



**Федеральный фонд
обязательного
медицинского страхования**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (499) 973-4455, факс: (495) 987-0380 (доб. *7516)

Директорам
Территориальных фондов
обязательного медицинского
страхования

25.06.2015 № 3994/30-5/ч

На № _____ от _____

О направлении информации

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направляет информацию о примерном порядке оценки обоснованности госпитализации и по использованию института представителей страховых медицинских организаций в медицинских организациях, а также дополнительные материалы для практического использования Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом ФОМС от 11.06.2015 № 103.

Приложение: на 35 л.

Председатель

Н.Н. Стадченко

Е.В. Смирнова
(495) 987-03-80 # 10-51

Примерный порядок оценки обоснованности госпитализации

1. Цели и задачи оценки.

Оценка обоснованности госпитализации осуществляется в целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования.

Целью оценки является обеспечение единых подходов к формированию системы оценки обоснованности госпитализации в медицинские организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (круглосуточного наблюдения), работающих в сфере обязательного медицинского страхования (далее – медицинские организации), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Основные задачи оценки обоснованности госпитализации:

- стимулирование повышения качества и эффективности работы медицинских организаций;
- повышение информированности потребителей о порядке предоставления медицинской организацией медицинских услуг;
- повышение уровня удовлетворенности пациентов.

2. Организация оценки обоснованности госпитализации.

Оценка – выявление при проведении экспертиз качества медицинской помощи соответствия состояния больного определенным критериям, характерным для круглосуточной госпитализации, а также соответствие процедур и манипуляций, проводимых в стационаре, объему и уровню сложности, принятом в современном стационарном лечении.

Оценка обоснованности госпитализации проводится в медицинских организациях (далее – МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Организация проведения оценки обоснованности госпитализации в субъекте Российской Федерации осуществляется территориальными фондами обя-

зательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам экспертиз качества медицинской помощи..

Проведение оценки обоснованности госпитализации рекомендуется осуществлять последовательно в 4 этапа:

Этап I. Организационный:

- уточнение (дополнение) при необходимости перечней параметров и показатели обоснованности госпитализации медицинских организаций в зависимости от вида медицинской помощи, типа и уровня МО, профиля отделения подлежащих экспертизе;
- определение метода сбора первичной информации (ретроспективный или проспективный анализ, использование результатов внутреннего или ведомственного контроля).

Этап II. Подготовительный

- анализ нормативных правовых и иных актов, регулирующих деятельность медицинской организации, с целью определения или уточнения, учета динамики нормативно устанавливаемых значений оцениваемых параметров и показателей деятельности медицинской организации;
- формирование вида статистической выборки (случайной, целевой, тематической) для проведения экспертизы.

Этап III. Сбор первичной информации

- сбор первичных данных и их обработка в соответствии с разработанной методикой («Протокол ретроспективной оценки обоснованности госпитализаций»);
- формирование итоговых массивов данных, заполнение итоговой «Учетной таблицы обоснованности госпитализации в профильные отделения».

Этап IV. Анализ и оформление результатов

Результаты оценки обоснованности госпитализации, проведенной в рамках плановой тематической или целевой экспертизы качества медицинской помощи, организованной страховой медицинской организацией и/или территориальным фондом ОМС, оформляются соответствующим актом экспертизы качества медицинской помощи в порядке, установленном приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок): нарушения по коду 3.7.

Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи): «госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара».

Кроме того, эксперт качества медицинской помощи изучает всю представленную МО медицинскую документацию и заполняет «Протокол ретроспективной оценки обоснованности госпитализаций» (Приложение 1) и «Карту изучения причин необоснованной госпитализации» (Приложение 2)¹.

Дополнительно по результатам экспертиз качества медицинской помощи заполняется «Учетная таблица обоснованности госпитализаций в стационар» (Приложение 3), в которую включаются обобщенные данные, полученные на указанных выше этапах.

На рисунке 1 приведен алгоритм оценки обоснованности госпитализации в сфере обязательного медицинского страхования.

3. Реализация проведения оценки обоснованности госпитализации.

По итогам экспертизы принимаются управленческие и финансовые решения в рамках действующего нормативного поля.

На основе проведенной оценки медицинскими организациями разрабатываются и утверждаются планы мероприятий по улучшению качества работы, которые могут быть размещены на официальных сайтах в сети Интернет.

Во исполнение пункта 59 Порядка территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

¹ Предлагаемые в критерии являются примерными и носят рекомендательный характер.

