

УДК 340.620:617.51

Оригинальная статья

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2024-15-3-115-121>

Некоторые особенности заполнения новой формы медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара

С.В. Шлык¹, С.С. Меметов¹, Ю.И. Захарченко², А.С. Макаренко¹, А.Н. Шаркунов¹, Д.В. Гришин¹

¹Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

²Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Автор, ответственный за переписку: Сервир Сеитягъевич Меметов, memetov.57@mail.ru

Аннотация. Цель: провести сравнительный анализ ранее действовавшей «Карты» с новой формой «Карты», заполняемой в отношении пациентов, которые получают медицинскую помощь в условиях стационара с акцентом внимания практикующих врачей на новых пунктах данного документа. **Материалы и методы:** проведён сравнительный анализ медицинской карты стационарного больного, утверждённой приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, утверждённой приказом Минздрава России от 5 августа 2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения». **Результаты:** при изучении двух форм «Карт» установлены преимущества новой формы, которые повышают качество оформления медицинской документации. Как следствие, с учётом того, что экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) проводится по медицинской документации, наблюдается снижение рисков по наложению на медицинские организации финансовых санкций при проведении соответствующих экспертиз. В том числе указан ряд недостатков новой формы «Карты», требующих дополнительного изучения и обсуждения с возможными в последующем дополнениями. **Заключение:** отражена актуальность экспертизы качества медицинской помощи, которая, как правило, проводится по медицинской документации законченных случаев. Отмечено, что правильное заполнение всех предусмотренных граф и строк позволит минимизировать количество дефектов оформления медицинской документации, что в свою очередь снизит финансовые санкции, накладываемые на медицинские организации при проведении ЭКМП.

Ключевые слова: медицинская организация, медицинская карта, стационарная помощь, медицинская помощь, качество, экспертиза качества, медицинская документация, контроль качества, диагноз.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Шлык С.В., Меметов С.С., Захарченко Ю.И., Макаренко А.С., Шаркунов А.Н., Гришин Д.В. Некоторые особенности заполнения новой формы медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара. *Медицинский вестник Юга России*. 2024;15(3):115-121. DOI 10.21886/2219-8075-2024-15-3-115-121.

A new form of the medical record of a patient receiving medical care in inpatient conditions, in a day hospital as a criterion for the quality and safety of medical activity

S.V. Shlyk¹, S.S. Memetov¹, Yu.I. Zakharchenko², A.S. Makarenko¹, A.N. Sharkunov¹, D.V. Grishin¹

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

²Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Corresponding author: Servir S. Memetov, memetov.57@mail.ru

Abstract. Objective: to conduct a comparative analysis of the previously valid “Card” with a new form of “Card” filled in for patients receiving medical care in a hospital setting with the focus of the attention of practitioners on the new paragraphs of this document. **Materials and methods:** a comparative analysis of the medical record of an inpatient patient approved by the order of the Ministry of Health of the USSR dated October 4, 1980 was carried out. No. 1030 “On Approval of Forms of primary Medical

Documentation of healthcare institutions” and the Medical record of a patient receiving medical care in inpatient conditions, in a Day hospital, approved by the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 5, 2022 No. 530n “On Approval of Unified Forms of medical documentation used in medical organizations providing medical care in inpatient conditions, in the conditions of the day hospital and the procedures for their management”. **Results:** based on the results of the study of two forms of “Cards”, the advantages of the new form have been established, which improve the quality of medical documentation and, as a result, taking into account the fact that the ECMP is carried out according to medical documentation, lead to a reduction in the risks of imposing financial sanctions on medical organizations during the relevant examinations. In particular, a number of shortcomings of the new form of the “Map” are indicated, requiring additional study and discussion with possible additions in the future. **Conclusions:** the relevance of the examination of the quality of medical care, which, as a rule, is carried out according to the medical documentation of completed cases, is reflected. It is noted that the correct filling in of all the provided graphs and lines will minimize the number of defects in the registration of medical documentation, which in turn will reduce the financial sanctions imposed on medical organizations during the ECMP.

Keywords: medical organization, medical record, inpatient care, medical care, quality, quality examination, medical documentation, quality control, diagnosis.

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Shlyk S.V., Memetov S.S., Zakharchenko Yu.I., Makarenko A.S., Sharkunov A.N., Grishin D.V. A new form of the medical record of a patient receiving medical care in inpatient conditions, in a day hospital as a criterion for the quality and safety of medical activity. *Medical Herald of the South of Russia*. 2024;15(3):115-121. DOI 10.21886/2219-8075-2024-15-3-115-121.

