



# НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

## НАКАЗ

від “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Київ

№ \_\_\_\_\_

### **Про визначення належності медичних записів про надані послуги до пакетів медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та іншими договорами, що діють у 2024 році**

Відповідно до пункту 9, підпункту 27 пункту 11 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», пункту 9 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 № 1394 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році», та пункту 6 постанови Кабінету Міністрів України від 27.02.2024 № 212 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України»,

### **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Алгоритм дій щодо визначення належності медичних записів про надані послуги, що внесені в електронну систему охорони здоров'я, до пакетів медичних послуг та визначення відповідності критеріям повноти та достовірності медичних записів, що віднесені до пакетів медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та іншими договорами, що діють у 2024 році (далі – Алгоритм дій), що додається.

2. Установити, що Алгоритм дій, затверджений пунктом 1 цього наказу, застосовується Національною службою здоров'я України для надавачів, які мають укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та інші договори, що діють у 2024 році.

3. Аналітичному управлінню забезпечити використання Алгоритму дій, затвердженого пунктом 1 цього наказу, при здійсненні аналізу медичних записів, які були внесені надавачами медичних послуг з 01.01.2024 для визначення медичної послуги як такої, що належить до відповідного пакета медичних послуг.



4. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Національної служби здоров'я України від 07.05.2024 № 264 «Про визначення належності медичних записів про надані послуги до пакетів медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, що діють у 2024 році».

5. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Голова

Наталія ГУСАК

**Алгоритм дій щодо визначення належності медичних записів про надані послуги, що внесені в електронну систему охорони здоров'я, до пакетів медичних послуг та визначення відповідності критеріям повноти та достовірності медичних записів, що віднесені до пакетів медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та іншими договорами, що діють у 2024 році**

**I. Загальні положення**

1. Цей Алгоритм визначає порядок дій працівників Аналітичного управління при здійсненні аналізу даних, які містяться в електронній системі охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ), визначенні належності медичних записів про надані послуги, що внесені в ЕСОЗ, до пакетів медичних послуг та визначенні відповідності критеріям повноти та достовірності медичних записів, що віднесені до пакетів медичних послуг.

2. Терміни 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», Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 № 1394 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» (далі – Порядок) , постанові Кабінету Міністрів України від 27.02.2024 № 212 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України», наказі Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», наказі Міністерства охорони здоров'я України від 03.04.2020 № 773 «Про затвердження Таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» та/або національного класифікатора НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій» (зі змінами, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України 04 квітня 2024 року № 577) .

**II. Покроковий аналіз медичних записів, внесених в електронну систему охорони здоров'я, для визначення діагностично-спорідненої групи, до якої відноситься пролікований стаціонарний випадок**

1. Перевірка на коректність введення даних в ЕСОЗ здійснюється у такому порядку:



1) перевіряється дата народження та дата госпіталізації.

Якщо дата народження не входить до діапазону від 1912 до 2024 року і дата госпіталізації не входить до діапазону від 2020 до 2024 року, медичний запис відноситься до діагностично-спорідненої групи (далі – ДСГ) 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення статусу групування медичного запису (далі – GST) встановлюється рівним «04»;

2) розраховується вік пацієнта в днях як різниця між датою госпіталізації та датою народження. Якщо дата госпіталізації дорівнює даті народження, то вказується вік, рівний 1 дню;

3) розраховується вік пацієнта в роках як відношення віку пацієнта в днях до 365,25 з округленням до меншого значення;

4) розраховується тривалість перебування в закладі охорони здоров'я як різниця між датою виписки та датою госпіталізації. У разі якщо дата виписки дорівнює даті госпіталізації, тривалість перебування в закладі охорони здоров'я встановлюється 1 день;

5) для пацієнтів віком до одного року перевіряється заповнення поля «вага» в медичному записі. Якщо вага не вказана або дорівнює 0, значення поля змінюється на «2500 гр».

2. Перевірка антропометричних даних пацієнта та тривалості перебування в закладі охорони здоров'я здійснюється у такому порядку:

1) перевіряється вік пацієнта.

Якщо значення віку у днях не лежить в діапазоні від 0 до 365 днів або віку у роках – в діапазоні від 1 до 110 років, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «04».

Якщо значення віку у роках більше або дорівнює 1, то значення віку у днях встановлюється рівним 0. Якщо значення віку у роках менше 1, то відображається значення у днях;

2) перевіряється вага пацієнта, якщо його вік менше 1 року.

Медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «07», якщо вага пацієнта:

в діапазоні від 100 до 399 гр., а медичний запис не містить хоча б одного з таких діагнозів: P07.01, P07.21, P07.22, визначених відповідно до Національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» затвердженого наказом Міністерства економіки України від 04.08.2021 № 360-21 (далі – Національний класифікатор НК 025:2021);

понад 13 500 гр., а медичний запис не містить хоча б одного з таких діагнозів: E65, E66.10, E66.11, E66.12, E66.13, E66.20, E66.21, E66.22, E66.23, E66.3, E66.90, E66.91, E66.92, E66.93, E67.0, E67.1, E67.2, E67.3, E67.8, E68, P08.0, P08.1, визначених відповідно до Національного класифікатора НК 025:2021;

3) перевіряється тривалість перебування пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Якщо значення тривалості перебування не належить до діапазону від 0 до 1826 днів, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «08».

3. Перевірка клінічних даних здійснюється у порядку, визначеному у підпунктах 1-3 цього пункту:

1) перевірка медичних записів на коректність діагнозів та інтервенцій здійснюється у такому порядку:

перевіряється, чи входять до Національного класифікатора НК 025:2021 всі діагнози, внесені у медичному записі – основний діагноз та, за наявності, додаткові діагнози;

за наявності інтервенцій перевіряється, чи хоча б одна з інтервенцій входить до переліку Національного класифікатора НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій», затвердженого наказом Міністерства економіки України від 04.08.2021 № 360-21 (далі - Національний класифікатор НК 026:2021).

Якщо умови, зазначені в абзацах 1 і 2 цього підпункту не виконуються, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «01»;

2) перевірка прийнятності основного діагнозу:

якщо основний діагноз входить до таблиці 1, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «02»;

якщо основний діагноз входить до Класу 20 Національного класифікатора НК 025:2021, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «02»;

якщо основний діагноз входить до таблиці 2, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, медичний запис відноситься до ДСГ 961 «Неприйнятний основний діагноз» та значення GST встановлюється рівним «02»;

3) перевірка на релевантність діагнозів та інтервенцій.

Якщо вік пацієнта від 28 до 365 днів (включно) та вага більше 2499 гр. або вік у роках більше 1 та:

основний діагноз входить до таблиці 3, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, – медичний запис відноситься до ДСГ 963 «Неонатальний діагноз не відповідає віку/вазі» та значення GST встановлюється рівним «04»;

додатковий діагноз входить до таблиці 3, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, – медичному запису встановлюється значення GST рівним «04».

Якщо за наявності діагнозів, що містяться у таблиці 4, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, вік пацієнта в медичному записі становить такий, що відповідає віку, вказаному у стовпці «Умова невідповідності віку пацієнта», медичному запису встановлюється значення GST рівним «04».

Якщо за наявності процедур, що містяться у таблиці 5, наведеної у додатку 1 до цього Алгоритму, вік пацієнта не входить у діапазон від 10 до 59 років та стать чоловіча, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «04».

Якщо за наявності діагнозів, що містяться у таблиці 6, наведеній у додатку 1 до цього Алгоритму, стать пацієнта у медичному записі відповідає статі, вказаній у стовпці «Умова невідповідності статі пацієнта», медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «05».

