



Медицинская документация: нормативно-правовые основы

*Кафедра организации здравоохранения и
общественного здоровья ИПО
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России*

Медицинская документация: нормативно-правовые основы

Правовое значение документации в медицине.

Виды и статус медицинских документов.

Регламентация работы медицинских организаций с документами.

Системные ошибки (дефекты) ведения медицинской документации.

Закрепление и оформление правовых основ взаимоотношений пациентов и медицинских работников в медицинской документации.

Роль врачебной комиссии в совершенствовании оформления медицинской документации

Основы охраны здоровья граждан

В ФЗ-323 термин «медицинская документация» встречается часто, однако нормативного определения этого понятия нет.

В ст. 14 Основ закреплены исключительные компетенции Министерства здравоохранения:

- ❑ утверждение правил и методик в области статистического учета и отчетности, стандартов информационного обмена в сфере охраны здоровья, применяемых медицинскими организациями;
- ❑ утверждение *порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, унифицированных форм медицинской документации*, в том числе в форме электронных документов, *порядков их ведения*

Виды медицинской документации

Учетная медицинская документация (первичная) – документы отражающие медицинские (состояние здоровья больного, диагноз, данные обследований, назначения и т.д.) и правовые (согласие и отказ от медицинского вмешательства, сведения о лицах, которым может быть передана информация) аспекты оказания медицинской помощи:

- **Приказ 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"**
- **Приказ Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»**

Значение первичной медицинской документации

- ❑ Для обеспечения надлежащего оказания медицинской помощи – преемственность в работе внутри и вне МО, консультации, консилиумы и т.д.
- ❑ Для взаимодействия с пациентом (в случаях, когда пациент реализует право на информацию, в том числе, путем ознакомления с медицинской документацией)
- ❑ Для осуществления экспертной деятельности в системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности (работа специалистов, осуществляющих внутренний, ведомственный и государственный контроль качества – это прежде всего, работа с документацией)
- ❑ Для проведения различных видов проверок и расследований при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи, в случаях смерти пациентов, по жалобам и искам – **основа доказательной базы и объект судебной экспертизы.**

Виды медицинской документации

Отчетная медицинская документация.

В настоящее время активно издаются и вводятся в **действие Приказы Росстата с единым наименованием «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»**, которые заполняют все медицинские организации:

Приказом Росстата от **03.08.2018 N 483** введена годовая форма федерального статистического наблюдения **N 30 "Сведения о медицинской организации"** с указаниями по ее заполнению.

Приказом Росстата от **19.11.2018 N 679** введена годовая форма **N 14 "Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях"**.

ФЗ – 323. Статья 79. Обязанности медицинских организаций

1. Медицинская организация обязана:

...11) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

12) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности

Профессиональные стандарты

Ведение медицинской документации в соответствии с требованиями действующего законодательства и навыки осуществления контроля за качеством ведения медицинской документации – обязательный элемент профессиональных стандартов

Пример:

Приказ от 7 ноября 2017 г. n 768н «Об утверждении профессионального стандарта «специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»

3.3. Обобщенная трудовая функция: Управление структурным подразделением медицинской организации

Трудовые действия:

... Организация документооборота в структурном подразделении медицинской организации

Необходимые знания:

... Требования к оформлению документации;

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) **ведение медицинской документации** - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

- **заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;**
- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

- **оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;**

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) **формирование плана обследования пациента** при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) **формирование плана лечения** при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

ж) установление клинического диагноза...:

- **оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;**
- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
- проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с **внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением** медицинской организации;

з) **внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания** (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) **проведение коррекции плана обследования и плана лечения** с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения...

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:

- **оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;**
- **внесение записи в амбулаторную карту** при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий **по решению врачебной комиссии медицинской организации**

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

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

- **заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;**
- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента..:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

- в) установление предварительного диагноза 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;
- г) **формирование плана обследования пациента** при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- д) **формирование плана лечения** при первичном осмотре с учетом..;
- е) назначение лекарственных препаратов...;
- ж) **указание в плане лечения** метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

з) установление клинического диагноза...:

установление клинического диагноза **в течение 72 часов с момента поступления** пациента в профильное отделение ... медицинской организации;

установление **клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов...**;

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

- принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации **с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;**
- принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения **решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;**
- **оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);**

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

к) **проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) 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);**

л) проведение **коррекции плана обследования и плана лечения** с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение **коррекции плана обследования и плана лечения** по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение **коррекции плана обследования и плана лечения** по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

Приказ Минздрава России № 203н от 10 мая 2017 года «О критериях оценки качества медицинской помощи»

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов... при оказании медицинской помощи в рамках ППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, **врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;**

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями... с **внесением соответствующей записи в стационарную карту;**

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию... с принятием решения о переводе 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;**

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях... **выписки из стационарной карты** с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением... и заверенной печатью медицинской организации..., выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Рекомендации по оформлению МД

Структурные и реквизитные правила;

максимальная **стандартизация медицинского документа**, наличие строго установленных разделов и пунктов, которые непременно должны быть в нем отражены. Подобная структура призвана обеспечить **обоснованность** лечебно-диагностических мероприятий, их **преемственность, этапность, логику размышлений**, сомнений и **оправданность действий медицинского персонала, результативность принятых мер**, рекомендации по дальнейшему обследованию и наблюдению, содержать **информацию о характере действий больного**.