Введение

Проблема обеспечения населения качественной медицинской помощью является одной из приоритетных задач системы здравоохранения и социального развития в современных условиях, требующая внедрения высоких технологий, направленных на сбережение здоровья [1, 2, 3].

Сложные социально-экономические условия, достаточно низкий уровень материального и технического обеспечения ряда медицинских организаций создает значительные трудности в организации их деятельности и требует поиска путей эффективного использования финансовых ресурсов для оказания качественной медицинской помощи¹ [4, 5].

При этом качество и доступность медицинской помощи являются ведущими критериями оценки уровня медицинского обеспечения населения, а их повышение способствует креплению национальной безопасности страны [6, 7].

Понятие «Качество медицинской помощи» включает в себя, в первую очередь, доступность и своевременность, а также такие составляющие как адекватность, экономичность, научно-технический уровень и конечно же один из главных критериев — это эффективность [8, 9].

Согласно федеральному законодательству [10], данное понятие носит комплексный характер и отражает важные компоненты медицинской услуги, такие как выбор методов лечения и диагностики, их своевременность, планирование результатов лечения, степень их достижения.

Контроль реализации указанных компонентов является предметом экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), проводимой экспертами, входящими в единый государственный реестр экспертов качества².

ЭКМП проводится по медицинской документации, которая должна отражать в своём содержании необходимые характеристики оказанной медицинской услуги.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), в 2021 г. объём финансовых санкций по результатам проведенных экспертиз почти в 3 раза превысил объём этих санкций по итогам 2020 г. и составил 182,7 млрд рублей. Расходы ФФОМС в 2021 г. составили 2,57 трлн рублей. То есть объём финансовых санкций составил 7,85% от этой суммы. В том числе среди дефектов, выявляемых при проведении вышеуказанных экспертиз, определённую долю составляют качество и полнота оформления медицинской документации³.

До настоящего времени в отношении пациентов, которые получали медицинскую помощь в условиях стационара, заполнялась соответствующая карта (форма 003/у), разработанная и утверждённая в 80-х гг. прошлого столетия⁴. Безусловно, она морально устарела и перестала отвечать современным требованиям оказания медицинской помощи. Отсутствие в ней некоторых важных разделов и граф создавало определённые трудности при проведении ЭКМП, в связи с чем назрела необходимость сформировать и утвердить новую форму данной карты и утвердить порядок её заполнения, что и было сделано Минздравом России⁵. Следует отметить, что новая форма медицинской карты, несмотря на некоторое сходство с ранее действовавшей формой, имеет ряд существенных отличий, продиктованных временем и отвечающих современным критериям качества медицинской помощи.

Цель исследования — провести сравнительный анализ ранее действовавшей «Карты» с новой формой «Карты», заполняемой в отношении пациентов, получающих медицинскую помощь в условиях стационара с акцентом

1 Быковская Т.Ю., Меметов С.С., Шаркунов Н.П. и др. Основы медико-социальной экспертизы в здравоохранении // Учебно-методическое пособие для врачей. Ростов-на-Дону 2019, 309 с. eLIBRARY ID: 41530910

2 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3 Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

4 Бескаравайная Т., Калиновский И. Медорганизациям предъявлен рекордный объем штрафов в системе ОМС (Электронный ресурс). URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Medorganizaciyam-predyavlen-rekordnyi-obem-shtrafov-v-sisteme-OMS.html> (дата обращения: 11.01.2023).

5 Приказ Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

внимания практикующих врачей на новых пунктах данного документа.

Материалы и методы

Проведён сравнительный анализ медицинской карты стационарного больного, утверждённой приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, утверждённой приказом Минздрава России от 5 августа 2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».

Результаты

Титульный лист новой медицинской карты претерпел ряд серьёзных изменений, в частности, помимо общепринятых паспортных данных, даты и времени поступления пациента в стационар, а также указания конкретной медицинской организации или бригады скорой помощи, направивших пациента на госпитализацию, в обязательном порядке указывается номер и дата направления, выданного пациенту. В том числе указывается, первично или повторно пациент госпитализируется по поводу данного заболевания в текущем году и форма оказания медицинской помощи (плановая или экстренная), которые также отражались в старой медицинской карте. Вместе с тем, титульный лист новой карты содержит данные не только об отделении, в которое госпитализируется пациент, но и профиле коек, что позволит вести рациональный учёт использования коечного фонда по профилям. Примечательно, что в новой карте на титульный лист отдельной графой вынесены данные анамнеза по перенесённым инфекционным заболеваниям, таким как туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, сифилис, COVID-19, а также данные осмотра на педикулез и чесотку.