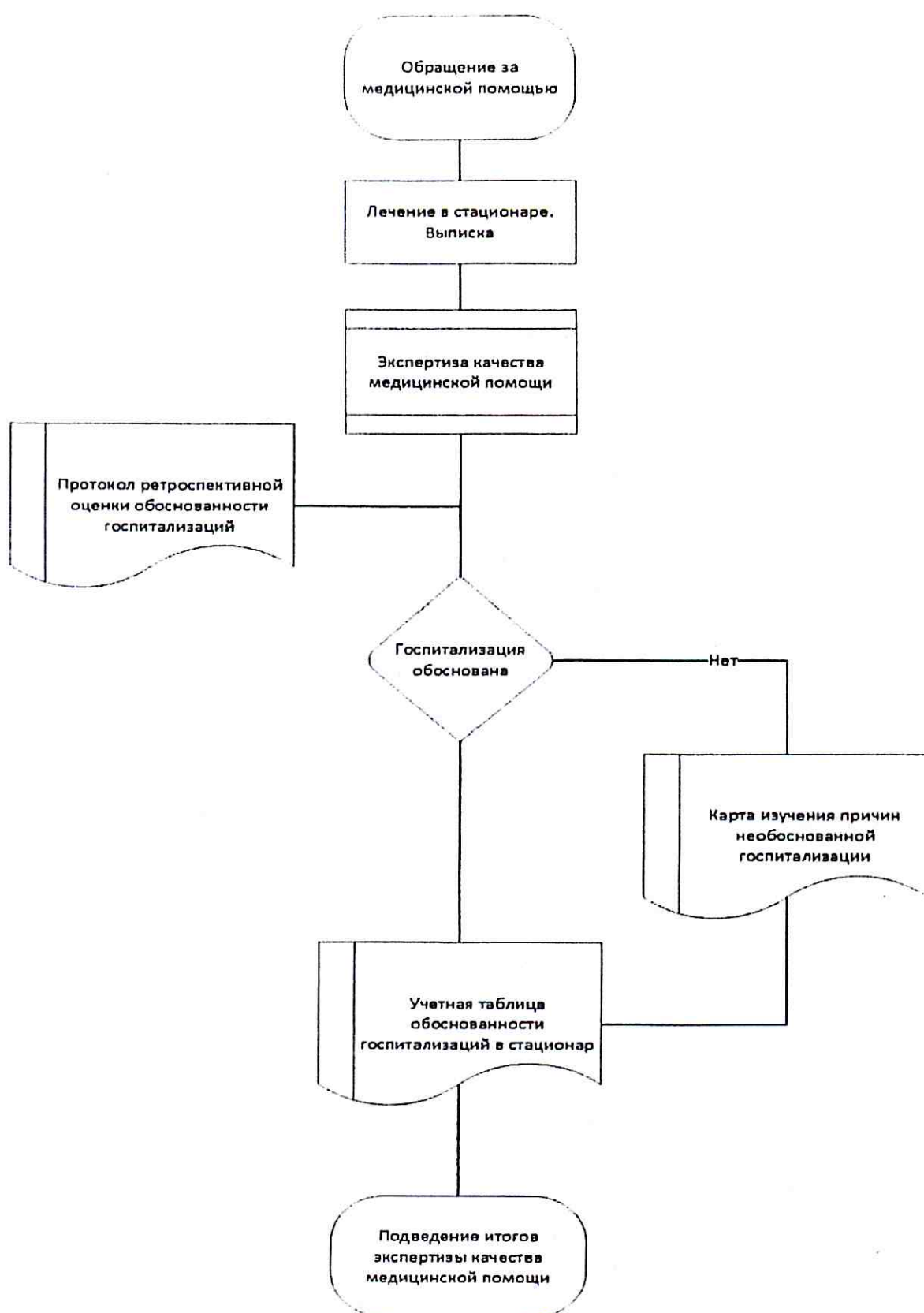


Рисунок 1. Алгоритм ретроспективной оценки обоснованности госпитализации в системе обязательного медицинского страхования.

