



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від “___” _____ 20__ р.

Київ

№ _____

Щодо питань перерахунку сплачених коштів за звітом про медичні послуги за результатом звірки повноти та достовірності інформації, що внесена у звіт про медичні послуги за договором, з інформацією, що міститься в електронній системі охорони здоров'я

Відповідно до підпункту 5 пункту 4 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України», підпункту 3 пункту 16, пункту 20¹ Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладених з надавачами медичних послуг, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», з метою забезпечення здійснення моніторингу виконання надавачами умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Алгоритм аналізу щодо визначення відповідності критеріям повноти та достовірності даних, які містяться в електронній системі охорони здоров'я та включені до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - Алгоритм), що додається.

2. Департаменту моніторингу:

1) з метою звірки повноти та достовірності інформації, що внесена у звіт про медичні послуги за договором проводити, не рідше, ніж один раз у три місяці, аналіз даних, що містяться в електронній системі охорони здоров'я (далі - ЕСОЗ) відповідно до Алгоритму;

2) у разі виявлення неповної або недостовірної інформації, не пізніше 20 робочих днів з дати виявлення надавати службовою запискою засобами Системи електронного документообігу АСКОД інформацію про результат проведення аналізу та перелік медичних записів або іншої інформації, за якою виявлено її неповноту або недостовірність, Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів за звітами надавачів



медичних послуг у поточному чи наступному звітному періоді та/або Департаменту розвитку електронної системи охорони здоров'я для розгляду щодо внесення необхідних змін до даних, які містяться в ЕСОЗ.

3. Департаменту договірної роботи не пізніше 20 робочих днів з дати отримання від Департаменту моніторингу інформації, зазначеної в підпункті 2 пункту 2 цього наказу, у разі необхідності, здійснювати відповідний перерахунок сплачених коштів за звітами надавачів медичних послуг.

4. Департаменту розвитку електронної системи охорони здоров'я не пізніше 5 робочих днів з дати отримання від Департаменту моніторингу інформації, зазначеної в підпункті 2 пункту 2 цього наказу, у разі необхідності, вносити відповідні зміни до даних, які містяться в ЕСОЗ.

5. Визнати таким, що втратив чинність наказ Національної служби здоров'я України від 22.02.2021 № 61 "Про порядок здійснення перерахунку сплачених коштів за звітом про медичні послуги за результатом звірки повноти та достовірності інформації, що внесена у звіт про медичні послуги за договором, з інформацією, що міститься в електронній системі охорони здоров'я".

6. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Т. в. о. Голови

Дмитро САМОФАЛОВ

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказ Національної служби
здоров'я України
10.08.2021 № 365

Алгоритм аналізу щодо визначення відповідності критеріям повноти та достовірності даних, які містяться в електронній системі охорони здоров'я та включені до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення

I. Загальні положення

1. Цей Алгоритм визначає порядок дій працівників Департаменту моніторингу при здійсненні аналізу даних, які містяться в електронній системі охорони здоров'я (далі - ЕСОЗ) та включаються до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі – Договір).

2. Терміни, які вживаються в цьому Алгоритмі вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, постанові Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 410 “Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій”.

II. Покроковий аналіз медичних записів, що включені до звітів про медичні послуги, які були оплачені за Договорами (крім надання первинної медичної допомоги)

3. При покроковому аналізі перевіряються всі записи про взаємодії, процедури, діагностичні звіти, імунізації, внесені до ЕСОЗ, що описують випадок надання медичних послуг, які віднесені до певного пакету медичних послуг, мають номер пакету медичних послуг, визначений відповідно до додатка 1 до цього Алгоритму (далі - номер пакету), включені до звітів про медичні послуги, були оплачені за Договорами (далі - оплачені медичні записи), та ідентифікатори яких не були включені до Таблиці невідповідностей (таблиці, яка містить сукупність ідентифікаторів оплачених медичних записів, щодо яких під час аналізу було виявлено невідповідність стосовно повноти та достовірності інформації, внесеної до звіту про медичні послуги, надані за Договором).

Перевірка здійснюється у порядку, визначеному у пунктах 4-13 цього Алгоритму.

Крок 1. Аналіз наявності зміни статусу оплаченого медичного запису

4. По кожному оплаченому медичному запису проводиться аналіз статусу запису на дату здійснення такого аналізу .