При установлении клинического диагноза указывается не только дата его установления, но и время. Кроме того, данный раздел дополнен графой с указанием внешней причины при травмах и отравлениях и графой дополнительные сведения о заболевании, в которой указываются при наличии сведения, о конкурирующих или фоновых заболеваниях, а при злокачественных новообразованиях код классификации по TNM.

Претерпела изменения и таблица проведённых оперативных вмешательств, в частности, как и в старой форме карты, указываются дата и наименование проведённого оперативного вмешательства и вид анестезиологического пособия, а также дополнительно к названию операции код, согласно номенклатуре медицинских услуг, и объём кровопотери во время оперативного вмешательства, но не указываются возникшие послеоперационные осложнения.

Значительно расширена информация, касающаяся формирования листка нетрудоспособности, в частности, в начале указывается номер листка нетрудоспособности и дата его формирования, ниже предусмотрена строка на случай формирования дубликата

листка нетрудоспособности, где также указывается номер дубликата и дата его формирования.

Далее указывается период освобождения от работы, в котором предусмотрены две строки, вторая строка заполняется в случае выписки пациента на амбулаторное лечение. В случае восстановления трудоспособности заполняется графа «Приступить к труду» с указанием конкретной даты, в данном разделе также предусмотрена информация о выдаче направления на медико-социальную экспертизу с указанием конкретной даты.

В том числе титульный лист новой карты дополнен графой, в которой указываются ФИО лица, которому пациент разрешает передать информацию о состоянии своего здоровья с указанием фамилии, имени, отчества и номера контактного телефона, а также графой «Дополнительные сведения о пациенте», в которой указываются значимые по мнению врача сведения, способные повлиять на результат оказания медицинской помощи.

После заполнения соответствующих граф титульного листа его подписывают лечащий врач и заведующий отделением.

За титульным листом следует отдельная страница, на которой повторно указываются сведения о пациенте, содержащие его паспортные данные. Далее указываются дополнительные сведения о пациенте, включающие в себя гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номер телефона, адрес электронной почты, регистрация по месту жительства либо по месту пребывания, указывается местность проживания (город или село), семейное положение, уровень образования, трудовая занятость для взрослых, для детей — организован, либо не организован, школьник либо дошкольник, в том числе указывается социальное положение ребенка, далее указываются место работы, либо место учебы, наименование образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот, для работающих указывается в следующей строке должность, в которой он трудится. В отдельной строке (при наличии) указывается конкретная группа инвалидности. Если это ребенок категории «Ребёнок-инвалид», к сожалению, не предусмотрены графы «Причина инвалидности» и «Срок инвалидности». В случае истечения срока инвалидности в период его пребывания в стационаре ему необходимо оформить направление для прохождения очередного освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы.

Далее указывается, подвергалось ли конкретное лицо радиационному облучению (да или нет).

В отдельной графе указываются данные полиса ОМС, в том числе дата его выдачи и данные о СМО, выдавшей данный полис, в том числе указываются данные СНИЛСа пациента. Указывается также основной вид оплаты медицинской услуги: либо это средство ОМС, либо средства бюджета, либо это платные медицинские услуги, включая добровольное медицинское страхование, либо иной источник финансирования.

Завершается лист, содержащий сведения о пациенте, информацией об ознакомлении с медицинской документацией. Если таковое состоялось, то в данной графе указывается конкретная дата ознакомления с медицинской документацией и ФИО гражданина, ознакомившегося с содержанием медицинской карты пациента.

После заполнения всех необходимых сведений о пациенте приступают к оформлению первичного осмотра, который осуществляется врачом приёмного отделения, далее либо дежурным врачом, либо лечащим врачом в обязательном порядке указываются дата и время первичного осмотра пациента врачом. Далее следуют жалобы больного, анамнезы заболевания и жизни, что практически не отличается от старой медицинской карты стационарного больного. В отдельной строке предусмотрены сведения о листке нетрудоспособности при его наличии при поступлении в стационар. В этом случае должны быть указаны номер листка нетрудоспособности, период нетрудоспособности и общая длительность временной нетрудоспособности.