Якщо за наявності процедур, що містяться у таблиці 7, наведеній у додатку 1 до цього Алгоритму, стать пацієнта у медичному записі відповідає статі, вказаній у стовпці «Умова невідповідності статі пацієнта», медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «05».

Перевірки умов, зазначених в абзацах 2-5 цього підпункту, здійснюються послідовно незалежно від досягнення відповідності зазначеним умовам.

Перевірки умов, зазначених в абзацах 6-8 цього підпункту, здійснюються послідовно до досягнення відповідності умовам. У такому випадку групування завершується.

4. Присвоювання Основної діагностичної категорії (далі – ОДК) здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Перевіряється, до якої ОДК з таблиці 8, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, відноситься код основного діагнозу.

Якщо основний діагноз такий, що може бути використаний для ОДК 12 «Захворювання та розлади чоловічої статеві системи» та 13 «Захворювання та розлади жіночої статеві системи», здійснюється додаткова перевірка статі пацієнта, для присвоєння коректної ОДК.

Якщо код основного діагнозу не міститься в таблиці 8, наведеній в додатку 1 до цього Алгоритму, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «02».

5. Перевірка на наявність особливих інтервенцій (згідно з таблицею 9, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму) здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Медичний запис класифікується відповідно до наявності таких ознак діагнозів/процедур, що містяться в ньому:

«tab = A40-1» – медичний запис відноситься до ДСГ A40 «ЕКМО» та значення GST встановлюється рівним «00»;

«tab = A13-1» – медичний запис відноситься до ДСГ A13 «Інвазивна вентиляція (проводилася 336 годин і більше)» та значення GST встановлюється рівним «00»;

«tab = A14-1» – медичний запис відноситься до ДСГ A14 «Інвазивна вентиляція (проводилася від 96 до 335 годин включно)»;

«tab = A15-1» – медичний запис відноситься до ДСГ A15 «Лікування пацієнта, що потребувало трахеостомії» та значення GST встановлюється рівним «00».

6. Перевірка неонатальних випадків.

Якщо вік пацієнта до 1 року та основний діагноз з ознакою «tab\_m = M15-1» (згідно з таблицею 8, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму), медичний

запис відноситься до ДСГ Р69 «Неонатальна допомога» та значення GST встановлюється рівним «00».

7. Перевірка невідповідності неонатальних діагнозів вказаній вазі пацієнта (згідно з таблицею 8, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму).

Якщо вік пацієнта в діапазоні між 28 і 365 днями, його вага до 2500 гр., основний діагноз з ознакою «tab = 963-1», але жоден з діагнозів не з ознакою «tab = 963-2», медичний запис відноситься до ДСГ 963 «Неонатальний діагноз не відповідає віку/вазі» та значення GST встановлюється рівним «00».

8. Перевірка на множинні травми (згідно з таблицею 8, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму).

Якщо основний діагноз з ознакою «tab\_m = M21A», діагнози (основний і додаткові) мають щонайменше дві різні ознаки з такого переліку: «tab\_m=M21-0», «tab\_m=M21-1», «tab\_m=M21-2», «tab\_m=M21-3», «tab\_m=M21-4», «tab\_m=M21-5», «tab\_m=M21-6», «tab\_m=M21-7», медичний запис відноситься до ОДК 21A.

9. Перевірка випадків з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 (згідно з таблицею 8, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму).

Якщо основний діагноз з ознакою «tab\_m = M24-0», медичний запис відноситься до ОДК 24.

10. Перевірка випадків з мінно-вибуховими травмами (згідно з таблицею 8, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму).

Якщо присутній діагноз (основний або додатковий) з ознакою «tab\_m = M24-1», а також додатковий діагноз з ознакою «tab\_m = M24-2», медичний запис відноситься до ОДК 24.

11. Визначення статусу процедур.

За наявності процедур, для кожної застосованої процедури встановлення статусу здійснюється в такому порядку:

1) для ОДК 14-20, 23:

присвоюється статус «GI» (загальна інтервенція), що позначає інтервенцію, яка вважається значущою для всіх ОДК, якщо процедура міститься у таблиці 9, наведеній в додатку 1 до цього Алгоритму, і не має статусу «SI» (спеціальна інтервенція), що позначає інтервенцію, яка вважається значущою для класифікації тільки деяких ОДК, для будь-якої ОДК;

присвоюється статус «SI» (спеціальна інтервенція), якщо процедура міститься у таблиці 9, наведеній в додатку 1 до цього Алгоритму, застосовується до ОДК епізоду і має відмітку спеціальної (SI);

присвоюється статус такої, що не впливає на групування, якщо не виконано умови абзаців другого або третього цього підпункту;

2) для ОДК 1-13, 21, 22:

присвоюється статус «GI» (загальна інтервенція), якщо згідно з таблицею 9, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму, процедура застосовується до ОДК даного епізоду і не є спеціальною для будь-якої ОДК;

присвоюється статус «SI» (спеціальна інтервенція), якщо процедура міститься у таблиці 9, наведеній в додатку 1 до цього Алгоритму, застосовується до ОДК епізоду і має відмітку спеціальної (SI);

присвоюється статус непов'язаної з основним діагнозом, якщо міститься у таблиці 9, наведеній в додатку 1 до цього Алгоритму і не є спеціальною для будь-якої ОДК, але не застосовується до ОДК епізоду;

присвоюється статус такої, що не впливає на групування, якщо не виконались умови абзаців другого або третього, або четвертого цього підпункту.

12. Визначення остаточної ОДК здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Здійснюється перевірка щодо виконання умов належності до ОДК, окрім випадків виконання умов, передбачених пунктами 6 або 8. Значення ОДК присвоюється, якщо задовольняється умова вищої ОДК, згідно з таблицею 10, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму, відповідно до перевірки за ієрархією. Якщо для жодної ОДК не виконується умова на входження, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «02».

13. Перевірка гендерних умов ОДК здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі зазначення жіночої статі пацієнта при основному діагнозі, віднесеному до ОДК 12, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «05».

У разі зазначення чоловічої статі пацієнта при основному діагнозі, віднесеному до ОДК 13 або 14, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлюється рівним «05».

14. Присвоєння ДСГ здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Перевіряються умови входження для всіх ДСГ визначеної ОДК в порядку, визначеному в таблиці співставлення згідно з таблицею 11, наведеною в додатку 1 до цього Алгоритму.

Пролікованому випадку присвоюється перша ДСГ, для якої виконані всі умови. Якщо не виконані всі умови для жодної ДСГ, медичний запис відноситься до ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи».

15. Коригування ДСГ для окремих пролікованих випадків здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

1) у разі, якщо пролікованому випадку встановлена ДСГ відповідно до пункту 14 цього Алгоритму, яка віднесена до ДСГ, перелік яких наведений у стовпчику «Базова ДСГ» у таблиці 12, наведеній в додатку 1 до цього Алгоритму, і у пролікованому випадку внесено інформацію про проведення інтервенції з переліку, який наведений у стовпчиках «Код інтервенції», «Назва інтервенції» таблиці 12, здійснюється перевірка заповнення поля «Коментар» у медичному записі типу «Процедура» про здійснення такої інтервенції:

для процедури щодо проведеної операції на кришталику (введення або заміна кришталика) має бути заповнений тип та виробник трансплантанта;



для процедури щодо встановлення очного протезу має бути заповнений тип та виробник протезу;

для процедури щодо трансплантації рогівки має бути заповнений тип кератобіоімпланта.