Языковые правила: ясность, отсутствие возможности двусмысленных толкований, профессиональная доступность, официальный стиль, нейтральность, отсутствие оригинальности и резко стилевой индивидуальности, отсутствие образных сравнений (за исключением общепринятых) и пафосности.

Основные дефекты оформления МД

Приказ Федерального фонда ОМС от 28. 02. 2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» содержит Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты)

Дефекты оформления первичной МД:

- **Непредставление первичной МД**, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
- **Отсутствие в первичной МД 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 ИДС на медицинское вмешательство или отказа** от медицинского вмешательства...

Основные дефекты оформления МД

- Наличие *признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации* (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
- *Дата оказания медицинской помощи*, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, *не соответствует таблице учета рабочего времени врача* (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
- *Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов*, в том числе:
 - ✓ некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.
 - ✓ включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.

Основные дефекты ведения МД

Информационное письмо Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.03.2014 N 40-18 3112/14 "О недостатках оформления и ведения первичной медицинской документации".

Проведенный в ГБУЗ "Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы" анализ качества медицинской документации, поступающей по запросам следственных органов из подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы учреждений для производства экспертиз, выявил почти в 100% случаев наличие тех или иных недостатков и дефектов ее оформления и ведения, которые **негативно сказывались на полноте, объективности и обоснованности экспертных заключений и не позволяли доказать соблюдение принципа преемственности и доказательности в лечении и наблюдения пациента.**

В таких случаях суд может признать недопустимым доказательством медицинскую карту больного.

Основные дефекты ведения МД

- Многочисленные неинформативные нечитаемые рукописные записи, сделанные неразборчивым почерком, с произвольными сокращениями слов;
- Отсутствие обоснований госпитализации, клинического диагноза, краткость приведенных жалоб, анамнеза жизни и анализа заболеваний, результатов объективного обследования;
- Отсутствие обоснований необходимости проведения того или иного медицинского вмешательства, добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство;
- наличие дневниковых записей без указания времени осмотра, фамилии и должности врача, не содержащих объективной информации о состоянии пациента;
- отсутствие в дневниковых записях интерпретации лечащими врачами результатов лабораторных и инструментальных исследований...

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

*(особенности закрепления и отражения в
медицинской документации)*

Нормативная база информирования пациентов

- ***323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (ст. 22 «Информация о состоянии здоровья»)***
- ***Приказ Минздравсоцразвития России от 2 мая 2012 г. N 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений»***
- ***Приказ Минздрава РФ от 29 июня 2016г. N425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»***
- ***Письмо Минздрава РФ от 15марта 2017 г. N21-5/10/2-1757 «Рекомендации по предоставлению информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинских организаций...»***

Право на информацию о состоянии здоровья (ст. 22 ФЗ-323)

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе **сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.**
2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении...

Право на информацию о состоянии здоровья

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

5. Пациент либо его законный представитель имеет **право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов**. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Право на информацию о состоянии здоровья

Наиболее частыми нарушениями, которые можно найти в медицинской документации, являются:

- **Нарушения порядка предоставления медицинской документации для ознакомления (отказ в предоставлении, предоставление информации без заявления, затягивание сроков предоставления информации)**
- **Отсутствие (неполнота) плана обследования и лечения в медицинских документах**
- **Отсутствие в выписном эпикризе полных данных о характере и объеме проведенного обследования и лечения, конкретных рекомендаций, что не позволяет пациенту в дальнейшем осуществлять надлежащий самоконтроль за динамикой состояния здоровья, а также своевременно и адекватно реагировать при возникновении осложнений**

**ОФОРМЛЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО
СОГЛАСИЯ и ОТКАЗА
ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(особенности отражения в медицинской
документации)**

Право на согласие и отказ от медицинского вмешательства (ст. 20 ФЗ-323)

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является **дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации** о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

...3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица... имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения...

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину... в доступной для него форме **должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.**

Право на согласие и отказ от медицинского вмешательства (ст. 20 Основ)

7. Информированное добровольное **согласие** на медицинское вмешательство или **отказ** от медицинского вмешательства **содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе**, подписанного гражданином..., медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа...

8. **Порядок** дачи ИДС на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, **форма ИДС и форма отказа** от медицинского вмешательства **утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.**

Право на согласие и отказ от медицинского вмешательства (ст. 20 Основ)

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина... допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители...

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1... - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом **с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента** и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство...