В отношении физикальных данных пациента каких-либо существенных изменений не произошло. Более того, в случае отсутствия патологических изменений и отклонений по отдельным органам и системам организма заполнение этого раздела может быть упрощено, простым подчёркиванием уже указанных данных. В то же время после физикального осмотра предусмотрена графа, содержащая иные сведения и локальный статус, в котором должны быть указаны индивидуальные особенности патологических изменений у конкретного пациента.

Завершается первичный осмотр установлением предварительного диагноза, при травмах и отравлениях указывается внешняя причина, при наличии указываются сопутствующие заболевания. Все диагнозы указываются в соответствии с требованиями МКБ-10. Здесь же предусмотрена графа «Дополнительные сведения о заболевании», в которой лечащим врачом указываются важные дополнительные сведения, способные повлиять на исход заболевания, в том числе указывается информация о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, у пациентов с онкологической патологией указывается стадия заболевания. У пациентов, поступающих на проведение реабилитационных мероприятий, указывается степень функциональных нарушений органов и систем организма и выраженность ограничений жизнедеятельности в соответствии с МКФ.

Следует отметить, что в новой карте пациента первичный осмотр дополнен некоторыми разделами: во-первых, отдельной графой с обоснованием предварительного диагноза при поступлении, на основании оценки жалоб пациента, анамнеза заболевания, данных физикального исследования пациента, данных представленных пациентом результатов обследований до поступления в стационар и с учетом других сведений, представленных пациентом.

Во-вторых, важное значение имеет графа «Об обосновании необходимости медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара либо в условиях дневного стационара». На наш взгляд, данная графа позволит несколько снизить необоснованные госпитализации в круглосуточный стационар.

В-третьих, в отдельной графе указываются медицинские вмешательства и обследования, выполненные непосредственно в приёмном либо в профильном отделении на этапе осмотра пациента и его госпитализации.

Далее следуют план обследования и план лечения и назначения, заканчивается первичный осмотр указанием ФИО врача, его должности, специальности и его подписью.

Следующий осмотр пациента предусмотрен лечащим врачом совместно с врачом специалистом либо совместно с заведующим отделением, который также начинается с указанием конкретной даты и времени осмотра. Далее в полном объёме указываются жалобы пациента, данные анамнеза заболевания и жизни пациента, установленные при первичном осмотре. В случае выявления каких-либо дополнительных сведений, касающихся анамнеза заболевания и жизни, они указываются в этих графах. В строке «Физикальное исследование, локальный статус (его изменения)», указываются результаты физикального исследования, полученные при осмотре, в том числе отражаются изменения, произошедшие с момента первичного осмотра, включающие в себя состояние всех органов и систем организма, в том числе результаты термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, пульса, артериального давления, антропометрии, насыщения крови кислородом. При этом чётко указано, что последовательность указания и объём сведений о результатах физикального исследования в данной строке определяется врачом, который провел осмотр данного пациента.

Далее следует строка «Диагноз», включающая в себя информацию об основном заболевании, наличии осложнений и сопутствующих заболеваниях, безусловно при их наличии, в том числе, при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании. Затем следует обоснование данного диагноза. Здесь необходимо отметить, что в этом разделе не уточняется вопрос о каком диагнозе идет речь (либо предварительный, либо клинический). Например, при первичном осмотре чётко указано, что речь идет об установлении и обосновании предварительного диагноза. В соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» заведующий профильным отделением обязан в течение 48 часов с момента поступления осмотреть пациента, тогда как на установление клинического диагноза данным приказом отводится 72 часа с момента поступления пациента. То есть диагноз, установленный совместно с заведующим профильным отделением в первые 48 часов может быть как предварительным, так и клиническим. Но если это предварительный диагноз, то в медицинской карте пациента должна быть предусмотрена графа «Клинический диагноз и его обоснование». К сожалению, в новой карте такой графы нет, отсутствие обоснования клинического диагноза в медицинской карте экспертами качества медицинской помощи может быть расценено как дефект, что приводит к снижению оплаты данного случая. Данная позиция требует уточнения и разъяснения⁶.

Далее следуют назначения, указываются выполненные медицинские вмешательства, указываются дополнения в план обследования и лечения, запланированный лечащим врачом при первичном осмотре, если таковые показаны пациенту.