У разі виконання всіх зазначених вимог медичному випадку присвоюється ДСГ, визначена у стовпчику «Оновлена ДСГ». У разі невиконання будь-якої з вимог зміна ДСГ не відбувається;

2) у разі, якщо пролікованому випадку встановлена ДСГ 960 «Не віднесений до жодної групи» та значення GST встановлене «01» або «02» відповідно до пунктів 1 - 14 цього Алгоритму, у разі наявності у пролікованому випадку основного діагнозу з переліку, який наведений у стовпчиках «Код основного діагнозу», «Назва основного діагнозу» таблиці 13, наведений в додатку 1 до цього Алгоритму, такому випадку присвоюється ДСГ, визначена у стовпчику «Оновлена ДСГ».

### **III. Визначення належності медичних послуг до пакетів медичних послуг**

1. Визначення пакета послуг здійснюється в порядку, що визначений нижче.

Визначення належності медичної послуги до пакета медичних послуг відбувається шляхом покрокового аналізу відповідності критеріям віднесення до пакета відповідно до таблиці співставлення, наведеної в таблиці 1 додатка 2 до цього Алгоритму, та довідників, наведених в таблиці 2 додатка 2 до цього Алгоритму окремо для послуг амбулаторного, стаціонарного та первинного рівня.

У випадку, якщо медичний запис повністю не відповідає вимогам жодного пакета/послуги, залишається коментар «Не відповідає жодному пакету/послугі».

2. Випадки, пов'язані з хірургічними операціями дорослим та дітям у стаціонарних умовах з визначеною ДСГ, яка входить до переліку з таблиці 3 додатка 2 до цього Алгоритму, тривалість яких становить не більше 24 години і які не завершилися смертю пацієнта, за наявності договору на пакет хірургічних операцій дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня відносяться до пакета № 47 «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня».

3. Аналіз медичних записів на коректність внесених даних, відповідність визначення діагностично-спорідненої групи та належності медичної послуги до пакета медичних послуг здійснюється відповідно до критеріїв перевірки медичних записів, визначених у таблиці 4 додатка 2 до цього Алгоритму.

4. Медичний запис про надання стаціонарної медичної допомоги з типом медичного запису «Взаємодія у закладі охорони здоров'я», у якому основним діагнозом встановлено діагноз класу 5 «Розлади психіки та поведінки (F00-F99)», а в якості додаткового діагнозу наявний діагноз Z65.0 «Звинувачення в цивільному чи кримінальному злочині без ув'язнення», у разі якщо надавач медичних послуг віднесений до закладів, перелік яких наведений у таблиці 4.1 додатка 2 до цього Алгоритму, вважається таким, що віднесений до пакету

медичних послуг 19 «Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах» з кодом послуги 19.F.

5. У разі якщо у надавача медичних послуг у звітному періоді відсутній договір за пакетами медичних послуг:

№ 3 «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»,

№ 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»,

№ 9 «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»,

№ 19 «Стаціонарна психіатрична допомога»,

№ 20 «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах»,

№ 47 «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня»,

за наявності у цього надавача у цьому звітному періоді договору за пакетом послуг № 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (далі – пакет № 57), медичні записи, що віднесені до пакетів послуг, перелік яких наведений у цьому пункті, автоматично відносяться до пакета № 57 і таким медичним записам автоматично встановлюються номери послуг 57.3, 57.4, 57.9, 57.19, 57.20, 57.47 відповідно до номера пакета, який був встановлений такому медичному запису до віднесення його до пакета № 57.

До таких медичних записів за пакетом № 57 застосовуються усі перевірки, визначені для відповідних пакетів медичних послуг, які визначені далі у цьому Алгоритмі.

6. Проведення підсумкових перевірок за пакетами здійснюється у такому порядку:

1) за випадками, які віднесені до пакета «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» і госпіталізація не завершилась смертю пацієнта, у медичному записі мають бути обов'язково присутні такі коди інтервенцій:

код щодо вимірювання шкали Ренкіна (96021-00);

щонайменше один код за кожною групою реабілітаційних заходів, перелічених у таблиці 5 додатка 2 до цього Алгоритму;

для медичних послуг, що віднесені до групи медичних послуг 5.3 – коди «Ультразвукове дуплексне дослідження позачерепних, каротидних та вертебральних судин» (55274-00) та «Одновимірне (М-режим) та двовимірне ультразвукове дослідження серця у реальному часі» (55113-00) крім випадків, які завершилися смертю пацієнта;

2) за випадками, які віднесені до пакета «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» здійснюється перевірка:

для медичних записів, в яких встановлена ДСГ W01 «Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах» перевіряється наявність інтервенцій, перелік яких наведений у таблиці 6 додатка 2 до цього Алгоритму відповідно до категорій таких інтервенцій.

У разі виявлення у медичному записі з ДСГ W01 будь якої з інтервенцій, які віднесені до категорії інтервенцій W02-1 та/або інтервенцій, які віднесені до категорії інтервенцій W03-1 таблиці 6, такому медичному запису встановлюється послуга:

W01+W02 – якщо наявні лише інтервенції категорії W02-1;

W01+W03 – якщо наявні лише інтервенції категорії W03-1;

W01+W02+W03 – якщо наявні інтервенції і категорії W02-1 і категорії W03-1;

для медичних записів, в яких встановлена ДСГ W02 «Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах» перевіряється наявність інтервенцій, які віднесені до категорії інтервенцій W03-1 таблиці 6.

У разі виявлення у медичному записі з ДСГ W02 будь якої з інтервенцій, які віднесені до категорії інтервенцій W03-1, такому медичному запису встановлюється послуга W02+W03.

Якщо додаткові інтервенції з переліків встановлених в таблиці 6 відсутні, то код послуги W01 або W02 залишається без змін.

3) за випадками, які віднесені до пакета «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» та госпіталізація завершилась випискою пацієнта, у медичному записі мають бути обов'язково присутні такі коди інтервенцій:

95550-06 «Суміжне медичне втручання, аудіологія» або

11332-00 «Оцінка отоакустичної емісії, викликаної клацанням»;

4) за випадками, які віднесені до пакета «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами з охорони психічного здоров'я» мають виконуватись такі умови:

автором взаємодії є медичний працівник, що входить до відповідної команди закладу охорони здоров'я;

направлення на послугу виписане не автором взаємодії;

5) медична послуга, яка віднесена до пакета медичних послуг № 48 «Неонатальний скринінг», має задовольняти таким умовам:

медичний запис про взаємодію має містити посилання на діагностичний звіт, який відображає проведення всіх досліджень, перелік яких наведений у таблиці 7 додатка 2 до цього Алгоритму;

медична послуга надається за електронним направленням;

вік пацієнта на момент створення направлення становить не більше ніж 12 місяців;

7. Медична послуга, яка віднесена до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» або пакета медичних послуг № 54 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах», має відповідати вимогам до кодування основного та додаткових діагнозів, що визначають віднесення такої послуги до встановлених напрямів реабілітаційної допомоги та/або рівнів складності та станів, перелік

яких встановлений у таблиці 8 додатка 2 до цього Алгоритму в порядку, що визначений цим пунктом.

1) в період з 01.01.2024 по 30.04.2024 віднесення медичних послуг до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та встановлення рівнів складності таких послуг: найвища складність (СР1), висока складність (СР2), помірна складність (СР3) або низька складність (СР4), відбувається з урахуванням вимог до кодування відповідно до таблиці 8.1 додатка 2 до цього Алгоритму, в такому порядку:

до послуги СР1 відносяться медичні записи які містять щонайменше 2 діагнози/комбінації діагнозів (основний та додаткові), що відносяться до різних категорій, встановлених для цієї послуги, а саме «Травми головного мозку», «Травми спинного мозку» та «Травми внутрішніх органів», кожен з різної категорії.

