Документ предоставлен [КонсультантПлюс](https://www.consultant.ru)

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ

(ТФОМС ЮГРЫ)

N 652

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ

(ДЕПЗДРАВ ЮГРЫ)

N 1621

ПРИКАЗ

от 30 декабря 2015 года

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА РАБОТЫ С ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ

ДОКУМЕНТАЦИЕЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ,

КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ПРАВИЛ

ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. приказов Территориального фонда обязательного медицинскогострахования ХМАО - Югры N 458/1, Департамента здравоохранения ХМАО - ЮгрыN 951 от 12.09.2016,Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - ЮгрыN 394, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 601 от 07.06.2017,Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - ЮгрыN 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018,Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - ЮгрыN 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономногоокруга - Югры N 164 от 18.02.2019) |  |

В соответствии с Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, утвержденным постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 18.03.2011 N 66-п, в редакции постановления Правительства ХМАО - Югры от 24.08.2012 N 305-п, Положением о Департаменте здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, утвержденным постановлением Губернатора Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 01.07.2010 N 118, в редакции постановлений Губернатора Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 27.04.2011 N 54, от 13.03.2012 N 35, от 20.11.2012 N 155, от 04.02.2013 N 12, от 02.03.2013 N 26, от 28.04.2014 N 52, от 09.09.2014 N 101, от 06.08.2015 N 84), в связи с принятием Приказа Минздрава России от 15.12.2014 N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению", Приказа Минздрава России от 07.07.2015 N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" приказываем:

1. Утвердить "Порядок работы с первичной медицинской документацией при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и правила оформления медицинской документации" (далее Порядок) согласно [приложению](#P56).

2. Руководителям медицинских организаций Ханты-Мансийского округа Югры, включенным в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры использовать в деятельности [Порядок](#P56), утвержденный настоящим Приказом, с момента подписания.

3. Совместный приказ ТФОМС Югры и Депздрава Югры от 27.08.2014 N 416/756 "Об утверждении Порядка работы с первичной медицинской документацией при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (вместе с правилами оформления медицинской документации)" признать утратившим силу.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника управления организации медицинской помощи Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

Директор Территориального фонда

обязательного медицинского страхования

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры

А.П.ФУЧЕЖИ

Директор Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры

А.В.ФИЛИМОНОВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры от 30.12.2015 имеет номер 652, а не номер 625. |  |

Приложение

к Приказу ТФОМС Югры/Депздрава Югры

от 30.12.2015 N 625/1621

ПОРЯДОК

РАБОТЫ С ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА

И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ

ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ

МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ (ДАЛЕЕ - ПОРЯДОК)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. приказов Территориального фонда обязательного медицинскогострахования ХМАО - Югры N 458/1, Департамента здравоохранения ХМАО - ЮгрыN 951 от 12.09.2016,Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - ЮгрыN 394, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 601 от 07.06.2017,Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - ЮгрыN 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018,Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - ЮгрыN 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономногоокруга - Югры N 164 от 18.02.2019) |  |

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок определяет правила оформления медицинской документации в медицинских организациях (далее - МО), процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) и территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (далее - ТФОМС Югры) контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, а также заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1.2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение в установленных объемах, сроках и условиях бесплатной медицинской помощи надлежащего качества.

1.3. Настоящий Порядок разработан в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных";

- Федеральным законом от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле";

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 N 950 "Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека";

- Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению (вместе с "Порядком заполнения учетной формы N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", "Порядком заполнения учетной формы 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", "Порядком заполнения учетной формы N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения", "Порядком заполнения учетной формы N 030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг", "Порядком заполнения учетной формы N 032/у "Журнал записи родовспоможений на дому", "Порядком заполнения учетной формы N 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение", "Порядком заполнения учетной формы N 072/у "Санаторно-курортная карта", "Порядком заполнения учетной формы N 076/у "Санаторно-курортная карта для детей", "Порядком заполнения учетной формы N 079/у медицинская справка на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь", "Порядком заполнения учетной формы N 086/у медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)", "Порядком заполнения учетной формы N 086-2/у журнал регистрации выдачи медицинских справок (формы N 086/у и N 086-1/у)", "Порядком заполнения учетной формы N 043-1/у медицинская карта ортодонтического пациента")";

- Приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 N 942 "Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи" (вместе с инструкцией по заполнению формы отраслевой статистической отчетности N 40, инструкциями по заполнению учетных форм N 109/у, N 110/у, N 114/у, N 115/у);

- Приказом Минздрава России от 14.04.2015 N 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению";

- Приказом Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры N 164 от 18.02.2019)

- Приказом Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818 "О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм";

- Приказом Минздрава России от 21.12.2012 N 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них";

- Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи";

- Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства";

- Приказом Минздрава России от 06.06.2013 N 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий";

- Приказом Минздрава РФ от 25.11.2002 N 363 "Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови";

- Приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию";

- Приказом ФМБА России от 30.03.2007 N 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство" (вместе с "Инструкцией по заполнению бланков добровольного информированного согласия");

- Приказом Минздрава РФ от 03.07.2000 N 241 "Об утверждении "Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений" (вместе с "Инструкцией о порядке ведения учетной формы N 026/у-2000 "Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов";

- Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения". (При применении следует учитывать, что настоящий Приказ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750, однако Письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 N 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные настоящим Приказом.);

- Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения";

- Приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 01.02.2012 N 35 "О применении единого бланка направления";

- Стандартом оформления и заполнения амбулаторной истории болезни стоматологического пациента, утвержденным Советом окружной общественной организации стоматологов ХМАО - Югры, протокол Совета ОООС ХМАО - Югры N 2 от 13.03.2015.

2. Понятия и общие требования к оформлению медицинской

документации

2.1. Медицинская документация - это документы установленной формы, в том числе электронной, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию. Медицинская документация может быть учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские организации. Врачи /фельдшеры /акушерки медицинских организаций несут ответственность за правильность оформления соответствующих документов.

(п. 2.1 в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

2.2. К первичной медицинской документации относят следующие документы: медицинская карта стационарного больного, медицинская карта прерывания беременности, история родов, история развития новорожденного, медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, история развития ребенка, медицинская карта стоматологического больного, индивидуальная карта беременной и родильницы, карта вызова скорой медицинской помощи, сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему, журналы регистрации исследований / посещений / процедур и другие унифицированные формы медицинской документации, утвержденные в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

(п. 2.2 в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 394, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 601 от 07.06.2017)

2.3. Первичная медицинская документация на бумажном носителе и в форме электронного документа (далее - ПМД) является юридическим документом, в медицинской документации на бумажном носителе, заполняемом вручную, все записи должны быть четкими, легко читаемыми (возможен печатный (компьютерный) вариант внесения записей). Каждая запись заверяется подписью лечащего врача с расшифровкой фамилии (при ведении записей в медицинской карте стационарного больного на бумажном носителе одним врачом, допускается расшифровка только в первой записи), в случае ведения в форме электронного документа, ПМД подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью врача (далее - электронная подпись) и указывается дата внесения записи, при оказании экстренной медицинской помощи - дата и время внесения записи.