Положительной стороной новой медицинской карты пациента является тот факт, что в ней оговорено положение об этапном эпикризе, который должен заполняться

6 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

каждые 10 дней с отражением в них динамики течения заболевания, результатов проведённых обследований с описанием планируемой тактики ведения пациента. Важно отметить, что последовательность и объём сведений этого эпикриза определяются лечащим врачом.

Данный раздел заканчивается указанием ФИО, должности, специальности лечащего врача, заведующего отделением с указанием даты и времени осмотра и скрепляется подписью соответствующих специалистов.

Необходимо отметить, что как при первичном осмотре, так и при осмотре совместно с заведующим отделением отсутствует строка «Планируемый результат медицинского вмешательства», что является важным критерием качества медицинской помощи. В соответствии с требованиями Федерального закона⁷ одним из основных критериев качества медицинской помощи является степень достижения запланированного результата. Следовательно, после осмотра пациента необходимо не только планировать его обследование и лечение, но и планировать результат, который необходимо достичь при проведении лечебных мероприятий.

В новой карте предусмотрена форма предоперационного осмотра врача анестезиолога-реаниматолога, в которой указываются дата и время осмотра, диагноз заболевания, включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания. При необходимости указывается дополнительная информация о заболевании.

В обязательном порядке описываются жалобы пациента, акцентируется внимание на особенностях анамнеза, особенно на различных аллергических реакциях, приёме лекарственных препаратов, наличии в организме имплантируемых медицинских изделий и обструктивного сонного апноэ.

При физикальном исследовании, помимо общепринятых методов, описывается состояние вен нижних конечностей и наличие зубных протезов. Далее указываются результаты медицинского обследования, включая группу крови, резус-принадлежность, антиген K1 системы Kell и иные сведения о групповой принадлежности крови при их наличии.

В обязательном порядке интерпретируются данные электрокардиографического исследования с указанием конкретной даты.

В строке «Дополнительные сведения» в случае необходимости указываются дополнительные сведения о результатах проведенных диагностических и лечебных мероприятий, иная заслуживающая внимания информация о пациенте.

Планируется вид анестезиологического пособия, премедикация с указанием конкретных лекарственных препаратов, их дозы, путь и кратность введения. В следующей строке выносятся заключение, отражающее оценку операционно-анестезиологического риска, и сведения о прогностической оценке трудности интубации с указанием количества баллов.

При необходимости каких-либо дополнительных обследований и консультаций они указываются в соответствующей строке. По результатам предоперационного

осмотра врач анестезиолог-реаниматолог дает необходимые назначения, указывает ФИО и ставит свою подпись.

В отличие от предоперационного осмотра врачом анестезиологом-реаниматологом предоперационный эпикриз, оформляемый оперирующим врачом, начинается со сведений о пациенте. Вновь указывается его ФИО, дата рождения, в том числе дата и время поступления в стационар либо в дневной стационар. Далее следуют строки аналогичные данным предоперационного осмотра врачом анестезиологом-реаниматологом, в которых отражаются диагноз, особенности анамнеза, физикальные данные, описывается локальный статус, результаты медицинского обследования, дополнительные сведения, после чего обосновывается необходимость оперативного вмешательства, показания к операции, планируемый объём оперативного вмешательства, вид анестезиологического пособия и сведения о наличии информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство. Предоперационный эпикриз подписывает оперирующий врач с указанием ФИО, должности и специальности.

В протоколе оперативного вмешательства вновь указываются данные пациента (ФИО, дата рождения), затем дата и время начала операции, дата и время окончания оперативного вмешательства. Отдельными строками указываются длительность операции в часах, наименование оперативного вмешательства и код, согласно номенклатуре медицинских услуг, с последующим указанием диагноза до оперативного вмешательства, в том числе дополнительных сведений о заболевании и премедикации с указанием лекарственных препаратов, лекарственной формы, дозы и способов ведения.