Порядок оформления ИДС

Приказ 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«

Приказ 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"

Основные дефекты оформления ИДС (отказа)

- Отсутствие ИДС или отказа в медицинской документации;
- Использование неутвержденной законодательством формы ИДС или отказа;
- Дефекты оформления: отсутствие подписи медицинского работника или пациента (его законного представителя), подпись ненадлежащим субъектом (родственниками пациента, родителями ребенка, достигшего 15 лет), отсутствие даты подписания ИДС (отказа) и т.д.
- Нет обоснования отсутствия подписи пациента или оформлено не в полном объеме (отсутствие протокола консилиума, определения тяжести состояния, не позволяющего выразить волю и т.д.)
- Размещение в ИДС информации, не относящейся к медицинскому вмешательству (включение пунктов о распорядке и правилах лечебно-охранительного режима, о правах и обязанностях пациента, об ознакомлении со стандартами и порядками лечения и т.д.

РОЛЬ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

**(деятельность в рамках внутреннего контроля
качества медицинской деятельности и при
проведении проверок в рамках ведомственной,
государственной системы контроля качества и
безопасности медицинской помощи,
прокурорских проверок, судебных
расследований)**

Функции врачебной комиссии

Ст. 48 федерального закона № 323-ФЗ + приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации":

Врачебная комиссия состоит **из врачей** и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

Врачебная комиссия создается в медицинской организации **в целях:**

- Совершенствования организации оказания медицинской помощи,
- Принятия решений *в наиболее сложных и конфликтных случаях* по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации,
- Осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий
- Принятия решения по иным медицинским вопросам.

Решение врачебной комиссии оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Протокол ВК: основные разделы

1.Дата проведения заседания врачебной комиссии (ее подкомиссии);

2.Список членов врачебной комиссии, присутствовавших на заседании;

3.Перечень обсуждаемых вопросов;

4.Решения врачебной комиссии и его обоснование

Выписка из протокола решения врачебной комиссии выдается на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

Обоснование решения ВК

1. Очная беседа и осмотр пациента дает возможность:

- **Восполнить возможный неполноценный анамнез:**
- **Уточнение истории развития настоящего заболевания и медицинский «путь» пациента**
- **Уточнение характера предъявляемых жалоб при первичном обращении**
- **Уточнение характера предъявляемых жалоб в ходе лечения**
- **Восполнить возможную «скупость» данных осмотра**

2. Анализ ситуации в соответствии с критериями качества (Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи«)

- **Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи**
- **Критерии качества по группам заболеваний (состояний)**

Обоснование решения ВК

3. Анализ соответствия порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения)

- Обоснование **оказания медицинской помощи медицинским работником, не имеющим соответствующей подготовки** (например, дежурным врачом);
- Обоснование оказания медицинской помощи **определенным оборудованием**;
- Обоснование **отклонения от установленных стандартов** (частоты применения)
- Обоснование отклонения от имеющихся **клинических рекомендаций** (с использованием системы доказательной медицины, ссылок на авторитетное мнение специалистов)

Источники медицинской литературы, учебники (вплоть до учебника пропедевтики внутренних или детских болезней)
(обычай делового оборота!)

Обоснование решения ВК

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 N 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации»

2. Под *обычаем*, который в силу статьи 5 ГК РФ может быть применен судом при разрешении гражданско-правового спора, следует понимать *не предусмотренное законодательством, но сложившееся, то есть достаточно определенное в своем содержании, широко применяемое правило поведения* при установлении и осуществлении гражданских прав и исполнении гражданских обязанностей не только в предпринимательской, но и иной деятельности, например, определение гражданами порядка пользования общим имуществом, исполнение тех или иных обязательств.

Обоснование решения ВК

Гражданский кодекс РФ. Глава 22. Исполнение обязательств

Статья 307. 1. В силу обязательства одно лицо (должник) обязано совершить в пользу другого лица (кредитора) определенное действие, как то: передать имущество, *выполнить работу, оказать услугу...*

3. При установлении, исполнении обязательства и после его прекращения стороны обязаны действовать добросовестно, учитывая права и законные интересы друг друга, взаимно оказывая необходимое содействие для достижения цели обязательства, а также предоставляя друг другу необходимую информацию.

Статья 309. Общие положения

Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - *в соответствии с обычаями или иными обычно предъявляемыми требованиями.*

Правовые последствия ведения МД

- ❑ Для пациента – выплата пособий по нетрудоспособности, возможность использовать информацию в МД для дальнейших консультаций, а также выражения претензий (жалоб, исков)
- ❑ Для врача – дисциплинарные взыскания в связи с ненадлежащим оформлением МД, возможность *аргументированно обосновывать и подтверждать свои профессиональные и должностные действия при проведении следственных действий, экспертиз, проверок.*

Характер и степень выраженности недостатков ведения документации могут играть решающую роль при оценке КМП

 **Мотивация врача вести МД надлежащим образом**

- ❑ Для медицинской организации – финансовые выплаты (полные, неполные) при оказании медицинской помощи в системе ОМС, ДМС; наступление гражданской ответственности в случаях, когда доказательная база основывается на документальных свидетельствах

 **Мотивация администрации МО организовать работу по надлежащему оформлению МД**

Спасибо за внимание!