(п. 2.3 в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

2.4. При оформлении ПМД обеспечивается гарантия достоверности, подлинности информации, защиты от несанкционированного доступа, дописок и искажений. В целях исправления технических ошибок, допущенных при оформлении записей в ПМД, допускаются дописки и исправления только лицом, осуществлявшим соответствующую первичную запись. Все необходимые исправления делаются непосредственно за подписью врача, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

2.5. ПМД должна обладать полнотой записей, отражать все произведенные манипуляции, назначения, результаты инструментальных, лабораторных, иных исследований, проведенные хирургические вмешательства, перемещения пациента в пределах медицинской организации и за ее пределами и прочее.

2.6. Эксперты, проводящие анализ ПМД, исходят из добросовестности МО при ведении документации, полагают, что лечебный процесс имеет полное отражение в документе, основываясь на принципе "что отражено - то имело место, что отсутствует - то не имело места".

2.7. Ведение медицинской документации является одним из критериев оценки качества медицинской помощи, сформированных на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом РФ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (Приказ Минздрава России от 07.07.2015 N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи").

2.8. ПМД может служить источником информации для пациента или его законного представителя о состоянии здоровья, в соответствии с пп. 4, 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3. Особенности оформления отдельных видов первичной

медицинской документации

3.1. Требования к оформлению медицинской карты стационарного

больного

Медицинская карта стационарного больного (ф. N 003/у, далее также - история болезни, стационарная карта) является основным медицинским документом стационара, который оформляется на каждого поступившего в стационар больного. Стационарная карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Медицинская карта стационарного больного содержит следующую информацию.

Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован пациент, номер и серия страхового медицинского полиса.

Направление пациента на стационарное лечение при плановой госпитализации по форме N 057/у~04, утвержденной Приказом Депздрава Югры от 01.02.2012 N 35. При госпитализации самостоятельно обратившегося пациента обоснование показаний для госпитализации.

Паспортная часть:

- номер истории болезни;

- фамилия, имя, отчество;

- дата рождения, возраст (для детей до 1 года - количество месяцев, для детей до 1 месяца - дней);

- адрес постоянного места проживания пациента (для приезжих также указывается адрес места пребывания);

- домашний телефон (при наличии);

- место работы / учебы, занимаемая должность;

- при госпитализации детей указываются фамилия, имя, отчество матери (отца), место работы, должность и контактные телефоны.

Общие сведения:

- дата и час поступления (обращения) в приемный покой (отделение), время первичного осмотра врача, время госпитализации в стационар; дата выписки, дата и время смерти;

- медицинская организация, направившая больного;

- диагноз, установленный медицинской организацией, направившей больного;

- показания для госпитализации - плановая госпитализация или госпитализация для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме (при этом указывается количество часов, прошедших с момента начала заболевания или получения травмы).

Диагноз при поступлении, заверенный подписью установившего врача. Предварительный диагноз устанавливается врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию.

Клинический диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации; при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.

Клинический диагноз с указанием даты установления и заверенный подписью лечащего врача (с расшифровкой) должен быть вынесен на титульную страницу истории болезни. В случаях, когда трехдневный срок приходится на выходные (нерабочие дни), клинический диагноз оформляется в первый, следующий за выходным рабочий день.

Сопутствующие заболевания вне обострения / субкомпенсации / декомпенсации, указанные со слов больного, не относящиеся непосредственно к причине госпитализации, до установления специалистом соответствующего профиля могут в клинический диагноз не выноситься, но должны быть упомянуты в анамнезе жизни.

Обоснование клинического диагноза оформляется соответствующей записью в стационарной карте, подписывается лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром) не позднее трех рабочих суток от момента поступления пациента в стационар. В случаях, когда трехдневный срок приходится на выходные (нерабочие дни), обоснование диагноза оформляется в первый, следующий за выходным рабочий день.

При поступлении пациента в экстренном порядке, обострении хронического заболевания у длительно болеющих пациентов и/или в случае отсутствия необходимости в дообследовании для верификации диагноза, допускается обоснование клинического диагноза при поступлении. При этом дата клинического диагноза на первой странице должна совпадать с датой диагноза при поступлении.

В случаях кратковременного пребывания пациента в стационаре (менее 3-х суток) в связи с преждевременным прекращением лечения (перевод в другую медицинскую организацию по профилю заболевания, отказ от дальнейшего стационарного лечения, самовольный уход, летальный исход) при условии, что за этот период представление о диагнозе (предварительном диагнозе, выставленном при госпитализации) не изменилось, клинический диагноз может выноситься без оформления его обоснования, достаточным будет обоснование предварительного диагноза.

При установлении диагноза в результате оперативного вмешательства протокол операции может служить в качестве обоснования клинического диагноза.

При переводе пациента в дневной стационар, отделение медицинской реабилитации дополнительного обоснования клинического диагноза не требуется, выставляется диагноз, указанный в направлении.

При затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решение принимается консилиумом врачей.

При изменении клинического диагноза окончательный клинический диагноз также должен быть обоснован.

Заключительный клинический диагноз должен быть рубрифицирован на основной, осложнения, сопутствующий, с указанием кода МКБ-10.

Кратность госпитализаций по поводу данного заболевания в текущем году (первичная, повторная и количество).

Исход заболевания, дата, при летальном исходе - время.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Абзац исключен. - Приказ Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры N 164 от 18.02.2019.

Жалобы больного при поступлении должны записываться кратко, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию.

Анамнез развития заболевания (anamnesis morbi) записывается кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к течению настоящего заболевания.

В анамнезе жизни (anamnesis vitae) фиксируются данные только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения.

При необходимости анамнез жизни может содержать информацию о ранее перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и операциях, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции (информация о ВИЧ-инфекции, зафиксированная со слов пациента в сопутствующий диагноз и на первую страницу титульного листа не выносится), неблагополучном эпиданамнезе, патологической наследственной предрасположенности. Медицинская документация больных гепатитами подлежит маркировке в соответствии с нормативными и методическими документами.

Группа крови и резус-принадлежность. Определение крови по системе АВО и Резус-принадлежности осуществляется при включении указанных диагностических услуг в стандарты оказания медицинской помощи и/или по клиническим показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

Группу по системе АВ0 (далее - группа крови) и Резус-принадлежность определяет врач или другой специалист, имеющий подготовку по иммуносерологии.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

Результаты исследования группы крови и Резус-принадлежности вносятся в медицинскую карту стационарного больного врачом или специалистом, проводившим исследование и заверяется подписью либо электронной подписью лечащего врача с указанием даты определения, Ф.И.О. врача или специалиста, установившего группу крови и Резус-принадлежность. В случае ведения ПМД в форме электронного документа, результаты исследования группы крови и Резус-принадлежности вносятся в медицинскую карту стационарного больного врачом или специалистом, проводившим исследование и заверяется электронной подписью лечащего врача с указанием даты определения, Ф.И.О. врача или специалиста, установившего группу крови и Резус-принадлежности.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

Запрещается переносить данные о группе крови и Резус-принадлежности на титульный лист медицинской карты стационарного больного из других документов.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

Аллергологический анамнез записывается на лицевую сторону истории болезни в строке "Побочное действие лекарств (непереносимость)" / "Медикаментозная непереносимость" с указанием названия лекарственного препарата, характера побочных действий (непереносимости) и заверяется подписью специалиста, выявившего данную информацию. В случае ведения первичной медицинской документации в форме электронного медицинского документа, аллергологический анамнез вносится в электронную медицинскую карту и заверяется электронной подписью специалиста, выявившего данную информацию, в соответствии с требованиями для документа на бумажном носителе, с обязательным отображением сигнальной информации для лечащего врача в медицинской информационной системе медицинской организации.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры N 164 от 18.02.2019)

При травмах указывается время, причины и обстоятельства травмы, а также время обращения за первичной медицинской помощью, причины, по которым не обращался к врачу (касается криминальных).