Далее указываются группа крови и резус-принадлежность, степень риска оперативного вмешательства и его план, после чего описывается ход самой операции. В отдельных строках указываются осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства, использованные медицинские изделия и оборудование (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское и пр.). Проводится подсчёт используемого материала, указывается объём кровопотери в ходе операции и вид анестезиологического пособия. После оперативного вмешательства формируется развёрнутый диагноз, включающий основное заболевание, его осложнения, внешние причины при травмах и отравлениях, сопутствующие заболевания, при наличии указываются дополнительные сведения о заболевании, указываются конкретные имплантированные медицинские изделия с указанием их количества и серийных номеров. В строке «Назначения» указывается перечень дополнительных показанных обследований и лекарственных препаратов по результатам проведённого оперативного вмешательства. В отдельной строке описывается операционный материал, взятый в ходе операции, для морфологического исследования и указывается место (медицинская организация, структурное подразделение), куда направлен материал для морфологического исследования.

Завершается протокол оперативного вмешательства указанием состава оперирующей бригады, в том числе операционной сестры и состава бригады анестезиологии и реанимации, включая медицинскую сестру анестезиста, с указанием ФИО, должностей и специальностей участников бригад.

⁷ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Обсуждение

Новые утверждённые формы предоперационного осмотра анестезиолога-реаниматолога, предоперационного эпикриза и протокола операции позволят унифицировать работу в этом направлении, облегчат работу врачей и позволят снизить риски выявления дефектов при проведении ЭКМП.

Важной составляющей новой карты является утверждение формы «Листа назначений и их выполнение», что позволит исключить различные толкования и подходы к оформлению данного документа. До настоящего времени медицинские организации использовали листы назначений произвольной формы, так как данный документ и его форма не были утверждены никакими приказами, не было инструкции по его оформлению и введению, что приводило как минимум к различным дискуссиям, а в отдельных случаях и к снижению оплаты конкретной медицинской услуги при проведении ЭКМП.

Утверждены приказом также новые формы листа регистрации трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов в виде стратегии, регистрации показателей жизненно важных функций организма, учёта

лучевой нагрузки. Кроме того, утверждены формы выписного (переводного) и посмертного эпикризов. Здесь следует отметить, что в выписном (переводном) эпикризе предусмотрена графа «Результат госпитализации» (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение). При подготовке лечебных мероприятий при первичном осмотре пациента не предусмотрено планирование результата лечения, как мы отмечали выше. Вместе с тем достижение запланированного результата является одним из важных критериев качества медицинской помощи.

Выводы

Новая форма «Карты» позволит систематизировать работу врачей в плане ведения и оформления медицинской документации, а также снизить риски по допущению дефектов при её формировании. В то же время новая форма несёт ряд несущественных, на наш взгляд, недостатков, требующих более детального изучения при её практическом применении с выработкой в последующем конкретных предложений по её усовершенствованию по истечении срока действия приказа, рассчитанного на 6 лет.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ершова Е.В. Опыт внедрения системы управления качеством на смп: итоги и перспективы развития. *Здравоохранение*. 2014;(1);76-86.
Yershova E.V. The experience of introducing a quality management system at an ambulance station: results and prospects of development. *Healthcare*. 2014;1;76-86 (in Russ.)
eLIBRARY ID: 21303020 EDN: RYENLF
2. Меметов С.С., Потапов Н., Мутева Т.А., Якушев А.А. О независимой медицинской экспертизе. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2015;(3);6-9.
Memetov S.S., Potapov V.N., Muteva T.A., Yakushev A.A. About an independent medical examination. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2015;(3);6-9. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 25435304 EDN: VKPPXF
3. Меметов С.С., Шаркунов Н.П. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы на современном этапе. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2019;(3);14-25.
Memetov S.S., Sharkunov N.P. Ways to improve medical and social expertise at the present stage. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry*. 2019;(3);14-25 (in Russ.)
<https://doi.org/10.17238/issn1999-2351.2019.3.14-25>
4. Меметов С.С., Силенко Л.В., Погосян Г.Э., Потапов В.Н. Медицинская экспертиза: состояние, перспективы, проблемы. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2017;(2);5-9.
Memetov S.S., Silenko L.V., Pogosyan G.E., Potapov V.N. Medical examination: state, prospects, problems. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2017;(2);5-9. (in Russ.)
eLIBRARY ID: 34835588 EDN: XLVZML
5. Петрова В.Н., Ачкасов Е.Е., Будник Н.В., Меметов С.С., Ким В.В. Совершенствование подходов к медицинской реабилитации участников боевых действий. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1271-1274.
Petrova V.N., Achkasov E.E., Budnik N.V., Memetov S.S., Kim V.V. The elaboration of approaches to medical rehabilitation of participants in warfare. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022;30(6):1271-1274.
<https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-6-1271-1274>
6. Середа А.Н., Ачкасов Е.Е., Меметова А.С., Ким В.В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на муниципальном уровне пациентов с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(5):820-824.
Sereda A.N., Achkasov E.E., Memetova A.S., Kim V.V. Topical issues of medical rehabilitation of patients with the consequences of severe traumatic brain injury at the municipal level. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022;30(5):820-824.
<https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-820-824>
7. Шаркунов Н.П., Сафроненко В.А., Поликарпов Р.В., Меметова А.С., Яровая Е.В., Шаркунов А.Н. Актуальные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности на современном этапе. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2022;(1);87-93.
Sharkunov N.P., Safronenko V.A., Polikarpov R.V., Memetova A.S., Yarovaya E.V., Sharkunov A.N. Actual issues of examination of temporary disability at the present stage. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2022;(1);87-93. (in Russ.)
<https://doi.org/10.17238/issn1999-2351.2022.1.87-93>
8. Брескина Т.Н. Карта экспертизы качества медицинской помощи как основа организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(1);21-31.

