



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

620102, Россия, Свердловская область
г. Екатеринбург, ул. Московская, 54
тел.: (343)233-50-00
e-mail: public@tfoms.e-burg.ru
http://www.tfoms.e-burg.ru

Исх. № 24-04-03/168 от 07.03.2013

Руководителям страховых
медицинских организаций

Директорам межмуниципальных
филиалов ТФОМС
Свердловской области

Информационное письмо

В соответствии с пунктом 51 раздела VII приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 (в ред. приказа ФФОМС от 16 августа 2011 года № 144) и в целях осуществления организационно-методической работы, обеспечивающей функционирование контроля, предлагаю к использованию в работе экспертами страховых медицинских организаций в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС комментарии по применению кода дефекта 4.2 («дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы, в том числе качества медицинской помощи»).

Прошу Вас довести данное информационное письмо до сведения руководителей медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

Приложение: Комментарии по применению кода дефекта 4.2 («дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы, в том числе качества медицинской помощи») экспертами страховых медицинских организаций в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС - на 6 листах.

И. о. директора

А. Ю. Бахлыков

Исполнитель: Тутунин М.С.
тел. 233-44-39

Комментарии по применению кода дефекта 4.2 («дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы, в том числе качества медицинской помощи») экспертами страховых медицинских организаций в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

1. Данные Комментарии разработаны с целью определения оснований для применения финансовых санкций по коду дефекта 4.2 в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2. При разработке Комментариев использованы следующие нормативные документы:

1) Приказ ФФОМС № 230 от 1 декабря 2010 года (в ред. приказа ФФОМС от 16.08.2011 № 144) Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Приложение № 8 - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

2) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. № 255 О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг. Приложение № 8 – Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного».

3) Приказ Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения (с изменениями от 5 ноября, 8 декабря 1980 г., 20 января, 16 мая 1983 г., 2 февраля, 19 ноября, 14 декабря 1984 г., 15 марта, 15 апреля, 22, 24 июля, 7 августа, 5 сентября 1985 г., 30 мая, 9 июня, 30 сентября 1986 г., 2, 22 июля, 31 декабря 1987 г., 8 января, 12 мая, 20 июня, 26 июля, 5, 8 сентября 1988 г., 29 сентября 1989 г., 14 декабря 1990 г., 11 февраля 1994 г., 3 февраля, 3 июля 1995 г., 10 сентября 1996 г., 25 февраля, 7 августа, 5, 7 октября 1998 г., 3 июля 2000 г., 28 мая 2001 г., 20 февраля, 21 мая, 10 июля, 31 декабря 2002 г., 21 июня 2003 г., 18 июня 2007 г.).

Комментарий:

Приказом Министерства здравоохранения СССР от 5 октября 1988 г. № 750 настоящий приказ признан утратившим силу, однако, поскольку впоследствии Министерством здравоохранения РФ в него неоднократно вносились изменения, а другие нормативные документы федерального уровня по утверждению форм первичной медицинской документации отсутствуют, настоящий приказ фактически продолжает свое действие.

4) Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий), утвержденных приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 (утверждена Министерством здравоохранения СССР от 20 июня 1983 г. № 27-14/70-83; с изменениями от 25 января 1988 г.).

5) Приложения № 1,2 к «Положению о контроле объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС в Свердловской области», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 31.08.2010г. № 830-п/235.

3. В соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющимся приложением к Положению об оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе ОМС Свердловской области (Приложение 1 к Тарифному соглашению на 2013 год), код дефекта 4.2 – это дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы, в том числе качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).

Руководствуясь вышеизложенным определением и имеющейся нормативной базой по ведению первичной медицинской документации, ТФОМС предлагает рассмотреть возможность применения кода дефекта 4.2 в разрезе «составляющих» частей данного определения.

4. Критерий «невозможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица» следует понимать как:

1) Отсутствие в истории болезни записи осмотра врача при поступлении (в том числе в случае неотложной госпитализации и/или тяжелого состояния пациента с указанием времени), предварительного диагноза, плана обследования и лечения.

2) Дефекты оформления дневниковых записей лечащих (дежурных) врачей в медицинской документации круглосуточного стационара.

