

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ

09.06.86 № 818

«О МЕРАХ ПО СОКРАЩЕНИЮ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ И УПРАЗДНЕНИИ РЯДА УЧЕТНЫХ ФОРМ»

Комиссия Министерства здравоохранения СССР, созданная приказом по Министерству от 7.04.86 г. № 482, рассмотрела предложения министерств здравоохранения всех союзных республик, свыше 200 предложений главных врачей лечебно-профилактических учреждений, а также более 100 предложений граждан по уменьшению затрат времени врачами на заполнение медицинской документации, ведущими больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.

В результате изучения всех представленных материалов, проверки ряда лечебно-профилактических учреждений установлено, что в целом ряде лечебно-профилактических учреждений ведется более 50 различного рода форм неутвержденной медицинской документации.

Подавляющее большинство из них не характеризует объем и качество оказываемой медицинской помощи и соответственно не используется для оценки работы подразделений и учреждений в целом. Отдельные первичные медицинские документы дублируют друг друга. В ряде учреждений здравоохранения применяются модифицированные и измененные формы «Медицинская карта амбулаторного больного», «Медицинская карта стационарного больного», «История развития ребенка» и другие медицинские документы.

Вместе с тем, многие органы и учреждения здравоохранения в целях сокращения затрат времени врачей и средних медицинских работников разработали и внедрили рациональные системы ведения медицинской документации. Так, в течение последних 10 лет в большинстве лечебно-профилактических учреждений Латвийской ССР широко применяется диктофонный метод ведения истории болезни и оформления некоторых видов медицинской документации. В результате чего по данным Министерства здравоохранения Латвийской ССР у врачей освобождается ежедневно до 1,5 часов времени, что способствует улучшению качества лечебно-диагностического процесса.

В целях сокращения затрат времени медицинских работников на заполнение медицинской документации,

Приказываю:

1. Исключить из «Перечня форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» утвержденного приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.80 г. № 1030 и последующими приказами Министерства здравоохранения СССР - первичные медицинские документы, указанные в приложении 1.

2. Заместителю Министра здравоохранения СССР тов. Сафонову А.Г., Главному управлению лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР (тов.Москвичев А.М.), Главному управлению лечебно-профилактической помощи детям и

матерям Министерства здравоохранения СССР (тов. Гребешева И.И.), Управлению медицинской статистики и вычислительной техники Министерства здравоохранения СССР (тов. Церковный Г.Ф.) в месячный срок:

2.1. Разработать новые формы медицинских документов на основе объединения ряда аналогичных учетных форм и сокращения объема заполнения других (согласно приложению 2).

2.2. Завершить работу и представить на утверждение руководству Министерства здравоохранения СССР следующие формы медицинской документации с максимальным включением в них элементов формализации;

- ф. 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного»;
- ф. 026/у «Медицинская карта ребенка»;
- ф. 112/у «История развития ребенка»;
- ф. 003/у «Медицинская карта стационарного больного».

2.3. Ввести вышеназванные переработанные формы с 01.01.87 г. в ряде территорий СССР (1 союзной республике, 2 - 3 областях РСФСР). По итогам работы с ними в учреждениях здравоохранения подготовить новые формы в 1988 году.

(Примечание администрации: Приказ МЗ СССР от 12 февраля 1987 г. № 204 утвердил Перечень экспериментальных формализованных форм медицинской документации и Перечень лечебно-профилактических учреждений, переходящих на ведение формализованных форм медицинской документации)

3. Министру здравоохранения Латвийской ССР товарищу Канепу В.В. до 01.01.87 г. разработать 15 комплектов документов по системе организации, технологии, эксплуатации диктофонных центров в лечебно-профилактических учреждениях и направить их непосредственно Министрам здравоохранения союзных республик.

4. В целях активного внедрения в практику работы лечебно-профилактических учреждений диктофонного метода заполнения медицинской документации обязать:

4.1. Министра здравоохранения Латвийской ССР тов. Канепа В.В. совместно с Минздравом СССР (тов. Сафонов А.Г.) подготовить и провести:

4.1.1. во II полугодии 1986 года рабочее совещание Начальников Главных управлений (Управлений) лечебно-профилактической помощи и начальников управлений лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздравов союзных республик по вопросу внедрения диктофонного метода ведения медицинской документации;

4.1.2. в I и II кварталах 1987 года провести 2 семинара по вопросу внедрения диктофонного метода для главных врачей республиканских (областных, краевых) больниц.

5. Министрам здравоохранения союзных республик:

5.1. До 1 сентября 1986 года запретить в лечебно-профилактических учреждениях ведение медицинских документов, указанных в приложении 1 к настоящему приказу.

5.2. Категорически запретить ведение медицинской документации в учреждениях здравоохранения, не утвержденной соответствующими приказами Министерства здравоохранения СССР.

5.3. В течение 1986 - 88 гг. организовать диктофонные центры в лечебно-профилактических учреждениях на основе имеющегося положительного опыта использования диктофонных центров в учреждениях здравоохранения Латвийской ССР. С этой целью в месячный срок уточнить потребность и направить в территориальные управления Госнаба СССР заявку на необходимую технику для оснащения диктофонных центров.

5.4. Обязать главных врачей амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений обеспечить выполнение следующих требований:

5.4.1. При заполнении «Медицинской карты стационарного больного»:

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

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

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

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

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

- детям до 3-х лет дневники заполняются ежедневно.

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

- анамнестические;

- патологию, диагноз;

- проводимое лечение;

- состояние трудоспособности.

6. Директору Всесоюзного научно-исследовательского института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко (тов. Овчаров В.К.) в срок до 01.12.86 г. разработать предложения и доложить руководству Министерства

здравоохранения СССР об использовании современной ЭВМ-техники в целях обработки медицинских статистических данных на уровне лечебно-профилактических учреждений: «Городская поликлиника», «Городская больница», «Городская детская поликлиника», «Городская детская больница».

7. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения СССР товарища Сафонова А.Г.

Приказ разрешается размножить в необходимом для работы количестве.

Министр

С.П. Буренков