Breskina T.N. Medical quality evaluation card as a basis for medical care quality control at a multidisciplinary hospital. *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2016;1;21-31 (in Russ.). eLIBRARY ID: 25650872 EDN: VPIGTZ

9. Агамов З.Х., Бурцев А.К., Москвичева Л.И. Нормативно-правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в Российской Федерации. *Проблемы*

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1);139-143.

Agamov Z.K., Burtsev A.K., Moskvicheva L.I. [The normative legal regulation of expertise of medical care quality in the Russian Federation]. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhraneniia Istor Med*. 2021;29(1):139-143. (In Russ.)
<https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-139-143>

Информация об авторах

Шлык Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0003-3070-8424>; shlyk_sw@rostgmu.ru.

Меметов Сервир Сеитягьяевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья (с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине) №2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-6804-0717>; memetov.57@mail.ru.

Захарченко Юрий Иванович, д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС, Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; <https://orcid.org/0000-0001-8456-082X>; 89182477760@mail.ru.

Макаренко Артем Сергеевич, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0003-1730-1267>; dr-makarenko@mail.ru.

Шаркунов Андрей Николаевич, аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья (с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине) №2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0009-0001-7533-238X>; dekanatfpo@yandex.ru.

Гришин Дмитрий Владиславович, студент 6 курса педиатрического факультета, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-1255-8314>; Dima_grishin_1980@mail.ru.

Вклад авторов

С.В. Шлык — окончательное утверждение версии для публикации;

С.С. Меметов — написание текста рукописи;

Ю.И. Захарченко — разработка дизайна исследования;

А.С. Макаренко — обзор публикаций по теме статьи;

А.Н. Шаркунов, Д.В. Гришин — получение и анализ данных.

Information about the authors

Sergey V. Shlyk, Dr. Sci. (Med.), Professor, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-3070-8424>; shlyk_sw@rostgmu.ru.

Servir S. Memetov, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Health Organization and Public Health (with the course of Information Computer Technologies in Healthcare and Medicine) No. 2, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6804-0717>; memetov.57@mail.ru.

Yuri I. Zakharchenko, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Public Health and Healthcare of the Faculty of Advanced Training and Professional Retraining of Specialists, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-8456-082X>; 89182477760@mail.ru.

Artem S. Makarenko, Cand. Sci. (Med.), assistant at the Department of Propaedeutics of Internal Diseases of the Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-1730-1267>; dr-makarenko@mail.ru.

Andrey N. Sharkunov, postgraduate student of the Department of Health Organization and Public Health (with a course in Information Computer Technologies in Healthcare and Medicine) No. 2, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0009-0001-7533-238X>; dekanatfpo@yandex.ru.

Dmitry V. Grishin, 6th-year student of the Pediatric Faculty, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-1255-8314>; Dima_grishin_1980@mail.ru.

Authors' contribution

S.V. Shlyk — final approval of the version for publication;

S.S. Memetov — writing the text of the manuscript;

Yu.I. Zakharchenko — research design development;

A.S. Makarenko — review of publications on the topic of the article;

A.N. Sharkunov, D.V. Grishin — obtaining and analysis of the data.

Поступила в редакцию / Received: 12.02.2024

Принята к публикации / Accepted: 18.03.2024