Сроки проведения первичного осмотра пациента в приемном отделении или профильном структурном подразделении / дневном стационаре или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - безотлагательно;

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме - не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

- проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации - не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар).

Данные объективного обследования больного заполняются кратко с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного. Выявленные патологические изменения описываются с указанием характерных симптомов, всем больным хирургического профиля описывается локальный статус с отражением органических и функциональных изменений, выносятся критерии тяжести состояния.

Новорожденным указывается оценка физического развития, недоношенным новорожденным оценка гестационной зрелости.

После описания приемного статуса обязательно формулируется предварительный диагноз, формируется план обследования и план лечения.

План обследования и лечения. Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре проводится с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии). В плане лечения указывается метод (объем) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики.

Особенности течения заболевания, требующие дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований вносятся в стационарную карту соответствующей записью, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром).

Необходимость проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации принимается врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту.

В план обследования и план лечения включается перечень лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи (с частотой применения 1,0) и клинические рекомендации (протоколы лечения).

Лекарственные препараты назначаются с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

Назначение и выписывание лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется но международному непатентованному, группировочному или торговому наименованию. Назначения оформляются на русском или латинском языках.

В плане лечения указываются общие группы препаратов, необходимые для лечения пациентов в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, с последующей детализацией (способ введения, форма выпуска, разовая доза и кратность приема в сутки, дата назначения и дата отмены) лечащим врачом в листах назначений.

Случаи незапланированной отмены лечения и назначения другого препарата кратко обосновываются в дневниках.

Расчет парентерального питания документируется.

Химиотерапия должна быть обоснована с учетом гистологической формы опухоли.

При назначении наркотических препаратов ведение отдельного листа, либо отдельная запись в дневниках врача с указанием названия препарата, формы выпуска, дозы, формы введения, даты и времени, подпись врача, назначившего препарат, и подпись медсестры, выполнившей назначение.

Согласование назначения лекарственных препаратов с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также при наличии, с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:

1) одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту;

2) назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

В вышеуказанных случаях назначение лекарственных препаратов фиксируется в медицинских документах пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица). В медицинской организации, расположенной в сельском населенном пункте или населенном пункте, расположенном в удаленных и труднодоступных местностях, назначение лекарственных препаратов в случаях, указанных выше, осуществляется медицинским работником единолично.

Лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям назначаются по решению врачебной комиссии. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного, оформляется с обязательной ежедневной отметкой среднего медицинского работника о выполнении, не реже 2 раз в сутки в круглосуточном стационаре. При необходимости, в зависимости от профиля заболевания пациента, по назначению лечащего врача, отражаются и др. показатели.

Отметка о выданных листках нетрудоспособности.

Лист регистрации переливания трансфузионных сред: отмечаются показания к трансфузии, дата и время трансфузии, возникшие реакции или осложнения в ходе трансфузии или после нее, фамилия врача, проводившего трансфузию. Записи о трансфузии делает лечащий врач / дежурный врач или врач - трансфузиолог.

Осмотр заведующего профильным отделением (дневным стационаром): проводится в обязательном порядке в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром), допустимо совмещение дневниковой записи лечащего врача с записью осмотра заведующего отделением. Исключение составляют случаи поступления в диализные центры (дневные стационары) для проведения заместительной почечной терапии методом диализа.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 458/1, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 951 от 12.09.2016)

Больные в тяжелом состоянии и в состоянии средней тяжести должны быть осмотрены заведующим отделением (в рабочие дни) в течение суток с момента госпитализации.

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены и внесены в медицинскую карту стационарного больного.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

Запись врача-рентгенолога, врача эндоскопической диагностики, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения, допускается вынесение предполагаемого диагноза.

Оформление дневников, этапных и выписных эпикризов. Дневники оформляются с указанием даты, а при необходимости и времени осмотра, в них отражается динамика состояния пациента, т.е. изменения, которые происходят в процессе его лечения, данные объективного осмотра, изменения представлений о больном, изменения в плане обследования и лечения.

Данные о гемодинамических показателях, температуре тела у пациентов в удовлетворительном состоянии должны быть зафиксированы средним медицинским персоналом в температурном листе формы N 004/у, дублирование этой информации в дневниках не обязательно.

Ведение дневников для больных в стабильном состоянии должно осуществляться не реже 3 раз в неделю.

В выходные и праздничные дни дневники наблюдения оформляются дежурным врачом пациентам, требующим динамического наблюдения, и пациентам, обратившимся за помощью в течение дежурства.

В дневнике наблюдения лечащего врача после выходных (праздничных) дней необходимо указать динамику состояния пациента за прошедшие дни.

При корректировке плана обследования и лечения требуется внеочередная / дополнительная дневниковая запись. Смена лечащего врача должна быть зафиксирована соответствующей записью в истории болезни.

Больным, находящимся в тяжелом состоянии, дневниковые записи делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день.

Детям до 3 лет при лечении в круглосуточном стационаре дневники заполняются ежедневно, в дневном стационаре или в отделении медицинской реабилитации ведение врачом дневников для больных в стабильном состоянии должно осуществляться не реже 3 раз в неделю.

Ведение дневников детям старше трех лет в удовлетворительном состоянии должно осуществляться 3 раза в неделю, в состоянии средней тяжести - 5 раз в неделю, при тяжелом состоянии - не менее 4 раз в сутки, а при необходимости - чаще.

Больным, получающим наркотические и сильнодействующие препараты, дневниковые записи делаются ежедневно.

Ведение врачом дневников больным в стабильном состоянии, получающим паллиативную медицинскую помощь стационарно, должно осуществляться не реже 1 раза в неделю.

Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного.

Принятие решения при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения проводится консилиумом врачей.

Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных Федеральным законом, созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей).

Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом.

Этапные эпикризы. Эпикриз должен отражать динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз; этапные эпикризы оформляются не реже 1 раза в 14 дней. В случаях, когда дата оформления этапного эпикриза приходится на день выписки пациента из стационара или предшествует ему, то необходимости в оформлении этапного эпикриза нет. Допускается оформление записи этапного эпикриза совместно с записью обхода заведующего отделением, дневниковой записью лечащего врача. Эпикриз должен содержать краткую информацию о:

- трактовке результатов лабораторных исследований;

- консультациях;

- возникших осложнениях в ходе лечения;

- изменениях в плане обследования или лечении.

Пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь, этапные эпикризы могут не оформляться.

Переводной эпикриз. При наличии медицинских показаний для перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации решение о переводе принимается заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту.

При наличии медицинских показаний для перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, решение о переводе принимается врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент.

