских учреждениях, независимо от формы собственности, специфики деятельности. Значение медицинской документации очень велико: хранение персональных данных больного, постановка правильного диагноза (внимательное составление истории болезни ставит правильный диагноз в 70 % случаев)¹. На сегодняшний день, оформление медицинской документации опирается на нормативную базу советского периода².

Медицинская документация – система документов установленной формы, предназначенная для записей данных, возникающих в процессе осуществления медицинским персоналом лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и прочих мероприятий, а также для их обобщения и анализа. Кроме этого данный вид документации является неопровержимым доказательством в суде, для подтверждения вины или ее отсутствия.

¹ Бернард Лаун Утерянное искусство врачевания запись. М.: 1998. - 272 с.

² "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Приказ № 1030 от 14.10.1986 "О сокращении затрат времени на ведение медицинской документации и упразднение ряда учетных форм". Приказ № 818 от 09.06.86

Медицинская документация состоит из первичной учетной и отчетной документации, которые обязательны для всех учреждений здравоохранения страны. По своему функциональному назначению документы первичного учета можно разделить на несколько групп.

Первая группа предназначена для врачебного и среднего медперсонала. К ним относятся унифицированные формы медицинских карт, например: медицинская карта стационарного больного, медицинская карта прерывания беременности, история родов, история развития новорожденного и т.д. в зависимости от специфики деятельности медицинского учреждения. Формы документов этой группы содержат записи наблюдений за состоянием больного в период его лечения, назначений лечебно-диагностического характера и результатов их применения.

Документы второй группы предназначены для контроля и связи между отдельными звеньями обслуживания больного внутри учреждения и в других учреждениях: выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного, экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку и др. Они содержат основные сведения о заболевшем и являются оперативным сигналом для проведения необходимых санитарных мероприятий.

Документы третьей группы отражают в основном объем выполняемой работы медперсоналом: дневник работы среднего медперсонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, колхозного роддома, журнал учета процедур и др.¹

Существует и другая учетная документация, применяемая на станциях скорой помощи, учреждениях судебно-медицинской экспертизы, лабораториях, находящихся в составе лечебно-профилактических учреждениях т.д.

Первичную учетную документацию используют для составления отчетной документации, медицинской статистики. К отчетной документации

¹ Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий). Утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 (утв. Минздравом СССР от 20 июня 1983 г. N 27-14/70-83) (с изменениями от 25 января 1988 г.)

относятся: внеочередные донесения, ежедневные формы медицинские отчетности, а также периодические медицинские отчеты по подчиненности в установленные сроки.

27 декабря 2002 г. в России принят ФЗ №184 “О техническом регулировании”, определивший новые подходы к системе стандартизации. Этот закон ввёл принцип добровольного применения национальных стандартов, а также отменил стандарты отраслевые (в связи с чем была закрыта программа отраслевой стандартизации Минздрава). За прошедшие пять лет новая роль стандартов так ещё и не осознана до конца. Вступивший в силу 1 января 2008 г. национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» (ГОСТ Р 52636-2006) – первый (и пока единственный) в области медицинской информатики. Его главная цель – определить статус электронных медицинских документов как составной части медицинской документации¹.

Стандарт формирует идеологию создания хранилищ персональной медицинской информации и является базой для внедрения порталных технологий, обеспечивающих интеграцию разнородных данных, возникающих в независимых медицинских системах². При этом история болезни (и шире – медицинская документация) рассматривается с точки зрения концепции документооборота, определяются особенности медицинского документооборота и основные требования к нему.

Наиболее важные принципы стандарта следующие:

1. Принцип разумной достаточности в обеспечении безопасности;
2. Права доступа;
3. Единое информационное пространство.

Стандарт позволяет построить «Единое хранилище персональных записей о здоровье» – пожизненный электронный банк данных, собираемый самим пациентом и содержащий всю его личную медицинскую информацию. Ответственность за ввод данных в систему и предоставление к ним доступа

¹ “Электронная история болезни. Общие положения” ГОСТ Р 52636—2006 от 1 января 2008.

² Мохов А.А. Электронная медицинская карта как фактор развития здравоохранения и защиты прав российских граждан//Медицинское право. М.:2010. №1. С. 78-85.

возлагается на пациента при сохранении ответственности медицинских работников за их содержание. Такой подход актуален с учетом закона РФ «О персональных данных», признающего самого пациента единственным полноправным владельцем своей медицинской информации. Наиболее перспективным представляется размещение архивов в Интернете, что обеспечит удобные инструменты загрузки и визуализации, доступ к ним из любой точки, а также позволит службам скорой помощи оперативно получать информацию¹.

Е.С.Березович (НТГСПА)

Документирование процедуры регистрации организаций малого бизнеса

В процессе кардинальной перестройки экономики страны начали появляться новые формы объединений, не относящиеся к государственному сектору, функционирование которых потребовало разработки иных процедур документирования. В настоящее время под субъектами малого предпринимательства понимаются коммерческие организации, в уставном капитале которых доля участия РФ, субъектов РФ, общественных и религиозных организаций (объединений), благотворительных и иных фондов не превышает 25 процентов; доля, принадлежащая одному или нескольким юридическим лицам, не являющимся субъектами малого предпринимательства, не превышает 25 процентов; средняя численность работников за отчетный период не превышает предельных уровней².

¹ Мохов А.А. Электронная медицинская карта как фактор развития здравоохранения и защиты прав российских граждан//Медицинское право. М., 2010. №1. С. 78-85.

² Федеральный закон от 14.06.1995 N 88-ФЗ "О государственной поддержке малого предпринимательства в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации. 1995. № 25. Ст. 2343.