Приложение 1
«Протокол ретроспективной оценки
обоснованности госпитализаций»
для использования в системе
обязательного медицинского
страхования

№	Группы критериев	Наличие критерия	Условия
1.0	Критерии характеризующие состояние пациента		
1.1	Внезапная утрата зрения или слуха (в течение 48 часов)		1
1.2	Внезапный паралич (в течение 48 часов)		1
1.3	Выраженное истощение		1
1.4	Выраженный кислотно-щелочной или электролитный дисбаланс (Na <123 или >156 mEq/L, K <2,5 или >6 mEq/L, pH<7,3 или >7,45, HCO ₂ <20 или >36 mEq/L)		1
1.5	Желудочковая фибрилляция, жизнеугрожающая аритмия или ЭКГ-признаки острой ишемии, зафиксированные в медицинской документации		1
1.6	Критическая декомпенсация функции при наличии хронического заболевания		1
1.7	Кома или острое нарушение сознания (не из-за употребления алкоголя), спутанность, потеря, дезориентация		1
1.8	Лихорадка выше 38,0 градусов Цельсия более 5 дней		1
1.9	Нарастающая острая неврологическая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт)		1
1.10	Невозможность самостоятельного опорожнения кишечника, не связанная с неврологическим заболеванием		1
1.11	Нестабильная сопутствующая патология, развившаяся или выявленная во время госпитализации		1
1.12	Острые гематологические расстройства (выраженная нейтропения, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, эритроцитоз или тромбоцитоз с симптоматикой)		1
1.13	Острое кровотечение		1
1.14	Острое состояние или состояние, которое не может быть купировано амбулаторно		1
1.15	Опасная инфекция (эпидемиологические показания). Пациент представляет опасность для здоровья и жизни окружающих по некой причине		1
1.16	Осложнения беременности и родов		1
1.17	Систолическое давление более 200 или менее 90 мм ртутного столба, диастолическое – 120 и 60 соответственно; дети – возрастные нормы		1
1.18	Расхождение краев раны или эвентрация		1

Продолжение приложения 1

№	Группы критериев	Наличие критерия	Условия
1.19	Рефрактерная гипоксемия с SpO2 менее 90% (за исключением хронических состояний)		1
1.20	ЧСС более 140 или менее 50 ударов в минуту; у детей – возрастные нормы		1
2.0	Критерии характеризующие условия ухода режим пребывания исключительно в стационарных условиях;		
2.1	Внутримышечные или подкожные инъекции не реже 2 раз в сутки (в т.ч. антибиотики не реже 3 раз)		В сочетании с 4.1
2.2	Длительный мониторинг физиологических параметров – минимум по 30 минут, минимум каждые 4 часа (включая телеметрию или прикроватный монитор)		3
2.3	Необходимость установления окончательного диагноза в связи с не типичностью течения заболевания		3
2.4	Контроль питания, в т.ч. при задержке развития у детей; любое обследование, требующее строго контроля диеты		В сочетании с 4.2
2.5	Крупная послеоперационная рана или дренаж; сложный уход за раной		3
2.6	Медсестринский мониторинг не менее 3 раз в день по назначению врача		3
2.7	Парентеральная терапия – периодическое или постоянное внутривенное введение любых медикаментозных препаратов		1
2.8	Респираторная терапия – периодическая или постоянная дыхательная поддержка не менее 3 раз в день		1
2.9	Специальная медсестринская помощь/уход		3
3.0	Критерии характеризующие медицинские услуги		
3.1	Интенсивная терапия		1
3.2	Необходимость частого врачебного контроля (не менее 3 раз за сутки) при наличии соответствующих записей в медицинской документации		2
3.3	Послеоперационное пребывание по стандартам для разных видов операций		2
3.4	Проведение консилиума в данный день		3
3.5	Трансфузия из-за кровопотери, гемотрансфузия		3
3.6	Химioterapia или медикаментозная терапия, требующая длительного мониторинга токсических реакций		2
3.7	Хирургическая операция / инвазивная процедура в день поступления		1
3.8	Хирургическая операция / инвазивная процедура на следующий день с предоперационной консультацией или обследованием (не касается отложенных случаев, вне зависимости от причины)		3

№	Группы критериев	Наличие критерия	Условия
4.0	Иные критерии		
4.1	Невозможность проведения лечебных и/или диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях (проживание пациента на значительном удалении, сложность ухода, наличие химиорезистентности и т.д.)		3
4.2	Отсутствие эффекта от проводимой терапии в амбулаторно-поликлинических условиях, приводящее к угрозе ухудшения состояния здоровья		3
4.3	Отсутствие эффектов от повторных курсов лечения, при эффективности других методов лечения, в том числе хирургического метода лечения		3
4.4	Высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующего заболевания		3

Условия:

1 – достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при верификации прав оказывать данный вид медицинской помощи / услуги в данном подразделении медицинской организации (соответствие структуры коечного фонда имеющимся лицензиям, сертификатам и т.д.);

2 – достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при верификации соответствия оказанных медицинских услуг действующим медико-экономическим стандартам и клиническим протоколам;

3 – достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при верификации заполнения медицинской документации (заключения консилиумов, клинические разработки, дневники, листы назначений, наркозные листы и т.д.);

4 – достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при наличии специальных записей в медицинской документации и подтвержденных информационных сообщений в социальные и силовые структуры.