Преемственность в наблюдении и лечении осуществляется посредством переводного эпикриза, который содержит краткий анамнез, сведения о проведенных лечебных и диагностических мероприятиях, цель перевода, рекомендации по лечению и обследованию. Переводной эпикриз заверяется подписью заведующего отделением.

Выписной эпикриз оформляется по окончании госпитализации. Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, характер и результаты проведенного обследования и лечения, сведения о проведенном медикаментозном лечении указываются кратко (названия препаратов, общие группы препаратов). При необходимости продолжения медикаментозного лечения в разделе "рекомендации" выписного эпикриза отражается подробная информация о рекомендованном лечении: указывается международное непатентованное наименование (МНН), разовая доза и кратность приема в сутки, длительность рекомендованного курса лечения, при необходимости время приема препарата. В случае проведенного оперативного вмешательства указывается дата и вид вмешательства, динамика симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Указываются дозы лучевой нагрузки.

Выписка из истории болезни стационарного больного выполняется в печатном варианте в двух экземплярах.

При выявлении (декомпенсации уже имеющегося) сопутствующего непрофильного заболевания в период стационарного лечения по основному заболеванию, если это потребовало дополнительного обследования, консультаций специалистов по профилю сопутствующего заболевания и коррекции лечения, в первичной документации все этапы диагностики и лечения должны быть отражены по общим требованиям, включая развернутую информацию в выписном эпикризе и рекомендации по дальнейшему лечению.

Медицинская карта стационарного больного должна быть оформлена в день выписки больного из стационара.

Согласно критериям качества медицинской помощи по завершении лечения в стационарных условиях оформляется выписка из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанная лечащим врачом, заведующим профильным отделением и заверенная печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданная на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Протокол установления смерти человека. Информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется протоколом установления смерти человека.

Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз.

Если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные и праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно дежурным врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения. В этом случае врач, лечивший больного, должен в приемном статусе отразить свое мнение о диагнозе.

Не позднее тридцати суток после проведения патологоанатомического исследования врач-патологоанатом вносит в медицинскую карту стационарного больного патологоанатомический диагноз и клинико-патологоанатомический эпикриз, а также копию протокола патологоанатомического вскрытия.

В случае отказа от патологоанатомического вскрытия в истории болезни оформляется письменное "Заявление об отказе от вскрытия" от лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего с указанием причины отказа (в соответствии с п. 3 ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Минздрава России от 06.06.2013 N 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий", ст. 5 Федерального закона от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле").

3.1.1. Особенности ведения медицинской карты стационарного

больного хирургического профиля

Предоперационное заключение / эпикриз должен содержать краткую информацию о следующих данных:

- показания к операции;

- обоснование необходимости планового или экстренного оперативного вмешательства;

- абсолютные или относительные противопоказания к операции;

- условия для проведения оперативного вмешательства с указанием степени выраженности функциональных нарушений;

- намеченный план операции, предполагаемый объем операции;

- Ф.И.О. оперирующего хирурга.

Предоперационный осмотр анестезиолога содержит осмотр анестезиолога и протокол анестезии для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения, выявленные при физикальном обследовании, отмечаются артериальное давление (АД), пульс, особенности в данных лабораторного и инструментального обследования. Характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. План анестезиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик.

Протокол анестезиологического пособия должен быть внесен в медицинскую карту стационарного больного хирургического профиля в течение первых 24 часов после операции. Оценка состояния больного описывается непосредственно перед индукцией анестезии. Указывается вид анестезии (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация); индукция анестезии, поддержание, применение основных и специальных методик (искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и т.д.); данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери и диурез; дозы и путь введения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии; необычное течение анестезии и осложнения.

(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 715, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 515 от 06.07.2018)

Протокол операции - указывается дата и час проведения операции, название выполненной операции, вид применяемого обезболивания, этапы, ход и техника операции, встретившиеся находки или отклонения в ходе выполнения операции, все патологические изменения, встретившиеся во время операции, описание удаленного макропрепарата, послеоперационный диагноз, состав операционной бригады с указанием фамилий врачей и среднего медицинского персонала, длительность операции.

В протоколе полостных операций должны быть указаны выполненные меры по предупреждению оставления инородных тел: контрольный счет марли, инструментов; методы гемостаза и его качество.

Протокол операции заполняется и подписывается оперирующим хирургом в день операции. При установлении диагноза в результате оперативного вмешательства, протокол операции может служить в качестве обоснования клинического диагноза.

Дневники наблюдения записываются в первые сутки после оперативного вмешательства, далее по состоянию пациента; офтальмологическим больным необходимо писать дневник наблюдения на следующий день после операции, далее при удовлетворительном состоянии допускается осмотр через день.

В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые пациенту (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

3.1.2. Особенности ведения медицинской карты стационарного

больного в отделении реанимации и интенсивной терапии

При поступлении больного в отделение реанимации и интенсивной терапии (далее - ОРИТ) принимающий врач записывает краткое представление о больном с указанием имеющегося симптомокомплекса, обусловившего тяжесть состояния.

В ОРИТ больной наблюдается лечащим врачом профильного отделения и/или дежурным реаниматологом, о чем делаются записи в истории болезни, не реже 3 раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма; изменения терапии; обоснование дополнительных видов обследования.

Заведующий ОРИТ в рабочие дни ежедневно осматривает всех больных отделения. Лечащий врач профильного отделения ведет дневниковые записи больным, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, заведующий профильным отделением осматривает больных не реже 2 раз в неделю.

Вместо листа назначения в ОРИТ ведется "Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии", в котором фиксируются основные параметры жизнедеятельности, все врачебные назначения. Возможно ведение отдельных листов назначений для базисной терапии.

При переводе больного из ОРИТ оформляется краткий переводной эпикриз.

Врач профильного отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из ОРИТ и записывает краткое клиническое представление о больном.

3.2. Требования к оформлению первичной медицинской

документации дневного стационара

При лечении в дневном стационаре на каждого пациента оформляется и ведется "Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому), стационара дневного пребывания в больнице" (ф. N 003-2/у-88) или "Медицинская карта стационарного больного" (ф. N 003/у) в соответствии с "Инструкцией о порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах", утвержденной "Союзмедстатистикой" N 27-14/4-88 от 08.04.1988, или требованиями к оформлению медицинской карты стационарного больного ([п. 3.1](#P121) настоящего Порядка).

Ведение дневников для больных злокачественными новообразованиями, получающих специализированную противоопухолевую терапию пероральными препаратами, в том числе таргентными, должно осуществляться не реже 1 раза в неделю.

(абзац введен приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры N 164 от 18.02.2019)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства".

При выписке пациента из дневного стационара или переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар в порядке преемственности заполняется выписной или переводной эпикриз, в котором указываются основные этапы проведенного лечения, достигнутые результаты и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента в амбулаторных условиях, допускается оформление подробной записи в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, если таковая имелась в дневном стационаре.

Досрочная выписка пациента из дневного стационара должна быть обоснована в первичной медицинской документации пациента дневного стационара, о факте его выписки необходимо сообщить в МО, направившую пациента в дневной стационар.