Якщо виявлено, що статус оплаченого медичного запису змінений з “активний” на “введений помилково” після формування надавачем медичних послуг звіту для оплати, що включав цей запис, то проводяться такі дії:

у разі якщо запис віднесений до пакету медичних послуг, що оплачений за тарифом за пролікований випадок або комбінацією глобальної ставки та ставки на пролікований випадок - ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей та включається до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді;

у разі якщо запис віднесений до пакету медичних послуг, що оплачений за глобальною ставкою - ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей;

у разі якщо запис віднесений до пакету медичних послуг “Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2” - ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей та здійснюється аналіз зміни коригувального коефіцієнту щодо завантаженості команд за відповідний звітний період з урахуванням зміни кількості пацієнтів. У разі зміни цього коефіцієнту інформація про таку зміну передається у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді.

Крок 2. Аналіз медичних записів на відповідність визначення діагностично-спорідненої групи та належності медичної послуги до пакету медичних послуг

5. По кожному оплаченому медичному запису проводиться аналіз щодо коректного визначення діагностично-спорідненої групи, до якої відноситься пролікований випадок, з урахуванням встановлених вимог щодо реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програм медичних гарантій) на відповідний період та визначення належності медичних послуг до пакетів медичних послуг відповідно до Алгоритму дій щодо визначення належності медичних послуг до пакетів медичних послуг, затвердженого НСЗУ у встановленому порядку.

6. У разі виявлення оплачених медичних записів, щодо яких існують помилки при визначенні діагностично-спорідненої групи щодо пролікованого випадку або віднесення медичної послуги до пакету медичних послуг, такі записи включаються до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи

наступному звітному періоді, а ідентифікатори таких медичних записів вносяться до Таблиці невідповідностей.

Крок 3. Аналіз оплачених медичних записів для виявлення клінічних випадків, що є неможливими з клінічної точки зору

7. По кожному оплаченому медичному запису, який віднесений до пакету медичних послуг “Медична допомога при пологах”, проводиться аналіз на наявність інших оплачених медичних записів за пакетом “Медична допомога при пологах”, за якими дата закінчення надання медичної послуги є пізнішою, ніж в цьому записі, а унікальний ідентифікатор пацієнта в ЕСОЗ (далі - ідентифікатор пацієнта) та код ЕДРПОУ надавача медичних послуг (далі - код надавача), які є атрибутами медичного запису в ЕСОЗ, співпадають .

Якщо інші медичні записи, які відповідають умовам, наведеним в абзаці першому цього пункту, виявлено і при цьому, при порівнянні часовий проміжок між датами закінчення надання такої ж медичної допомоги у оплачених медичних записах, які порівнюються, є меншим ніж 26 тижнів, то медичні записи, у яких дата внесення до ЕСОЗ є пізнішою, включаються до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді, а ідентифікатори таких медичних записів вносяться до Таблиці невідповідностей.

Крок 4. Аналіз оплачених медичних записів для виявлення дублікатів

8. По кожному оплаченому медичному запису проводиться аналіз на наявність інших оплачених медичних записів, що мають співпадіння таких ключових атрибутів залежно від типу медичного запису:

1) для типу “Взаємодія” - ідентифікатор пацієнта, код надавача, код послуги, дата початку надання медичної послуги, дата закінчення надання медичної послуги, код основного діагнозу;

2) для типів “Діагностичний звіт” та “Процедура” - ідентифікатор пацієнта, код надавача , код послуги, дата початку надання медичної послуги, дата закінчення надання медичної послуги, ідентифікатор направлення;

3) для типу “Імунізація” - ідентифікатор пацієнта, код надавача, код вакцини, доза вакцини.

9. Оплачені медичні записи щодо яких було виявлено співпадіння ключових атрибутів, наведених у пункті 8 цього Алгоритму, групуються для аналізу подібних записів.

10. З кожної групи подібних записів обирається медичний запис, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших. Цей медичний запис визнається оригінальним.

11. Всі інші записи з кожної групи подібних записів, крім оригінального, визнаються дублікатами, включаються до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у

поточному чи наступному звітному періоді, та ідентифікатори таких медичних записів вносяться до Таблиці невідповідностей.

Крок 5. Аналіз оплачених медичних записів для виявлення клінічних випадків, що віднесені до різних або однакових пакетів медичних послуг які надані одному пацієнту протягом одного (безперервного) проміжку часу перебування пацієнта у одного надавача медичних послуг.

12. Аналіз оплачених медичних записів здійснюється відповідно до Таблиці умов одночасного надання медичних послуг за пакетами (далі - Таблиця умов), що наведена в додатку 2 до цього Алгоритму, для медичних записів, що відносяться до комбінацій (пар) пакетів, мають співпадіння значень ідентифікатора пацієнта та коду надавача та для яких дата початку надання медичної послуги у одному з медичних записів є більшою або дорівнює даті початку надання медичної послуги у іншому медичному записі та менше або дорівнює даті закінчення надання медичної послуги у такому іншому медичному записі.