У разі, якщо за відповідною категорією передбачено наявність комбінації діагнозів, про що свідчить заповнений стовпчик «Діагноз 2» таблиці 8.1, то для віднесення діагнозів до цієї категорії враховується наявність в медичному записі хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1 та хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 2» таблиці 8.1.

У разі, якщо за відповідною категорією не заповнений стовпчик «Діагноз 2» таблиці 8.1, то для віднесення діагнозів до цієї категорії враховується наявність в медичному записі хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1;

до послуги СР2 відносяться медичні записи які містять щонайменше 1 діагноз/комбінацію діагнозів, що відноситься до будь-якої з категорій, встановлених для цієї послуги, а саме «Множинні ампутації та травми», «Травми головного мозку», «Травми спинного мозку» та «Інше».

У разі, якщо за відповідною категорією передбачено наявність комбінації діагнозів, про що свідчить заповнений стовпчик «Діагноз 2» таблиці 8.1, то для віднесення діагнозів до цієї категорії враховується наявність в медичному записі хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1 та хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 2» таблиці 8.1 для цієї категорії.

У разі, якщо за відповідною категорією не заповнений стовпчик «Діагноз 2» таблиці 8.1, то для віднесення діагнозів до цієї категорії враховується наявність в медичному записі хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1 для цієї категорії;

до послуги СР3 відносяться медичні записи які містять щонайменше 1 діагноз, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1, встановлених для цієї послуги;

до послуги СР4 відносяться медичні записи які містять щонайменше 1 діагноз/комбінацію діагнозів, що віднесений/віднесені до діагнозів, встановлених для цієї послуги у таблиці 8.1.

У разі, якщо за послугою СР4 передбачено наявність комбінації діагнозів, про що свідчить заповнений стовпчик «Діагноз 2» таблиці 8.1, то для віднесення діагнозів до цієї послуги враховується наявність в медичному записі хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1 та хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 2» таблиці 8.1;

У разі, якщо за послугою СР4 не заповнений стовпчик «Діагноз 2» таблиці 8.1, то для віднесення діагнозів до цієї послуги враховується наявність в медичному записі хоча б 1 діагнозу, що віднесений до діагнозів вказаних у стовпчику «Діагноз 1» таблиці 8.1;

2) з 01.05.2024 віднесення до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та встановлення рівнів складності таких послуг: найвища складність (СР1), висока складність (СР2), помірна складність (СР3) або низька складність (СР4), відбувається з урахуванням вимог до кодування за відповідними станами відповідно до таблиці 8 додатка 2 до цього Алгоритму у такому порядку:

основний діагноз за відповідним рівнем складності та станом пацієнта має відповідати будь-якому з діагнозів, включених до переліку діагнозів у стовпчику «Код Діагнози першопричини», додаткові діагнози мають відповідати будь-якому діагнозу, включеному до переліку діагнозів у стовпчику «Код Залишковий стан або природа наслідків (поточний стан)» та/або «Код Діагнози щодо надання реабілітаційної допомоги»;

3) віднесення до пакета медичних послуг № 54 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» у випадку надання амбулаторних медичних послуг з реабілітації за напрямом «Неврологічна реабілітація» або «Реабілітація при травмах» «Кардіо-респіраторна» або «Опорно-рухова реабілітація» відповідно до таблиці 8 додатка 2 до цього Алгоритму відбувається за умови:

якщо основний діагноз відповідає будь-якому з діагнозів, включених до переліку діагнозів у стовпчику «Код Діагнози першопричини», додаткові діагнози мають відповідати будь-якому діагнозу, включеному до переліку діагнозів у стовпчику «Код Залишковий стан або природа наслідків (поточний стан)» та/або «Код Діагнози щодо надання реабілітаційної допомоги»;

якщо основний діагноз відповідає будь-якому з діагнозів, включених до переліку діагнозів у стовпчику «Код Залишковий стан або природа наслідків (поточний стан)», додаткові діагнози мають відповідати будь-якому діагнозу, включеному до переліку діагнозів у стовпчику «Код Діагнози першопричини» та/або «Код Діагнози щодо надання реабілітаційної допомоги».

Напрямок «Психологічна допомога» не є встановленим самостійним напрямом реабілітаційної допомоги, за яким відбувається віднесення до пакета медичних послуг № 54 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах».

8. З 01.05.2024 віднесення до пакетів медичних послуг № 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям» та № 24 «Мобільна паліативна

медична допомога дорослим і дітям» відбувається з урахуванням вимог до кодування за відповідними напрямками відповідно до таблиці 9.1 додатка 2 до цього Алгоритму (далі – таблиця 9.1) та визначення функціонального стану пацієнта з урахуванням вимог до кодування відповідно до таблиці 9.2 додатка 2 до цього Алгоритму (далі – таблиця 9.2) з урахуванням віку пацієнта (діти до 18 років, дорослі) у такому порядку:

1) основний або додатковий діагноз пацієнта при віднесенні до відповідного напрямку паліативної допомоги має відповідати будь-якому з діагнозів, включених до переліку діагнозів у стовпчику «Діагноз першопричини та діагнози з Хрестиком (†)» таблиці 9.1, або, у разі наявності, будь-якому з діагнозів, включених до переліку діагнозів у стовпчику «Діагнози проявів та діагнози з зірочкою (\*)» таблиці 9.1.

У разі, якщо за напрямком паліативної допомоги передбачено перелік діагнозів як у стовпчику «Діагноз першопричини та діагнози з Хрестиком (†)» таблиці 9.1 так і в стовпчику «Діагнози проявів та діагнози з зірочкою (\*)» таблиці 9.1, віднесення до напрямку паліативної допомоги відбувається тільки за наявності в медичному записі комбінації діагнозів (основний та додатковий або декілька додаткових) що входять до обох переліків. У разі, якщо для напрямку допомоги в таблиці 9.1 заповнений стовпчик «Коди, що визначають хронічний стан пацієнта», віднесення до цього напрямку відбувається за наявності у медичному записі, додатково до визначеного вище, встановлених додаткових діагнозів та/або проведених інтервенцій, перелік яких наведений у стовпчику «Коди, що визначають хронічний стан пацієнта» таблиці 9.1;

2) у разі виконання вимог, встановлених в підпункті 1 цього пункту здійснюється додаткова перевірка наявності в медичному записі інформації про функціональний стан пацієнта, що характеризується наявністю будь-якого діагнозу, з переліку наведених у стовпчику «Діагноз» таблиці 9.2 та/або інтервенції, з переліку наведених у стовпчику «Інтервенція» таблиці 9.2;

3) за пакетом № 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям» віднесення медичних послуг за пакетом до груп послуг 23.2 «Послуги пацієнтам, які іммобільні, прикуті до ліжка, потребують постійного догляду, залежні від особи, що забезпечує догляд та допомогу» або 23.3 «Послуги пацієнтам, які залежні від підтримуючих життєдіяльність спеціальних апаратів та пристроїв, аспіратора та респіратора» відбувається відповідно до таблиці таблиці 9.3 додатка 2 до цього Алгоритму (далі – таблиця 9.3).

Якщо у медичному записі про надану стаціонарну паліативну послугу наявний діагноз, віднесений до переліку діагнозів, для яких в таблиці 9.3 в стовпчику «Категорія діагнозу» встановлено значення «Допомога пацієнтам зі злоякісними новоутвореннями, хворобами нервової системи, наслідками травматичного ушкодження головного або спинного мозку з порушенням функції, орфанними захворюваннями та апалічним синдромом», здійснюється додаткова перевірка наявності у цьому ж медичному записі діагнозу, віднесеного до переліку діагнозів, для яких в таблиці 9.3 в стовпчику «Категорія діагнозу» встановлено значення «Сліпота, залежність від механізмів (код

послуги 23.3)» та/або «Діагнози щодо іммобільності пацієнта (код послуги 23.2)».