Требования к выписному / переводному эпикризу пациентов дневного и круглосуточного стационара едины ([п. 3.1](#P121) настоящего Порядка).

3.3. Требования к оформлению медицинской карты пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. N 025/у), утвержденная Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (далее также Карта, амбулаторная карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в медицинскую организацию.

Карта заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях. На каждого пациента в медицинской организации или его структурном подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна Карта, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.

Карты не ведутся на пациентов, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

Карта заполняется врачами, медицинскими работниками со средним профессиональным образованием, ведущие самостоятельный прием, заполняют журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой, в соответствии с Порядком заполнения учетной формы N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утвержденным Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н, обязательно.

Каждая запись в амбулаторной карте должна подписываться врачом, с расшифровкой подписи как минимум в 1 записи одного и того же врача, с указанием даты записи.

Информированное добровольное согласие оформляется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства".

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: в Порядке заполнения учетной формы N 025/у пункты 24, 25 отсутствуют. |  |

Записи об амбулаторных посещениях производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений в соответствии с пунктами 24, 25 Порядка заполнения учетной формы N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утвержденного Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н.

При внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, результаты первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, оформляются записью в амбулаторной карте не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;

В ходе первичного приема пациента лечащим врачом:

- устанавливается предварительный диагноз;

- формируется план обследования пациента;

- формируется план лечения с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента.

В план обследования и план лечения включается перечень лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения).

Лекарственные препараты назначаются и выписываются в соответствии с установленным порядком (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения").

Клинический диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), должен быть полным, согласно принятым клиническим классификациям по основному, сопутствующим заболеваниям с указанием форм, стадий заболеваний, осложнений, кода по МКБ-10.

Обоснование клинического диагноза оформляется соответствующей записью в амбулаторной карте в течение 10 дней с момента обращения.

При затруднении установления клинического диагноза проводится консилиум врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

С учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения проводится коррекция плана обследования и плана лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Оформление направления на госпитализацию. При наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, вносится соответствующая запись в амбулаторную карту с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований. При направлении пациента в стационар, дневной стационар лечащий врач (участковый терапевт, врач узкой специальности, др.) определяет показания для направления, о чем делается запись в амбулаторной карте. Лечащий врач выдает пациенту направление, в котором указывается Ф.И.О. пациента, домашний адрес, клинический диагноз, дата согласованной госпитализации, фамилия, инициалы и подпись направившего врача (с расшифровкой). Направление на госпитализацию оформляется по форме, утвержденной Приказом Депздрава Югры от 01.02.2012 N 35.

Эпикриз. В случае выбытия пациента из района обслуживания медицинской организации оформляется эпикриз, который направляется в медицинскую организацию по месту медицинского наблюдения пациента или выдается на руки пациенту.

В случае смерти оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы "Медицинское свидетельство о смерти", а также указываются все записанные в нем причины смерти.

На диспансерных больных в амбулаторной карте оформляется эпикриз при постановке на диспансерный учет в виде плана наблюдения на последующий период.

Рекомендуется выделять в амбулаторной карте лист флюорографических и других целевых осмотров.

3.4. Требования к оформлению истории развития ребенка

История развития ребенка (ф. N 112/у) является основным медицинским документом детской поликлиники. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и о его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников - до окончания средней школы).

История развития ребенка заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике - при первичном патронаже (вызове на дом) или при первом обращении в поликлинику. История развития ребенка содержит следующую информацию:

Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован ребенок, номер и серия страхового медицинского полиса.

Паспортная часть:

- паспортные данные: фамилия, имя, отчество; дата рождения;

- домашний адрес;

- информацию о родителях (ФИО, возраст, место работы и должность).

Информация о дородовом патронаже.

Выписка из родильного дома для детей 1 года жизни. При ее отсутствии, для детей, прибывших с других территорий, допустимо внесение информации о течении беременности, родов, оценки состояния новорожденного при рождении, динамики раннего неонатального периода со слов родителей.

Информация о патронаже новорожденного с указанием: течения беременности, родов, оценки состояния новорожденного при рождении, динамики раннего неонатального периода.

Данные повторных патронажей (врачебных, сестринских);

Этапные эпикризы в декретированные возрастные периоды с комплексной оценкой состояния развития, оценками физического и нервно-психического развития (в 3, 6, 9, 12, в 24 и 36 месяцев):

- метрические данные (антропометрия, параметры нервно-психического развития);

- анамнестические данные (генеалогический, биологический, социальный анамнез, сведения за предшествующий осмотру период);

- "объективные данные (соматический статус, жалобы, самочувствие, поведенческие реакции, состояние органов и систем, результаты лабораторных исследований, перенесенные заболевания);

- заключение (уровень физического и нервно-психического развития, поведение, диагноз, группа здоровья);

- назначения (профилактические, лечебно-оздоровительные и медико-педагогические);

Данные осмотра специалистов.

Карта учета профилактических иммунизаций;

Лист уточненных диагнозов;

Для диспансерных пациентов:

- этапный эпикриз с комплексной оценкой состояния здоровья, динамикой соматического и неврологического статуса, данных физического, биологического и нервно-психического развития, функционального состояния организма;

- клинический диагноз (в соответствии с современными классификациями);

- данные о направлениях на госпитализацию;

- рекомендации, включающие медикаментозные и немедикаментозные методы лечения и организацию здорового образа жизни;

- данные о направлениях на санаторно-курортное лечение.

При прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, заполняется учетная форма N 030-ПО/у-12 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего".

3.5. Требования к оформлению первичной медицинской

документации при оказании скорой медицинской помощи

3.5.1. Оформление карты вызова скорой медицинской помощи

Карта вызова скорой медицинской помощи является учетной формой документации станции (отделения) скорой медицинской помощи и заполняется в станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи (далее СМП) выездными врачебными и фельдшерскими бригадами; заполняется на каждый случай выезда бригады скорой медицинской помощи, в соответствии с Инструкцией по заполнению учетной формы N 110/у "Карта вызова скорой медицинской помощи" (приложение N 8 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 N 942).

Карта вызова скорой медицинской помощи содержит те необходимые сведения, характеризующие состояние больного (пострадавшего) в течение времени оказания скорой медицинской помощи, согласно установленной нозологической единице.

Большая часть строк заполняется путем отметки знаком "V" нужного признака; возможно ведение в электронном виде.

Жалобы - записываются на основании опроса больного, со слов родственников и, при необходимости, со слов знакомых или окружающих (в случаях, когда пациент не может самостоятельно предъявлять жалобы). Жалобы больного должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию.

Анамнез развития заболевания (anamnesis morbi) - отражаются данные, имеющее отношение к течению настоящего заболевания. Анамнез настоящего заболевания должен записываться кратко, с указанием лишь данных, непосредственно относящихся к заболеванию.

Анамнез жизни (anamnesis vitae) заполняется медицинским работником только в тех случаях, когда это необходимо врачу (фельдшеру) для установления диагноза, оценки состояния больного и определения дальнейшей тактики.

Аллергологический анамнез заполняется в случае наличия в анамнезе аллергических реакций.

Данные объективного обследования - заполняется путем отметки знаком "V" нужного признака. Дополнения по течению настоящего заболевания или состояния отмечаются в соответствующем разделе и заполняются кратко с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного.