Карты изучения причин необоснованной госпитализации

№ истории болезни _____

Ф.И.О. _____

Наименование учреждения _____

профиль отделения _____
экстренный, плановый (нужное подчеркнуть)

Госпитализирован впервые, повторно (нужное подчеркнуть)

При несоответствии состояния больного уровню больничного учреждения:

(указать требуемый уровень)

- отсутствие возможности госпитализации на требуемый уровень;
- отказ больного от госпитализации из-за причин социального характера (уход за детьми, личное хозяйство и т.п.);
- без обоснования причин;
- прочее:

(нужное подчеркнуть, недостающее вписать)

При определении возможности лечения в дневном стационаре:

- отсутствие учреждений данного профиля;
- невозможность лечения из-за отсутствия специалистов;
- социальные причины (невозможность ухода, одинокий, условия дома);
- без обоснования причин;
- прочее:

(нужное подчеркнуть, недостающее вписать)

Для плановых госпитализаций:

полнота обследования до госпитализации

полная неполная
(нужное подчеркнуть)

Если «неполная», то указать причины:

- отсутствие возможности обследования на догоспитальном этапе;
- без обоснованной причины;
- прочее: _____

(нужное подчеркнуть, недостающее вписать)

Дублирование обследований в стационаре

да нет
(нужное подчеркнуть)

Если «Да», то указать причины:

- недоверие к амбулаторным данным;
- состояние больного требовало повторного обследования;
- без обоснованной причины. *(нужное подчеркнуть)*

Состояние пациента требовало:

- выполнения в стационаре всех назначений по наименованию:
в полном объеме да нет
(нужное подчеркнуть)
- выполнение всех назначений по кратности:
в полном объеме да нет
(нужное подчеркнуть)
- не требовалось выполнения (наименование и кратность):
- лабораторных исследований;
- инструментальных исследований;
- консультаций специалистов;
- перевода в реанимацию;
- прочее: _____
(нужное подчеркнуть, недостающее вписать)

Сроки лечения в стационаре в связи с состоянием больного:
завышены, занижены, соответствуют
(нужное подчеркнуть)

Причины увеличения сроков лечения:

- ожидание
- очереди на обследование (анализы) _____

(указать наименование)
- консультации специалистов _____
(указать наименование)
- результатов анализов (обследования) _____
(указать наименование)
- перевода в реанимацию да нет
(нужное подчеркнуть)
- перевода в другие отделения больницы _____
(указать наименование)
- социальная причина задержки:
 - одинокий;
 - невозможность обеспечить амбулаторно медицинский уход;
 - условия проживания;
 - прочее: _____
(нужное подчеркнуть, недостающее вписать)
- отсутствие специалистов в поликлинике _____
(указать наименование)

- недостаточная квалификация специалистов поликлиники _____
(указать профиль)
- отсутствие условий для долечивания в поликлинике _____
(расшифровать)

Причины преждевременной выписки из стационара:
(нужное подчеркнуть)

- желание пациента (родителей);
- недооценка тяжести состояния при выписке;
- прочее: _____
(расшифровать, например: нарушение больничного режима)

**Учетная таблица обоснованности
госпитализаций в профильные отделения**

Изучаемая характеристика	Профиль отделения			Всего по отделениям
Количество больных, подвергшихся экспертизе				
Доля обоснованных госпитализаций (по мнению эксперта страховой медицинской организации) %				
Доля обоснованных койко-дней (по мнению эксперта страховой медицинской организации) %				
Доля пациентов, нуждавшихся в круглосуточном наблюдении а) по мнению эксперта страховой медицинской организации б) по мнению эксперта медицинской организации				
Доля пациентов, для которых приемлем дневной стационар а) по мнению эксперта страховой медицинской организации б) по мнению эксперта медицинской организации				
Доля пациентов, для которых приемлем стационар на дому а) по мнению эксперта страховой медицинской организации б) по мнению эксперта медицинской организации				
Доля пациентов, для которых приемлема амбулаторная помощь а) по мнению эксперта страховой медицинской организации б) по мнению эксперта медицинской организации				
Доля пациентов, для которых приемлема оказание помощи в учреждения ухода а) по мнению эксперта страховой медицинской организации б) по мнению эксперта медицинской организации				
Доля пациентов, для которых приемлема оказание помощи в реабилитационном отделении а) по мнению эксперта страховой медицинской организации б) по мнению эксперта медицинской организации				