У разі наявності в медичному записі будь-якого з діагнозів категорії «Сліпота, залежність від механізмів (код послуги 23.3)» такий медичний запис відноситься до групи послуг 23.3 «Послуги пацієнтам, які залежні від підтримуючих життєдіяльність спеціальних апаратів та пристроїв, аспіратора та респіратора».

У разі відсутності в медичному записі будь-якого з діагнозів категорії «Сліпота, залежність від механізмів (код послуги 23.3)» і наявності будь-якого з діагнозів категорії «Діагнози щодо іммобільності пацієнта (код послуги 23.2)» такий медичний запис відноситься до групи послуг 23.2 «Послуги пацієнтам, які іммобільні, прикуті до ліжка, потребують постійного догляду, залежні від особи, що забезпечує догляд та допомогу».

9. Визначення належності медичної послуги, віднесеної до пакета 9 «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» до категорії амбулаторної допомоги відбувається шляхом співставлення кодів інтервенцій відповідно до таблиці 10 додатка 2 до цього Алгоритму.

При цьому встановлюються такі додаткові перевірки:

якщо інтервенції у медичному записі віднесені до дій, у яких в таблиці 10 заповнений стовпчик «Послуга не надається за направленням, яке сформовано лікарем ПМД», здійснюється додаткова перевірка посади медичного працівника, який сформував направлення на послугу і у разі якщо таке направлення сформовано лікарем, що надає первинну медичну допомогу, інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги з повідомленням «Послуга за направленням від ПМД не входить до 9 пакету»;

якщо інтервенції у медичному записі віднесені до дій, у яких в таблиці 10 заповнений стовпчик «Посада медичного працівника, який провів дію», здійснюється додаткова перевірка посади медичного працівника, який здійснював таку дію, на відповідність переліку посад і у разі якщо така послуга надана лікарем, що не внесений до переліку посад, інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги з повідомленням «Посада лікаря не відповідає наданій послугі»;

якщо інтервенції у медичному записі віднесені до дій, у яких в таблиці 10 заповнений стовпчик «Тип медичного запису для внесення в ЕСОЗ», інформація про надану послугу має бути обов'язково внесена визначеним у цьому стовпці типом медичного запису і у разі якщо така вимога не виконана інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги з повідомленням «Послуга повинна обліковуватись через процедуру/діагностичний звіт»;

якщо інтервенції у медичному записі про взаємодію засобами телекомунікації не віднесені до дій, у яких в таблиці 10 стовпчик «Послуга може надаватись засобами телекомунікації» містить значення «так», інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги з повідомленням «Послуга не може надаватись засобами зв'язку»;

якщо інтервенції у медичному записі про взаємодію за місцем постійного перебування пацієнта не віднесені до дій, у яких в таблиці 10 стовпчик «Послуга може надаватись за місцем постійного перебування пацієнта» містить значення «так», інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги з повідомленням «Послуга не може надаватись за місцем постійного перебування»;

з 01.04.2024 якщо інтервенції у медичному записі віднесені до дій, що внесені в ЕСОЗ типом медичного запису «діагностичний звіт» здійснюється перевірка на наявність заповненого поля спостереження та/або коректність заповнення поля «результат обстеження». У разі невиконання цих вимог інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги з повідомленням «Відсутній опис заключення/результату та/або зазначених метаболіта/біосубстрата»;

Якщо в одному медичному записі вказано коди інтервенцій, які відносяться до декількох різних категорій послуг, то такий медичний запис трактується як декілька послуг відповідно до кожної унікальної категорії, за якою проведено інтервенцію.

10.3 01.04.2024 визначення належності медичної послуги до пакета 66 «Зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України» (далі – пакет 66) здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

1) медичні записи, що містять дані відповідно до таблиці 11 додатка 2 до цього Алгоритму визначаються такими, що за сукупністю даних можуть бути віднесені до пакета 66;

2) для медичних записів, визначених у підпункті першому цього пункту, здійснюється перевірка наявності внесеної до форми прийому звітів про надані медичні послуги за пакетом 66 сервісу звітності НСЗУ (далі – форма 66) інформації за такими медичними записами;

3) у разі відсутності у формі 66 інформації за медичним записом, такий запис вважається записом, за яким не визначена надана послуга за пакетом 66;

4) у разі наявності у формі 66 інформації за медичним записом щодо наданої послуги, такому медичному запису визначається код послуги, відповідно до таблиці 11.1 додатка 2 до цього Алгоритму та медичний запис вважається таким, що віднесений до пакета 66 з відповідним кодом послуги.

11.3 01.07.2024 визначення належності медичної послуги до пакета 67 «Зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України (група послуг №2)» (далі – пакет 67) здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

1) медичні записи, що містять дані відповідно до таблиці 11 додатка 2 до цього Алгоритму визначаються такими, що за сукупністю даних можуть бути віднесені до пакета 67;

2) для медичних записів, визначених у підпункті першому цього пункту, здійснюється перевірка наявності внесеної до форми прийому звітів про надані



медичні послуги за пакетом 67 сервісу звітності НСЗУ (далі – форма 66) інформації за такими медичними записами;

3) у разі відсутності у формі 66 інформації за медичним записом, такий запис вважається записом, за яким не визначена надана послуга за пакетом 67;

4) у разі наявності у формі 66 інформації за медичним записом щодо наданої послуги, такому медичному запису визначається код послуги, відповідно до таблиці 11.1 додатка 2 до цього Алгоритму та медичний запис вважається таким, що віднесений до пакета 67 з відповідним кодом послуги.

12. З 01.04.2024 по кожному медичному запису про надання амбулаторних послуг за пакетами медичних послуг «Мамографія», «Гістероскопія», «Езофагогастроуденоскопія», «Колonosкопія», «Цистоскопія», «Бронхоскопія», для медичного запису типу «діагностичний звіт» здійснюється перевірка на наявність заповненого поля спостереження та/або коректність заповнення поля «результат обстеження». У разі невиконання цих вимог медичний запис не враховується до пакета медичних послуг з повідомленням «В діагностичному звіті відсутні результати дослідження та/або заключення лікаря».

13. По кожному медичному запису за пакетом медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» (далі – медичний запис за пакетом 9) та/або медичному запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», здійснюється перевірка щодо надання в межах медичного епізоду, до якого цей медичний запис віднесений, інших амбулаторних медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів: «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», «Радіологічне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», «Лікування та супровід дорослих і дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям», «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах», «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)», «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів», «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин».

У разі якщо медичний запис за пакетом 9 та/або медичний запис про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», створений у межах медичного епізоду, за яким встановлено факт надання медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів, перелік яких наведений в абзаці першому цього пункту, та дата надання послуги у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не

відповідає жодному пакету/послузі», більша або дорівнює даті початку надання послуги за іншим пакетом, що входить до переліку пакетів, наведених в абзаці першому цього пункту, то медичні послуги, які відображено у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», вважаються такими, що надані за відповідним пакетом з переліку пакетів, наведених в абзаці першому цього пункту.