Заключение электрокардиограммы - при регистрации электрокардиограммы (ЭКГ), расшифровывается при грубых отклонениях от нормы ЭКГ. Приложение ЭКГ к карте вызова не обязательно.

Диагноз и его код по МКБ-10 является предварительным, устанавливается врачом / фельдшером в результате опроса и осмотра больного. Возможно установление синдромального диагноза. При наличии осложнений указывается код осложнения основного диагноза в соответствующем поле.

В целях оптимизации работы станций (отделений) скорой медицинской помощи по заполнению первичной медицинской документации (в том числе в электронном виде) пункт 13 ("Вызов") Карты вызова скорой медицинской помощи может быть дополнен следующими значениями: "вызов совместный"; "вызов активный".

3.5.2. Оформление Сопроводительного листа станции

(отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему

Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (далее - Сопроводительный лист, Талон) является учетной формой документации станции (отделения) скорой медицинской помощи (ф. N 114/у), предназначен для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи больным, заполняется выездными врачебными и фельдшерскими бригадами на больных и пострадавших в случаях их транспортировки в медицинские организации самостоятельно или по направлению лечащего врача.

Сопроводительный лист, Талон заполняются в соответствии с Инструкцией по заполнению учетной формы (приложение N 9 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 N 942).

Талон заполняется в следующем порядке:

1) лицевую сторону в полном объеме заполняют медицинские работники (врач, фельдшер) бригады СМП при передаче больного в приемное отделение стационара;

2) оборотная сторона заполняется в стационаре больничного учреждения врачом отделения, в которое был госпитализирован больной.

Талон при выписке больного (или в случае его смерти) отрывается и по заполнении пересылается на станцию (отделение) скорой медицинской помощи, которая доставила больного в стационар.

Содержание Сопроводительного листа, Талона не может быть сокращено по числу пунктов, но может быть дополнено, например: показатели гемодинамики до и после оказания скорой медицинской помощи (дополнения должны быть утверждены внутренним приказом учреждения).

Паспортные данные и сведения о полисе обязательного медицинского страхования вносятся по предъявлении документов бригаде СМП при наличии. При их отсутствии в период работы бригады СМП делается отметка: "ФИО, возраст - со слов...".

3.6. Требования к оформлению медицинской карты

стоматологического больного

При оказании стоматологической медицинской помощи основным первичным медицинским документом является разработанная и утвержденная Советом окружной общественной организации стоматологов ХМАО - Югры (протокол Совета ОООС ХМАО - Югры N 2 от 13.03.2015) амбулаторная история болезни стоматологического пациента (ф. N 043/у, далее также АИСП).

В медицинских организациях/ отделениях/ кабинетах стоматологического профиля на каждого пациента заводится одна амбулаторная история болезни стоматологического пациента, где производятся записи всеми врачами стоматологического профиля, к которым пациент обращался.

Если АИСП предоставлена по запросу суда или органов следствия, оформляется дубликат АИСП, в соответствии с настоящими требованиями, с номером, соответствующим оригиналу.

АИСП содержит описание проведенного осмотра, обследования (в том числе лабораторного, инструментального), консультации, проводимого лечения, назначений, выполненной операции или процедуры, обобщенного заключения о состоянии пациента и т.д., записи визируются подписью врача с расшифровкой подписи.

АИСП содержит:

- Паспортную часть;

- Анкету пациента о сопутствующих и перенесенных заболеваниях;

- Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

- Лист отказа от медицинского вмешательства (при необходимости);

- Лист первичных осмотров;

- Лист визуального скрининга онкостоматологических заболеваний;

- Лист уточненного диагноза;

- Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях содержит дату направления на рентгенологическое исследование, номер зуба, диагноз и вид рентгеновского исследования, Ф.И.О. врача, направившего на рентгеновское исследование, Ф.И.О. рентгенолаборанта, проводившего исследование, эффективную эквивалентную дозу (ЭЭД);

- Лист описания панорамной томограммы, компьютерной томограммы (при необходимости). При проведении цифровой объемной томографии врачом-рентгенологом оформляется протокол, с указанием номера исследования, даты исследования, дозы лучевой нагрузки, описания полученных данных. Ф.И.О. врача-рентгенолога;

- Лист согласия пациента на обработку персональных данных. Заполняется самим пациентом (в отношении лиц, не достигших возраста 14 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, заполняется их законными представителями);

- Лист заявления пациента о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи (не обязательно).

Дневник оказанной медицинской помощи пациенту оформляется лечащим врачом. Записи должны быть четкими и разборчивыми и содержать в себе только утвержденные внутренним приказом по медицинской организации сокращения. Все необходимые исправления в АИСП делаются немедленно за подписью врача, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Дневник содержит:

- План обследования, лечения и консультаций (для первичных пациентов). Составляется на основании результатов обследования, предварительного диагноза и содержит диагностические исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза; консультации других специалистов (включая общесоматических), заведующих отделениями; дальнейшее лечение.

- Жалобы - включают информацию о характере, продолжительности, локализации, периодичности боли, усугубляющие и успокаивающие факторы, а также сопровождающие симптомы.

- Анамнез заболевания (когда заболел, с чего началось заболевание, куда обращался, где обследовался и лечился, какие ставились диагнозы, влияние лечения на течение заболевания и т.п. При обращении с травмами описываются обстоятельства полученной травмы, дата и время ее получения.

- Стоматологический анамнез: развитие настоящего заболевания, ранее проводимое лечение и его эффективность.

- Имеющиеся вредные привычки.

- Вид вскармливания, наличие аномалий прикуса в семье (на ортодонтическом приеме).

Данные объективного осмотра - внешнего осмотра и общего состояния пациента (по необходимости). Данные осмотра полости рта с заполнением зубной формулы с использованием официально принятых сокращений (О - отсутствует, R - корень, С - кариес, Р - пульпит, Pt - периодонтит, П - пломбированный, А - пародонтит, I, II, III - степень подвижности, К - коронка, И - искусственный зуб, Im - имплант, F - силант); описание прикуса (ортогнатический, прогенический, прогнатический, прямой, открытый, перекрестный, сменный, молочный), патологическая стираемость зубов; описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков, языка и неба.

Результаты проведения пробы на термические раздражители при диагностике кариеса дентина.

На ортодонтическом приеме указываются: состояние слизистой оболочки полости рта, профиль, описываются преддверие полости рта, уздечки, прикус, имеющиеся нарушения функций жевания, глотания, речи, дыхания, пальпации (по необходимости) зондирования, перкуссии.

Необходимые индексы - на пародонтологическом приеме, при обучении гигиене полости рта (в том числе гигиенистом стоматологическим), при неудовлетворительной гигиене полости рта на ортодонтическом приеме, на терапевтическом приеме перед проведением профессиональной гигиены полости рта.

Данные дополнительных методов обследования (при необходимости): описание данных дополнительных методов обследования (электроодонтодиагностики (ЭОД), рентгенологических методов обследования).

Рентгеновские снимки, радиовизиография, ортопантомограмма (ОПТГ) и др. являются неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного. Допускается ведение только электронной базы данных результатов рентгенодиагностического обследования. Пациенту выдают на руки не сам снимок, а его изображение на бумажном или ином носителе - например, копию с визиографа, распечатку сканированного изображения, данные на электронном носителе.