13. Аналіз, зазначений в пункті 12, здійснюється у такому порядку:

1) з Таблиці умов обираються комбінації (пари) номерів пакетів, які перевіряються на відповідність умовам:

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 1” міститься значення “стаціонарна”;

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 2” міститься значення “стаціонарна”;

в графі “Можливість проведення одночасної оплати за медичними записами” міститься значення “Не може бути оплачено одночасно”.

У разі виявлення медичних записів, номери пакетів яких відповідають умовам, зазначеним в абзацах другому - четвертому цього підпункту, медичним записом, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається оплачений медичний запис, який внесений до ЕСОЗ раніше.

Інший оплачений медичний запис включається до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді та ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей;

2) з Таблиці умов обираються комбінації (пари) номерів пакетів, які перевіряються на відповідність умовам:

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 1” міститься значення “стаціонарна”;

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 2” міститься значення “стаціонарна”;

в графі “Можливість проведення одночасної оплати за медичними записами” міститься значення “Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного

запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється”.

У разі виявлення медичних записів, номери пакетів яких відповідають умовам, зазначеним в абзацах другому - четвертому цього підпункту, та дата початку одного з медичних записів не дорівнює даті закінчення другого медичного запису, медичним записом, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається оплачений медичний запис, який внесений до ЕСОЗ раніше.

Інший оплачений медичний запис включається до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді та ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей;

3) з Таблиці умов обираються комбінації (пари) номерів пакетів, які перевіряються на відповідність умовам:

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 1” міститься значення “стаціонарна”;

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 2” міститься значення “амбулаторна”;

в графі “Можливість проведення одночасної оплати за медичними записами” міститься значення “Не може бути оплачено одночасно”.

У разі виявлення медичних записів, номери пакетів яких відповідають умовам, зазначеним в абзацах другому - четвертому цього підпункту, медичним записом щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається оплачений медичний запис, який віднесений до типу надання медичної допомоги “стаціонарна”.

Інший оплачений медичний запис включається до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді та ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей;

4) з Таблиці умов обираються комбінації (пари) номерів пакетів, які перевіряються на відповідність умовам:

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 1” міститься значення “стаціонарна”;

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 2” міститься значення “амбулаторна”;

в графі “Можливість проведення одночасної оплати за медичними записами” міститься значення “Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється”.

У разі виявлення медичних записів, номери пакетів яких відповідають умовам, зазначеним в абзацах другому - четвертому цього підпункту, та дата одного з медичних записів, що віднесений до амбулаторного пакету, не дорівнює даті початку або закінчення другого медичного запису, що віднесений до стаціонарного пакету, медичним записом щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається оплачений медичний запис, який віднесений до типу надання медичної допомоги “стаціонарна”.

Інший оплачений медичний запис включається до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді та ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей;

5) з Таблиці умов обираються комбінації (пари) номерів пакетів, які перевіряються на відповідність умовам:

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 1” міститься значення “амбулаторна”;

в графі “Тип надання медичної допомоги медзапису № 2” міститься значення “амбулаторна”;

в графі “Можливість проведення одночасної оплати за медичними записами” міститься значення “Не може бути оплачено одночасно”.

У разі виявлення медичних записів, номери пакетів яких відповідають умовам, зазначеним в абзацах другому - четвертому цього підпункту, медичним записом щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається оплачений медичний запис, який внесений до ЕСОЗ раніше.

Інший оплачений медичний запис включається до переліку медичних записів, що передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді та ідентифікатор такого медичного запису вноситься до Таблиці невідповідностей.

III. Аналіз даних, що увійшли до звітів про медичні послуги за Договорами, укладеними з надавачами первинної медичної допомоги

1. Аналіз результатів здійснення дедублікації записів, які містяться в Реєстрі пацієнтів ЕСОЗ

14. В рамках цього аналізу проводиться перевірка всіх наявних декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - Декларація), поданих пацієнтами, щодо яких при проведенні верифікації Департаментом розвитку електронної системи охорони здоров'я виявлено наявність дублюючих записів пацієнтів в Реєстрі пацієнтів з однаковими реєстраційними даними у межах звітного періоду, що перевіряється.

15. У разі виявлення у звітному періоді Декларацій, дата деактивації яких є більшою ніж дата подання нової декларації цим же пацієнтом, Департамент

моніторингу у встановленому порядку передає інформацію про такі декларації до Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді із зазначенням періодів, щодо яких виявлено підстави для проведення перерахунків.