14. З 01.05.2024 року віднесення медичного запису за пакетом 9 та/або медичного запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», дата надання послуги в якому більше або дорівнює 01.05.2024 року, створеного у межах медичного епізоду, за яким встановлено факт надання медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом медичних послуг «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям», здійснюється за умови:

у пацієнта у межах медичного епізоду наявна хоча б одна взаємодія, створена після 30.04.2024 та віднесена до пакету медичних послуг «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям»;

дата надання послуги у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», більша або дорівнює даті початку надання послуги за пакетом медичних послуг «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям».

15. По кожному медичному запису за пакетом 9 та/або медичному запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», здійснюється перевірка щодо надання у цьому ж звітному періоді в межах медичного епізоду, до якого цей медичний запис віднесений, інших амбулаторних медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів: «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах», «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)», «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії», «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах», «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами з охорони психічного здоров'я», «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки».

У разі якщо медичний запис за пакетом 9 та/або медичний запис про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», створений в межах медичного епізоду, за яким встановлено факт надання у цьому ж звітному періоді медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів, перелік яких наведений в абзаці першому цього пункту, то медичні послуги, які відображено у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання

амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», вважаються такими, що надані за відповідним пакетом з переліку пакетів, наведених в абзаці першому цього пункту.

16. По кожному медичному запису за пакетом 9 та/або медичному запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», здійснюється перевірка щодо надання в межах медичного епізоду, до якого цей медичний запис віднесений, інших амбулаторних медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів: «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах», «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)», «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії», «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах», «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами з охорони психічного здоров'я».

У разі якщо медичний запис за пакетом 9 та/або медичний запис про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», створений за направленням сформованим в межах плану лікування, за яким встановлено факт надання медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів, перелік яких наведений в абзаці першому цього пункту, та дата надання послуги у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», більша або дорівнює даті надання послуги, яка віднесена до пакета, що входить до переліку пакетів, наведених в абзаці першому цього пункту, то медичні послуги, які відображено у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», вважаються такими, що надані за відповідним пакетом з переліку пакетів, наведених в абзаці першому цього пункту.

17. По кожному медичному запису, віднесеному до пакета «Стоматологічна допомога дорослим та дітям», здійснюється перевірка щодо надання у цьому ж звітному періоді в межах медичного епізоду, до якого цей медичний запис віднесений, інших амбулаторних медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки».

У разі якщо медичний запис за пакетом «Стоматологічна допомога дорослим та дітям» створений у межах медичного епізоду, за яким встановлено факт надання у цьому ж звітному періоді медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки», то медичні послуги, які відображено у медичному записі за пакетом

«Стоматологічна допомога дорослим та дітям» вважаються такими, що надані за пакетом «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки».

18. По кожному медичному запису за пакетом 9 та/або медичному запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», який містить інтервенції, що належать до переліку (13100-06, 13100-07, 13100-09, 13100-10), здійснюється перевірка щодо надання у цьому ж звітному періоді, до якого цей медичний запис віднесений, інших амбулаторних медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах».

У разі якщо протягом одного звітного періоду встановлено факт надання у цьому ж звітному періоді медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах», то медичні послуги, що належать до переліку (13100-06, 13100-07, 13100-09, 13100-10), які відображено у медичному записі за пакетом 9, вважаються такими, що надані за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах».

19.3 01.04.2024 по кожному медичному запису за пакетом 9 та/або медичному запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», який містить інтервенції, перелік яких наведений у таблиці 12 додатка 2 до цього Алгоритму (далі – таблиця 12), здійснюється перевірка щодо надання у цьому ж звітному періоді, до якого цей медичний запис віднесений, інших амбулаторних медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах» або «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах» або «Ведення вагітності в амбулаторних умовах».

У разі якщо протягом одного звітного періоду встановлено факт надання у цьому ж звітному періоді медичних послуг цьому ж пацієнту в цього ж надавача медичних послуг за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах» або «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах» або «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», і дата надання послуги у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному запису про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі» більше або дорівнює даті початку епізоду за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах» або «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах» або «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» то медичні послуги, що належать до переліку інтервенцій, наведеному у таблиці 12, які відображено у медичному записі за пакетом 9 та/або медичному записі про надання амбулаторних послуг, який має позначку «Не відповідає жодному пакету/послузі», вважаються такими, що надані за відповідним пакетом

з переліку пакетів, наведених в абзаці першому цього пункту з урахуванням віднесення до такого пакета, який визначений у стовпчику «Номер пакету, до якого відноситься послуга» таблиці 12 відповідно, відповідно до порядку, у якому такі пакети наведені в цьому стовпчику.

20. По кожному медичному запису про надання медичних послуг з амбулаторної реабілітації, які віднесені до одного медичного епізоду, у разі якщо такі медичні записи внаслідок зміни віку пацієнта були віднесені до різних пакетів медичних послуг, а саме «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах», усі медичні записи віднесені до цього епізоду вважаються такими, що надані за пакетом медичних послуг, який був визначений для того медичного запису, який має найбільш ранню дату надання послуги.

21. Для кожного медичного запису про надання медичних послуг з реабілітації у стаціонарних умовах пацієнту, вік якого на дату виписки становить 3 роки, у разі якщо тривалість надання медичних послуг цьому пацієнту (перебування в стаціонарі) відповідно до виписки складає більше ніж 4 дні та менше ніж 14 днів, здійснюється перевірка на наявність у цього пацієнта інших медичних записів про надання реабілітаційних послуг протягом 6 місяців, що передують даті поточної виписки, що віднесені до пакета «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя». У разі наявності таких інших медичних записів, медичний запис, для якого здійснювалась перевірка вважається таким, що віднесений до пакета «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя».

22. У разі отримання від надавача медичних послуг офіційної інформації у встановленому законодавством порядку через засоби поштового зв'язку або засобами електронного документообігу про те, що в медичному записі виявлено помилки щодо внесених даних, у разі технічної неможливості здійснення коригування надавачем такого медичного запису в ЕСОЗ, для такого медичного запису здійснюється коригування віднесення медичного запису до медичної послуги, за умови якщо таке коригування не призведе до збільшення вартості такої послуги. Такий медичний запис позначається коментарем «Заклад повідомив про помилково внесену в ЕМЗ інформацію листом №... від ...».

23. Перевірка правильності заповнення даних у медичних записах здійснюється для всіх медичних записів відповідно до умов, перелік яких визначений у таблиці 13 додатка 2 до цього Алгоритму.

#### **IV. Покроковий аналіз для визначення відповідності критеріям повноти та достовірності медичних записів, що віднесені до пакетів медичних послуг**

1. Проведення перевірки відповідності термінів внесення в ЕСОЗ медичних записів про надані медичні послуги здійснюється таким чином: якщо медичний запис внесено пізніше 10 робочого дня після завершення місяця, в якому надана послуга, перевіряється наявність цього запису у формі звітування закладу про

виправлення ЕМЗ на Сервісі звітності ІС НСЗУ (далі – звіт про коригування), що є підтвердженням виправленням допущеної помилки у вчасно внесеному медичному записі.

У разі наявності медичного запису у звіті про коригування, врахування виправленого ЕМЗ, внесеного пізніше 10 робочого дня після завершення місяця, у звіті за надані медичні послуги здійснюється за таких умов:

обидва медичні записи (запис, що виправляється, та новий запис) мають належати одному надавачу медичних послуг;

обидва медичні записи (запис, що виправляється, та новий запис) мають належати одному пацієнту;

у запису, що виправляється, та виправленого запису мають збігатися щонайменше 50% ознак зі списку (дата початку епізоду, дата послуги/виписки, основний діагноз, тип взаємодії, тип епізоду, причина звернення, коди інтервенцій, результат виписки, ПІБ медичного працівника).