Описание внутриротовых рентгенологических снимков и панорамной томограммы производятся врачами-стоматологами всех специальностей, зубными врачами. Описание телерентгенографических снимков производится врачом-ортодонтом. Данные компьютерной томографии, рентгенографические снимки костей лицевого черепа, височно-нижнечелюстного сустава описываются врачом-рентгенологом с последующим оформлением протокола.

Электроодонтодиагностика проводится в 100% случаев при постановке диагноза "Глубокий кариес". В иных случаях по показаниям.

Данные лабораторных, гистологических исследований, выписки являются неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного и должны быть зафиксированы в АИСП.

Диагноз - оформляется без сокращений, включая стадию течения, степень тяжести на терапевтическом приеме при лечении патологии твердых тканей зубов - указывается номер зуба, поверхность зуба и класс по Блэку, в скобках указывается код по МКБ-10. На ортодонтическом, пародонтологическом и ортопедическом повторном приеме допустимо писать диагноз сокращенно. На ортодонтическом и пародонтологическом приеме при перерегистрации диагноза 1 раз в год диагноз пишется полностью.

Лечение регистрируется полностью, с допустимыми сокращениями и должно содержать описание всех клинических этапов, в том числе с указанием вида обезболивания, наименования, дозы и объема вводимого анестетика; наименования применяемых лекарственных препаратов с указанием применяемой концентрации и дозы (объема); количества подверженных инструментальной обработке корневых каналов и применяемого расходного материала, а также с описанием рентгенологического контроля распломбирования и пломбирования корневых каналов.

При сложных стоматологических нозологиях, требующих соблюдения сроков лечения (воспалительные заболевания нервной системы, слизистой оболочки полости рта (СОПР), тканей пародонта, травмы), на ортопедическом и ортодонтическом приеме должна быть указана дата последующей явки на прием.

При применении девитализирующих препаратов указывается рекомендуемый срок его удаления и проводится запись об удалении девитализирующего препарата.

Назначения, данные о направлении на госпитализацию (при необходимости). Фиксируются все врачебные назначения, с указанием формы лекарственного препарата, его разовой дозы, кратности приема, курса лечения; вида физиотерапевтического лечения и курса процедур. При необходимости ведется процедурный лист и лист регистрации физиотерапевтический процедур.

Реабилитационные мероприятия - при необходимости, а также при постановке на диспансерный учет и снятии с учета отмечаются с указанием кратности приемов (посещений).

Записи повторного осмотра отражают динамику патологических изменений.

Консультации заведующими отделениями, заместителем главного врача по медицинской части, протокол консилиума врачей, врачебной комиссии с отраженными результатами в медицинской документации фиксируются с указанием должности, Ф.И.О. консультанта, состава консилиума, врачебной комиссии.

Сведения об осложнениях в ходе лечения, если таковые были.

Выписной эпикриз врача-ортодонта после окончания лечения, выписка после оказания неотложной помощи по острой боли, а также выписки из стационаров и копии выписок консультаций из других медицинских организаций.

Отметка - "санирован", "ранее санирован", "здоров", "лечение завершено" - ставится по окончании лечения или после проведения осмотра.

При установлении временной нетрудоспособности: заполнение АИСП осуществляется согласно вышеперечисленным требованиям, в АИСП указывается номер, дата выдачи листка нетрудоспособности гражданину, период нетрудоспособности, дата продления листка нетрудоспособности, дата повторного посещения, дата трудоспособности.

При повторном осмотре пациента в обязательном порядке указывается диагноз, динамика заболевания (жалобы, данные объективного осмотра, данные дополнительных методов исследования и т.д.).

Если решение о выдаче, продлении листка нетрудоспособности рассматривается на врачебной комиссии, то в АИСП вносится решение ВК.

Случаи неявки, опоздания пациента на прием регистрируются соответствующей записью. В случае изменения даты и времени приема пациента указывается причина данных изменений.

Медицинская карта ортодонтического пациента (ф. N 043-1/у) оформляется согласно порядку заполнения, утвержденному Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н.

3.7. Оформление протокола установления смерти человека

В случае смерти пациента в медицинские документы умершего человека вносится информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется в виде протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 N 950.

4. Предоставление медицинских документов (их копий)

для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи по ОМС

4.1. Организатор экспертизы контактирует с полномочным представителем проверяемой медицинской организации, оговаривает порядок предоставления необходимой документации, место размещения специалистов-экспертов, участвующих в проверке, при необходимости корректирует сроки проведения.

4.2. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, в том числе в электронном виде при использовании электронной медицинской карты, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

При отсутствии в первичной медицинской документации информации об оказанном исследовании / посещении /процедуре, по требованию специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи предоставляются соответствующие учетно-отчетные и прочие документы, в том числе в электронном виде, в виде выгруженных документов или скриншотов (снимков экрана).

При большом объеме запрашиваемой документации по согласованию с организатором экспертизы допускается увеличение срока предоставления ПМД до 7 рабочих дней.

(п. 4.2 в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 394, Департамента здравоохранения ХМАО - Югры N 601 от 07.06.2017)

4.3. В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее Федерального закона N 326-ФЗ) медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.

4.4. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. В соответствии с частью 5 статьи 44 Федерального закона N 326-ФЗ сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов, как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена. Статьей 50 Федерального закона N 326-ФЗ предусматривается внедрение систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде.

4.6. При невозможности проведения контрольных мероприятий в пределах медицинской организации (географическая удаленность, климатические особенности, отсутствие эксперта качества соответствующей специальности, необходимость в целях обеспечения реализации прав граждан в проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи, привлечение экспертов качества федерального реестра врачей экспертов, в том числе как пожелание предъявителя жалобы и др.) первичная медицинская документация должна быть представлена (в оригинале или в виде заверенных копий, в том числе в электронном виде в соответствии с [п. 4.5](#P435) настоящего Порядка), для проведения медико-экономической экспертизы /экспертизы качества медицинской помощи по адресу нахождения рабочего места, организованного страховой медицинской организацией/ территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее также ТФОМС) и указанного в запросе, при условии предоставления гарантий сохранности и соблюдения конфиденциальности, оформленных и заверенных документально представителями МО и СМО в соответствии с "Правилами предоставления медицинскими организациями медицинских документов" ([приложение 1](#P468) к настоящему Порядку).

4.7. При наличии официально утвержденных внутренних нормативных документов по ведению медицинской документации (протоколы, стандарты, регламенты) медицинская организация должна с ними ознакомить Организатора контроля; внутренние правила следует считать более приоритетными в сравнении с изложенными в [главе 3](#P118) настоящего Порядка.

5. Отдельные вопросы медико-экономической экспертизы

и экспертизы качества медицинской помощи при работе

с первичной медицинской документацией

5.1. Медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

5.2. Одной из основных задач специалиста-эксперта при проведении медико-экономической экспертизы является контроль соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и иной учетно-отчетной документации.

5.3. Экспертизу качества медицинской помощи осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

5.4. Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

5.5. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

5.6. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов.