Комментарий:

При стабильно удовлетворительном состоянии пациента допустимо ведение дневников не реже трех раз в неделю, при среднетяжелом и тяжелом состоянии дневники должны быть ежедневными, а при необходимости (в случае наблюдения для решения тактических задач, определения диагноза и показаний к оперативному лечению) не реже четырех раз в сутки с указанием времени.

В истории родов и истории развития новорожденного должны быть ежедневные записи осмотра врача (за исключением выходных и праздничных дней), в родах записи осмотра врача с интервалом не более трех часов.

В дневниках, кроме объективного статуса, кратко отражается динамика (при наличии) состояния пациента и лабораторно-инструментальных методов диагностики, коррекция проводимого лечения.

В ОАР (ОРИТ) дневники записываются лечащим (дежурным) врачом не реже трех раз в сутки.

Лечащий врач профильного отделения (либо заведующий отделением) ежедневно оформляет дневники больным профильного отделения, находящимся в ОАР (ОРИТ).

3) Дефекты оформления записей в амбулаторной медицинской документации.

Комментарий:

Запись первичного осмотра врача должна содержать в краткой форме жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования (включая АД, ЧСС, ЧД, температуру тела и др.), клинический диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, рекомендации.

В случае, если посещение не связано с заболеванием, следует четко указывать цель обращения (профилактический осмотр, выдача справки, выписка рецепта и т.п.).

Повторные осмотры врача должны в краткой форме отражать динамику жалоб, объективного статуса, изменения (уточнения) диагноза, коррекции обследования и лечения пациента.

Все записи в амбулаторной карте должны быть датированы и подписаны врачом.

Диагнозы, впервые установленные в данном календарном году, должны быть вынесены в «лист заключительных (уточненных) диагнозов».

В амбулаторных картах (историях развития детей) пациентов, состоящих на диспансерном учете, должны быть оформлены планы диспансерного наблюдения на каждый год наблюдения (даты явок, перечень лечебно-диагностических мероприятий и т.д.).

В историях развития детей должны быть оформлены эпикризы в соответствующие возрастные даты.

4) Нарушение процедуры осмотра пациентов заведующим отделением.

Комментарий:

Поступившие плановые больные осматриваются заведующим с соответствующим оформлением истории болезни не позднее трех рабочих дней с момента госпитализации, больные в среднетяжелом и тяжелом состоянии в течение суток, а при необходимости - в приемном покое.

Пациенты, поступившие в неотложном порядке и требующие решения тактических вопросов, в том числе определения показаний к операции, инвазивным манипуляциям или каким-либо срочным сложным лечебно-диагностическим вмешательствам, осматриваются заведующим (врачом отделения, временно его замещающим) с соответствующим оформлением истории болезни в течение двух часов от момента поступления в отделение, а при необходимости - в приемном покое.

Заведующий ОАР (ОРИТ) ежедневно осматривает больных, что подтверждается его подписью под дневником лечащего (дежурного) врача, либо отдельной записью.

5. Критерий «невозможность оценки объема, характера и условий предоставления медицинской помощи» следует понимать как:

1) Несоблюдение при первичном осмотре лечащим (дежурным) врачом требований к заполнению граф формализованной истории болезни либо отсутствие в записи осмотра следующих данных: жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни (перенесенные заболевания, травмы, операции, переливания компонентов крови, непереносимость лекарственных препаратов), экспертный анамнез,

акушерско-гинекологический анамнез (у лиц женского пола), предварительный диагноз (диагноз при поступлении), назначения.

2) Отсутствие в медицинской документации листа назначений (либо отсутствие ежедневных отметок в нем о выполнении назначенного лечения, заверенных подписью врача и медицинской сестры) и/или отсутствие реанимационной карты, листа назначения на интенсивном этапе лечения (либо отсутствия отметок о выполнении назначенного лечения).

3) Отсутствие в истории болезни оформленного листа с отметками о ежедневной двукратной термометрии за исключением дня поступления и выписки.

4) Отсутствие в медицинской документации листа регистрации переливания трансфузионных сред (форма N 005/у) в случае проведения трансфузионной терапии по данным дневников лечащего (дежурного) врача.