Виправлений запис, який не відповідає цим критеріям за основними реквізитами із записом, що визнається помилковим, або медичний запис, який відсутній у звіті про коригування, визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності із коментарем «Протермінований медичний запис (більше 10 днів після завершення звітного періоду)».

2. Аналіз наявності медичного запису у формі звітування закладу про надання медичної допомоги, за яку була здійснена оплата за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством на Сервісі звітності ІС НСЗУ (далі – Форма інформування про виключення ЕМЗ).

У разі наявності медичного запису у Формі інформування про виключення ЕМЗ такий медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Інші джерела фінансування».

3. Аналіз статусу медичного запису здійснюється таким чином:

по кожному медичному запису проводиться аналіз статусу запису на дату здійснення такого аналізу;

якщо виявлено, що статус медичного запису змінений з «активний» на «введений помилково», то такий медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Помилковий запис (Entered in error)».

4. Аналіз наявності зміни статусу основного діагнозу здійснюється таким чином:

по кожному медичному запису проводиться аналіз статусу основного діагнозу пацієнта на дату здійснення такого аналізу;

якщо виявлено, що статус основного діагнозу пацієнта у випадку надання стаціонарної медичної допомоги не встановлений «підтверджений», а у випадку надання амбулаторної медичної допомоги або спеціалізованої медичної допомоги на первинному рівні встановлений «скасований», то такий медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно

повноти та достовірності з коментарем «Некоректний статус достовірності осн. діагнозу».

5. Аналіз медичних записів для виявлення випадків надання медичних послуг пацієнту, якому у реєстрі пацієнтів ЕСОЗ встановлено дату смерті, здійснюється таким чином:

по кожному медичному запису проводиться перевірка наявності в реєстрі пацієнтів ЕСОЗ встановленої дати смерті пацієнта;

медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Пацієнт вважається померлим згідно реєстру» у разі, якщо:

дата надання амбулаторної медичної допомоги або спеціалізованої медичної допомоги на первинному рівні більше дати смерті пацієнта у реєстрі пацієнтів ЕСОЗ;

дата виписки пацієнта зі стаціонару при наданні стаціонарної медичної допомоги більше ніж на один день перевищує дату смерті пацієнта у реєстрі пацієнтів ЕСОЗ.

6. Аналіз записів які були подані через сервіс звітності за пакетом «Секційне дослідження» здійснюється в такому порядку:

1) у разі виявлення записів, статус яких змінено з «активний» на «скасовано» такі записи вважаються такими, що мають ознаки порушення повноти та достовірності;

2) у разі виявлення записів, в яких атрибут «ПІБ лікаря, що проводив дослідження» не заповнений даними, такі записи вважаються такими, що мають ознаки порушення повноти та достовірності;

3) у разі виявлення записів, які мають співпадіння ключових атрибутів - код ЄДРПОУ закладу, категорія місця смерті пацієнта, категорія вікової групи, вік пацієнта, стать пацієнта, дата смерті пацієнта, дата розтину, код ЄДРПОУ місця смерті, код основного діагнозу записом, за яким не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, коректним вважається той запис, що був внесений через сервіс звітності першим.

Всі інші записи вважаються дублікатами, що мають ознаки порушення повноти та достовірності.

7. Аналіз медичних записів для виявлення клінічних випадків, що є неможливими з клінічної точки зору, здійснюється таким чином:

по кожному медичному запису, що аналізується, в якому пацієнтці встановлений будь-який з основних діагнозів розродження (O80-O84), проводиться аналіз на наявність інших медичних записів, у яких пацієнтці встановлений будь-який з основних діагнозів розродження (O80-O84), за якими дата закінчення надання медичної послуги є пізнішою, ніж в цьому записі, а унікальний ідентифікатор пацієнта в ЕСОЗ (далі – ідентифікатор пацієнта) та код ЄДРПОУ/РНОКПП надавача медичних послуг (далі – код надавача), які є атрибутами медичного запису в ЕСОЗ, збігаються;

якщо інші медичні записи, які відповідають умовам, наведеним в абзаці другому цього пункту, виявлено і при цьому, при порівнянні часовий проміжок

між датами закінчення надання такої ж медичної допомоги у медичних записах, які порівнюються, є меншим ніж 26 тижнів, то такі медичні записи, у яких дата внесення до ЕСОЗ є пізнішою, визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Неможливі клінічні випадки».

8. Аналіз медичних записів, що віднесені до пакету медичних послуг «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах» про виконання вимог щодо наявності у пацієнта декларації здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі встановлення факту відсутності у пацієнта декларації більше ніж протягом двох місяців з моменту початку надання послуг такі медичні записи визнаються такими, що надані за пакетом медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» (у разі наявності у надавача укладеного договору про надання медичних послуг за цим пакетом) або такими, що не віднесені до жодного пакету медичних послуг.

9. Аналіз медичних записів для виявлення повторного надання медичних послуг за пакетами медичних послуг, оплата за якими здійснюється протягом року в межах закладу один раз для одного пацієнта, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

По кожному медичному запису, який віднесений до пакетів медичних послуг «Мамографія», «Гістероскопія», «Колоноскопія», «Цистоскопія», «Бронхоскопія», «Езофагогастродуоденоскопія», проводиться аналіз на наявність інших медичних записів, що мають збіги ключових атрибутів – код надавача, код пацієнта та номер пакета.

Медичні записи, щодо яких було виявлено збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці другому цього пункту, групуються для виявлення повторного віднесення медичних записів до відповідного пакета медичних послуг.

З кожної такої групи обирається медичний запис, що був внесений до ЕСОЗ раніше інших, та визначається таким, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності при віднесенні до відповідного пакета медичних послуг.

Всі інші записи з кожної такої групи визнаються такими, що надані за пакетом медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах».

10. Аналіз медичних записів для виявлення медичних записів про надання амбулаторних медичних послуг пацієнту, створених у межах медичного епізоду, що свідчить про надання медичних послуг зі стаціонарного лікування цього ж пацієнта в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким із пакетів медичних послуг, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

По кожному медичному запису про надання амбулаторних медичних послуг здійснюється перевірка щодо надання в межах медичного епізоду, до якого цей медичний запис віднесений, інших медичних послуг зі стаціонарного лікування цього ж пацієнта в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів медичних послуг.



У разі якщо медичний запис про надання амбулаторних медичних послуг створений у межах медичного епізоду стаціонарного лікування цього ж пацієнта в цього ж надавача медичних послуг за будь-яким з пакетів медичних послуг, медичний запис про надання амбулаторних медичних послуг визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Амбулаторна послуга в рамках стаціонарного епізоду».

11. Аналіз медичних записів для виявлення медичних записів за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах», які свідчать про надання медичних послуг пацієнту декількома надавачами медичних послуг в один день, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо виявлено медичні записи за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах» про надання медичних послуг, що належать до переліку (13100-06, 13100-07, 13100-09, 13100-10), одному й тому ж пацієнту різними надавачами медичних послуг і дата надання таких послуг збігається, то медичний запис за пакетом медичних послуг «Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах», у якому дата/час надання послуги є більшими ніж дата/час надання послуги в інших медичних записах, визнається таким, щодо якого не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності.

Всі інші медичні записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Не останній заклад».

12. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, ідентифікатор медичного працівника, умови надання медичної послуги (в стаціонарі), номер пакета, номер послуги, дата початку надання медичної послуги, дата закінчення надання медичної послуги, код основного діагнозу, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення декількох медичних записів, які мають збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці 1 цього пункту:

медичним записом, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається медичний запис, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

всі інші виявлені медичні записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Дублікат – співпадіння ключових атрибутів».