2. Аналіз результатів виявлення та деактивації в Реєстрі пацієнтів ЕСОЗ записів про пацієнтів, які ідентифіковані як померлі особи

16. В рамках цього аналізу перевіряються дані пацієнтів, внесені до Реєстру пацієнтів ЕСОЗ, щодо яких в цьому Реєстрі внесена дата смерті.

17. У разі виявлення у будь-якому звітному періоді Декларацій, фактична дата деактивації яких в Реєстрі пацієнтів ЕСОЗ є більшою ніж дата подання звіту про надані медичні послуги, а дата смерті відповідного пацієнта є меншою за звітну дату – дані про такі Декларації передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді із зазначенням періодів, щодо яких виявлено підстави для проведення перерахунків (починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою смерті пацієнта, внесеною до Реєстру пацієнтів ЕСОЗ).

3. Аналіз результатів виявлення Декларацій, що не відповідають вимогам до віку пацієнта згідно з оплаченими звітами надавачів первинної медичної допомоги

18. В рамках цього аналізу по кожній Декларації проводиться аналіз відповідності віку пацієнта станом на дату перевірки таким вимогам:

1) вік пацієнтів, Декларації яких подані лікарю-педіатру, не перевищує 18 років;

2) вік пацієнтів, Декларації яких подані лікарю-терапевту, становить 18 років і більше.

19. У разі виявлення Декларацій, що не відповідають вимогам, наведеним у пункті 18 цього Алгоритму, дані про такі Декларації передаються у встановленому порядку:

Департаменту розвитку електронної системи охорони здоров'я – для розгляду щодо здійснення деактивації Декларації;

Департаменту договірної роботи – для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді із зазначенням періодів, щодо яких виявлено підстави для проведення перерахунків, до яких включаються :

якщо невідповідність вимозі, наведеній у підпункті 1 пункту 17 цього Алгоритму, виникла через зміну віку пацієнта (без зміни спеціалізації лікаря) – всі звітні періоди, починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою досягнення пацієнтом 18 років;

якщо невідповідність вимозі, наведеній у підпункті 1 пункту 17 цього Алгоритму, виникла через зміну лікарем спеціалізації з “терапевт” або “лікар

загальної практики-сімейний лікар” на “педіатр” – всі звітні періоди, починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою зміни лікарем спеціалізації для пацієнтів, вік яких на цю дату перевищував 18 років або всі звітні періоди починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою досягнення пацієнтом 18 років;

якщо невідповідність вимозі, наведеній у підпункті 2 пункту 17 цього Алгоритму виникла через зміну лікарем спеціалізації з “педіатр” або “лікар загальної практики-сімейний лікар” на “терапевт” – всі звітні періоди починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою зміни лікарем спеціалізації для пацієнтів, вік яких на цю дату становив менше ніж 18 років.

4. Аналіз результатів виявлення фактів зміни спеціалізації лікарів, які надають первинну медичну допомогу

20. В рамках цього аналізу здійснюється порівняння даних в Реєстрі медичних працівників ЕСОЗ з інформацією, отриманою з інших джерел, щодо наявності фактів зміни лікарем ПМД спеціалізації протягом звітного періоду.

21. У разі встановлення факту зміни лікарем ПМД спеціалізації, яке призвело до перевищення ліміту Декларацій за спеціалізацією та необхідності застосування коригувального коефіцієнту, який впливає на суму сплачених коштів, дані про таких лікарів ПМД передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо розгляду питання стосовно здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді із зазначенням періодів, щодо яких виявлено підстави для проведення перерахунків (починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою внесення змін про спеціалізацію лікаря до Реєстру медичних працівників ЕСОЗ).

5. Аналіз результатів виявлення фактів несвоєчасного внесення в ЕСОЗ інформації про звільнення лікарів ПМД

22. В рамках цього аналізу за результатами отриманої від надавачів ПМД інформації щодо верифікації в Реєстрі медичних працівників ЕСОЗ фактичної дати звільнення лікарів ПМД, проводиться перевірка Декларацій, що зареєстровані в ЕСОЗ, за якими таких лікарів обрано.