5) Несоблюдение требований по заполнению граф формализованной лицевой стороны медицинской карты стационарного больного (истории родов, медицинской карты прерывания беременности, истории развития новорожденного) данными о группе крови и резус-факторе (если они определялись в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи) и непереносимости лекарственных препаратов.

6) Отсутствие указания у пациентов, подвергнутых хирургическому вмешательству (в том числе эндоскопическому), в специальной графе медицинской карты стационарного больного (истории родов, медицинской карты прерывания беременности) даты (месяц, число, час) операции, ее названия и фамилии оперировавшего врача.

7) Дефекты оформления оперативного вмешательства.

Комментарий:

У пациентов, подвергаемых плановому оперативному вмешательству (в том числе эндоскопическому), обязательным условием является оформление предоперационного эпикриза (показаний к операции) с отражением диагноза, планируемого объема и вида операции, имеющихся противопоказаний (в случае отсроченного и планового оперативного лечения), адекватности предоперационной подготовки (при необходимости последней).

При определении показаний к экстренной или неотложной операции допустимо краткое оформление показаний к ним в текущем дневнике наблюдения лечащего (дежурного) врача без оформления предоперационного эпикриза в виде отдельной записи.

Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в истории болезни для всех видов анестезии, сопровождающей оперативное вмешательство, кроме местной. В протоколе осмотра обязательны физикальные данные, оценка степени анестезиологического риска согласно общепринятым классификациям и необходимости предоперационной подготовки. В протоколе анестезиологического пособия отражаются вид анестезии, манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация, люмбальная пункция), индукция анестезии, поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.).

Наличие оформленного протокола операции. Последний должен содержать фамилии членов операционной бригады, описание операции (доступ, ревизия операционного поля или полости, выявленные патологические изменения,

основной этап, надежность гемостаза, оставленные тампоны и дренажи, способ закрытия раны, описание удаленного макропрепарата).

Обязательна дневниковая запись хирурга на следующие сутки после операции (при полостных вмешательствах должна быть дневниковая запись хирурга в сутки выполнения операции). В дальнейших дневниках должны быть отражены характер и количество отделяемого по дренажам, сроки их удаления, особенности перевязок, вид заживления раны.

8) Несоблюдение формы и сроков определения клинического и заключительного диагноза.

Комментарий:

Клинический диагноз выносится на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней (в диагностически сложных случаях семи и более) от момента поступления пациента в стационар (указывается дата установления диагноза).

Заключительный диагноз оформляется при выписке больного и должен включать все осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение.

9) Дефекты оформления выписного (посмертного) эпикриза.

Комментарий:

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, о заключительном диагнозе, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению больного.

6. Дополнительные пояснения.

В соответствии с приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 (в ред. приказа ФФОМС от 16.08.2011 № 144) Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, при наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

Таким образом, применение кода дефекта 4.2 возможно при отсутствии другого, финансово более значимого или равноценного, кода дефекта. Однако эксперт имеет право указать в экспертном заключении на имеющиеся дефекты оформления медицинской документации.

Имеющаяся нормативная база не содержит конкретных требований по способу оформления первичной медицинской документации (в письменном либо печатном виде), а оценка экспертами письменного оформления обладает значительной степенью субъективизма. В то же время, в Типовой инструкции к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (в части медицинской карты стационарного больного, как одной из основных форм первичной медицинской документации), говорится, что карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре,

организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

Таким образом, типовые формы медицинской документации являются и юридическими документами, а, значит, все записи в них должны быть четкими, легко читаемыми, без сокращений (допускаются лишь общепринятые сокращения типа: АД, ЧСС, ЧД, t тела и тому подобные).

Руководствуясь вышеизложенным, применение в экспертной практике кода дефекта 4.2 не должно быть формальной оценкой отсутствия какой-либо одной записи или невыполнения требований к оформлению, изложенных в данных Комментариях. С нашей точки зрения, код дефекта 4.2 следует использовать в конкретных случаях, когда одновременно выявляются два (и более) оснований, препятствующих проведению экспертизы, значимая часть которых изложена выше. Данные основания должны быть указаны экспертами страховых медицинских организаций в акте медико-экономической экспертизы или акте экспертизы качества медицинской помощи (в экспертном заключении) в соответствии с формулировкой настоящих Комментариев.