5.7. Специалист-эксперт проводит ознакомление руководства медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

5.8. Специалист-эксперт знакомит с используемой методической базой (порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами, методическими рекомендациями и др.) представителей медицинской организации при необходимости.

5.9. При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности.

5.10. При проведении очной экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы.

5.11. В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона N 326-ФЗ результаты медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона N 326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Приказом ФОМС от 01.12.2010 N 230).

5.12. Дефекты оформления первичной медицинской документации, являющиеся основанием для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) выявляются СМО / ТФОМС при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. При определении оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) при выявлении дефектов оформления первичной медицинской документации специалист-эксперт или эксперт качества медицинской помощи руководствуется рекомендациями, приведенными в [приложении 2](#P508) к настоящему Порядку.

Приложение 1

к порядку работы

с первичной медицинской документацией

при осуществлении контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи

в системе обязательного медицинского страхования

и правилам оформления медицинской документации

ПРАВИЛА

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ

ДОКУМЕНТОВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: в данном Порядке пункт 4.6 отсутствует. |  |

1. Настоящие правила разработаны для регулирования взаимодействия медицинской организации со страховой медицинской организацией или территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее Организатор контроля) при предоставлении первичной медицинской документации для проведения контроля в соответствии с пунктом 4.6 настоящего Порядка.

2. Медицинские документы включают в себя первичные медицинские документы, в том числе амбулаторную карту и медицинскую карту стационарного больного, и результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований.

3. Выдача медицинских документов, их копий осуществляется на основании официального письменного запроса Организатора контроля, заверенного подписью руководителя и печатью.

4. В письменном запросе о предоставлении медицинских документов (их копий) должны быть указаны: адрес офиса, реестр случаев оказанной медицинской помощи с обезличенными сведениями о пациенте:

а) N полиса обязательного медицинского страхования;

б) дата рождения;

в) дата оказания медицинской помощи (при оказании скорой медицинской помощи предоставляется медицинская документация на все вызовы к одному и тому же пациенту в течение суток);

г) диагноз (код МКБ-10);

д) номер медицинской карты, карты вызова скорой медицинской помощи;

е) при условии соблюдения правил конфиденциального документооборота допустимо указывать ФИО, домашний адрес застрахованного.

5. В письменном запросе должны быть указаны номер контактного телефона, электронный адрес, Ф.И.О. и должность специалиста Организатора контроля, запрашивающего медицинскую документацию.

6. Дополнительно к письменному запросу прилагается "Акт приема-передачи медицинских документов" ([приложение 3](#P550) к порядку работы с первичной медицинской документацией при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и правилам оформления медицинской документации).

7. Выдача медицинских документов, их копий сопровождается соответствующей записью в журнале выдачи медицинских документов, указывающей организацию, обратившуюся за выдачей медицинских документов, реквизиты письменного запроса.

8. Медицинский работник, осуществляющий выдачу медицинских документов на основании письменного запроса, обеспечивает хранение "Акта приема-передачи медицинских документов" до возвращения выданных материалов.

9. Организатор контроля обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их возврат в медицинскую организацию в срок не превышающий 30 календарных дней.

10. При необходимости продления сроков работы с полученными медицинскими документами Организатор контроля должен об этом уведомить медицинскую организацию официально.

11. Если Организатор контроля не осуществил возврат первичных медицинских документов, указанных в "Акте приема-передачи медицинских документов", медицинская организация вправе отказать в выдаче первичных медицинских документов указанному Организатору контроля при последующих обращениях.

12. Специалист Организатора контроля, осуществляющий медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает защиту имеющихся в медицинской документации конфиденциальных сведений.

13. При отправке медицинских документов по почте обязательно составление описи вложения, почтовая услуга должна быть оформлена с уведомлением.

14. Копии первичной медицинской документации должны содержать все фрагменты оригинала документа, быть четко отпечатаны, прошиты, пронумерованы и заверены проставлением штампа медицинской организации или подписаны лечащим врачом/представителем администрации медицинской организации.

15. Факт непредставления ПМД без уважительных причин необходимо фиксировать в "Акте приема-передачи медицинских документов" под роспись представителями заинтересованных сторон.

Приложение 2

к порядку работы

с первичной медицинской документацией

при осуществлении контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи

в системе обязательного медицинского страхования

и правилам оформления медицинской документации

ДЕФЕКТЫ

ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ /

УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинскогострахования ХМАО - Югры N 155, Департамента здравоохраненияХанты-Мансийского автономного округа - Югры N 164 от 18.02.2019) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование дефекта | Комментарий по порядку применения |
| Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | Объективные причины - передача медицинской документации правоохранительным и другим органам в соответствии с действующим законодательством, а также другие веские причины, заверенные официально (в письменном виде). Объективным подтверждением непредоставления является "Акт приема-передачи медицинской документации", оформленный подписями 2 сторон |
| Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи | При отсутствии в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. |
| Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | Статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" |
| Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания) | Видимые невооруженным глазом подчистки, исправления, приписки, дополнительные записи, дополнительные анализы, результаты исследований, осмотров, назначений с умышленным искажением сведений.Дописки, исправления, "вклейки", сделанные с целью исправления допущенных ранее технических ошибок и оформленные за подписью лица, вносящего исправления, не являются основанием для применения данного основания для отказа (уменьшения) оплаты. |
| Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | Для применения данного основания необходим анализ дополнительной документации (табель учета рабочего времени, график отпусков и др.). |
| Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов | Применяется только в случае отсутствия в первичной медицинской документации информации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи, включенной в счет и реестр счетов (в соответствии с письмом ФФОМС от 25.05.2016 N 3539/30/2169). |

(таблица в ред. приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры N 155, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры N 164 от 18.02.2019)

Приложение 3

к порядку работы

с первичной медицинской документацией

при осуществлении контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи

в системе обязательного медицинского страхования

и правилам оформления медицинской документации

 РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОБРАЗЕЦ

СМО / ТФОМС

 Акт приема-передачи медицинской документации

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование МО)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. представителя МО)

с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование СМО / ТФОМС)

в лице, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. представителя СМО/ТФОМС)

действующего на основании своих функциональных обязанностей, с другой

стороны, подписали настоящий акт о нижеследующем:

для проведения медико-экономической экспертизы / экспертизы качества

медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО представителя СМО/ТФОМС)

передана первичная медицинская документация: медицинская карта пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинская карта

стационарного больного, история развития ребенка, история развития родов,

индивидуальная карта беременной, карта вызова скорой медицинской помощи,

талон к сопроводительному листу станции (отделения) скорой медицинской

помощи (нужное подчеркнуть), иное (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в

количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук, следующих пациентов:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | N полиса обязательного медицинского страхования | Дата рождения | Дата оказания медицинской помощи | Код МКБ-10 | Номер первичного медицинского документа больного, иного документа |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Срок возврата документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Ф.И.О.

Представитель СМО / ТФОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Ф.И.О.

Первичная медицинская документация в количестве \_\_\_\_\_\_ штук возвращена в МО

(дата)

Представитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Ф.И.О.

Представитель СМО / ТФОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Ф.И.О.

Примечание: Акт приема-передачи составляется в двух экземплярах, по одному

для каждой из сторон.