23. У разі, якщо дата фактичного звільнення лікаря ПМД є меншою, ніж дата внесення інформації про звільнення такого лікаря до Реєстру медичних працівників ЕСОЗ, та дата фактичного звільнення лікаря ПМД не віднесена до того ж звітного місяця, що і дата внесення інформації про звільнення такого лікаря до ЕСОЗ, то дані про такого лікаря ПМД передаються у встановленому порядку Департаменту договірної роботи для розгляду щодо здійснення відповідного перерахунку сплачених коштів у поточному чи наступному звітному періоді із зазначенням періодів, щодо яких виявлено підстави для проведення перерахунків (починаючи з першого звітного періоду, що наступив за датою фактичного звільнення, та закінчуючи звітним періодом, що визначений за датою внесення інформації про звільнення лікаря ПМД до ЕСОЗ).

Додаток 1 до Алгоритму аналізу щодо визначення відповідності критеріям повноти та достовірності, даних які містяться в електронній системі охорони здоров'я та включені до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення

Номери пакетів медичних послуг

Номер пакету медичних послуг	Пакет медичних послуг
1	Первинна медична допомога
2	Екстрена медична допомога
3	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах
4	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій
5	Медична допомога при гострому мозковому інсульті
6	Медична допомога при гострому інфаркті міокарда
7	Медична допомога при пологах
8	Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках
9	Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)
10	Мамографія
11	Гістероскопія

12	Езофагогастродуоденоскопія
13	Колоноскопія
14	Цистоскопія
15	Бронхоскопія
16	Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах
17	Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах
18	Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах
19	Стаціонарна психіатрична допомога
20	Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах
21	Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на віл)
22	Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії
23	Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям
24	Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям
25	Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя
26	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату
27	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи
28	Екстрена медична допомога пацієнтам з підозрою або встановленим захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2
29	Медична допомога, яка надається мобільними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу

	COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2
30	Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою (COVID-19), спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, яка надається окремими закладами охорони здоров'я протягом квітня 2020 року
31	Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою covid-19, спричиненою коронавірусом sars-cov-2
32	Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я
33	Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 01.09.2020
34	Стоматологічна допомога дорослим та дітям
35	Ведення вагітності в амбулаторних умовах
36	Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2
37	Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах
38	Діагностика, лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями (або підозрою на відповідні захворювання) у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах
39	Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами з охорони психічного здоров'я
40	Реімбурсація
41	Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги
42	Готовність до реагування на інфекційні захворювання та епідемії
43	Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, яка надавалася протягом квітня - травня 2021р.

Додаток 2 до Алгоритму аналізу щодо визначення відповідності критеріям повноти та достовірності, даних які містяться в електронній системі охорони здоров'я та включені до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення

Таблиця умов одночасного надання медичних послуг за пакетами

№ з/п	Номер пакету медзапису № 1	Тип надання медичної допомоги медзапису № 1	Номер пакету медзапису № 2	Тип надання медичної допомоги медзапису № 2	Можливість проведення одночасної оплати за медичними записами, що порівнюються
1	3	Стаціонарна	3	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
2	3	Стаціонарна	4	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
3	3	Стаціонарна	5	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
4	3	Стаціонарна	6	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
5	3	Стаціонарна	7	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється

					закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
414	25	Стаціонарна	26	Стаціонарна	Не може бути оплачено одночасно
415	25	Стаціонарна	26	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
416	25	Амбулаторна	26	Стаціонарна	Не може бути оплачено одночасно
417	25	Амбулаторна	26	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
418	25	Стаціонарна	27	Стаціонарна	Не може бути оплачено одночасно
419	25	Стаціонарна	27	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
420	25	Амбулаторна	27	Стаціонарна	Не може бути оплачено одночасно
421	25	Амбулаторна	27	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
422	25	Стаціонарна	31	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
423	25	Амбулаторна	31	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
424	25	Стаціонарна	35	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
425	25	Амбулаторна	35	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
426	25	Стаціонарна	38	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати початку надання медичної допомоги, що відноситься до одного медичного запису, з датою закінчення надання медичної допомоги, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
427	25	Стаціонарна	38	Амбулаторна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
428	25	Амбулаторна	38	Стаціонарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
429	25	Стаціонарна	39	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
430	25	Стаціонарна	41	Амбулаторна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або

476	38	Амбулаторна	43	Стационарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
477	39	Амбулаторна	39	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
478	39	Амбулаторна	43	Стационарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
479	41	Амбулаторна	41	Амбулаторна	Не може бути оплачено одночасно
480	41	Амбулаторна	43	Стационарна	Може бути оплачено тільки при співпадінні дати надання медичної допомоги в рамках амбулаторного пакету, що відноситься до одного медичного запису, з датою початку або закінчення надання медичної допомоги в рамках стаціонарного пакету, що відноситься до іншого медичного запису з пари, що порівнюється