13. Аналіз медичних записів для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах які віднесені до пакетів медичних послуг, хоча б один з яких є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» або «Стоматологічна допомога дорослим та дітям», та мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, ідентифікатор медичного працівника, дата надання медичної послуги та коди дії, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Медичні записи, щодо яких було виявлено збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці 1 цього пункту, групуються для аналізу подібних записів.

У разі якщо медичні записи з групи мають збіги за кодами дій, перелік яких включений до таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, медичними записами, щодо яких не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначаються 2 медичні записи:

якщо усі медичні записи з групи віднесені до одного пакета, і таким пакетом є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» або «Стоматологічна допомога дорослим та дітям» – медичні записи, що були внесені в ЕСОЗ раніше інших;

якщо медичні записи з групи віднесені до різних пакетів – медичні записи, які не віднесені до пакетів «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» або «Стоматологічна допомога дорослим та дітям» та були внесені в ЕСОЗ раніше інших.

У разі якщо медичні записи з групи мають збіги за кодами дій, перелік яких не включений до таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, медичним записом, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається медичний запис:

якщо усі медичні записи з групи віднесені до одного пакета, і таким пакетом є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» або «Стоматологічна допомога дорослим та дітям» – медичний запис, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

якщо медичні записи з групи віднесені до різних пакетів – медичний запис, який не віднесений до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» або «Стоматологічна допомога дорослим та дітям».

Всі інші записи з кожної групи подібних записів визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Дублікат – співпадіння ключових атрибутів».

14. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, які віднесені до пакетів медичних послуг, хоча б один з яких є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», та мають збіги ключових атрибутів – код окремої дії, дата надання медичної послуги, ідентифікатор пацієнта, код надавача, та відповідають одній з умов:

1) медичні записи внесені в межах одного епізоду медичних записів та містять інформацію про проведення пацієнту однієї і тої ж дії і дата надання медичної послуги та ідентифікатор медичного працівника, який проводив таку дію, збігаються;

2) медичні записи містять інформацію про проведення пацієнту однієї і тої ж дії і дата надання медичної послуги та внесений у цих медичних записах основний діагноз згідно національного класифікатора НК 025:2021 має співпадіння коду на 3 рівні класифікації,

здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення у надавача медичних записів які містять інформацію про проведення пацієнту однієї і тої ж дії, яка включена до таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, і дата надання медичної послуги збігається, то медичними діями, щодо яких не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається, визначаються такі 2 медичні дії:

якщо усі виявлені медичні записи віднесені до одного пакета, і таким пакетом є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» – дії, що містяться у медичних записах, що були внесені в ЕСОЗ раніше інших;

якщо виявлені медичні записи з групи віднесені до різних пакетів – дії, що містяться у медичних записах, які не віднесені до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» та були внесені в ЕСОЗ раніше інших.

У разі виявлення у надавача медичних записів які містять інформацію про проведення пацієнту однієї і тої ж дії, яка не включена до таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, і дата надання медичної послуги збігається, то медичною дією, щодо якої не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається така медична дія:

якщо усі виявлені медичні записи віднесені до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» – дія, що міститься у медичному записі, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

якщо виявлені медичні записи віднесені до різних пакетів – дія, що міститься у медичному записі, який не віднесений до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах».

Усі інші виявлені дії визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Послуга вже була врахована до звіту».

15. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, які віднесені до пакетів медичних послуг, хоча б один з яких є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», мають збіги ключових атрибутів – код окремої дії, дата надання медичної послуги, ідентифікатор пацієнта, код надавача, які віднесені до різних епізодів або такі дії проведені різними медичними працівниками, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення у надавача медичних записів які містять інформацію про проведення пацієнту однієї і тої ж дії, яка включена до таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму або відноситься до категорій медичних послуг «9.1», «9.8», «9.9», «9.10» відповідно до таблиці 10 додатку 2 до цього Алгоритму, і дата надання медичної послуги збігається, то медичними діями, щодо яких не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається, визначаються такі 2 медичні дії:

якщо усі виявлені медичні записи віднесені до одного пакета, і таким пакетом є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в

амбулаторних умовах» – дії, що містяться у медичних записах, що були внесені в ЕСОЗ раніше інших;

якщо виявлені медичні записи віднесені до різних пакетів – дії, що містяться у медичних записах, які не віднесені до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» та були внесені в ЕСОЗ раніше інших.

У разі виявлення у надавача медичних записів які містять інформацію про проведення пацієнту однієї і тої ж дії, яка не включена до таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму або не відноситься до категорій медичних послуг «9.1», «9.8», «9.9», «9.10» відповідно до таблиці 10 додатка 2 до цього Алгоритму, і дата надання медичної послуги збігається, то медичною дією, щодо якої не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається така медична дія:

якщо усі виявлені медичні записи віднесені до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» – дія, що міститься у медичному записі, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

якщо виявлені медичні записи віднесені до різних пакетів – дія, що міститься у медичному записі, який не віднесений до пакета «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах».

Усі інші виявлені дії визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Послуга вже була врахована до звіту».

16. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», які містять інформацію про проведення пацієнту дій, які віднесені до споріднених дій, перелік яких наведений у таблиці 2, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – Таблиця 2), та які мають збіги ключових атрибутів – дата надання медичної послуги, код епізоду, ідентифікатор пацієнта, код надавача, ідентифікатор медичного працівника, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення в одного надавача в межах одного епізоду медичних записів, які містять інформацію про проведення пацієнту споріднених дій, і дата надання медичної послуги та ідентифікатор медичного працівника, який проводив таку дію, збігаються, то медичною дією, щодо якої не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається така медична дія:

якщо виявлені медичні дії, відповідно до Таблиці 2, віднесені до пари медичних дій, для яких у стовпчику цієї таблиці «Взаємозамінні дії» поставлена позначка «так» – дія, що міститься у медичному записі, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

якщо виявлені медичні дії, відповідно до Таблиці 2, віднесені до пари медичних дій, для яких у стовпчику цієї таблиці «Взаємозамінні дії» поставлена позначка «ні» – дія, що міститься у стовпчику цієї таблиці «Основний код дії».

Усі інші виявлені дії визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Послуга вже була врахована до звіту».

17. Аналіз коректності інформації, внесеної у медичних записах про надання медичної допомоги за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

1) для медичних записів, які містять основний діагноз, що входить до переліку який наведений у таблиці 2.1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – таблиця 2.1), відповідність критеріям повноти та достовірності встановлюється відповідно до інформації, яка міститься у стовпчику «Відповідність критеріям повноти та достовірності» з урахуванням додаткових умов, що наведені у стовпчику «Уточнення/ додаткові умови» та дати впровадження, яка зазначена у стовпчику «Діє з» таблиці 2.1. У разі невиконання додаткових умов, або у інших випадках, за якими в таблиці 2.1 встановлено невідповідність – медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем, який наведений у стовпчику «Коментар у разі виявлення невідповідності» таблиці 2.1;

2) з 01.06.2024 здійснюється перевірка посади лікаря, який відкрив епізод типу «Лікування» відповідно до переліку посад, який наведений у таблиці 2.2, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму. У разі невідповідності посади лікаря, що відкрив такий епізод, усі медичні записи, що створені цим лікарем та віднесені до цього епізоду визнаються такими, що не відповідають критеріям повноти та достовірності з коментарем «Епізод, що відкрито лікарем даної посади не оплачується»;

3) з 01.05.2024 при внесенні в ЕСОЗ медичних записів про проведення лікування, що віднесені до епізодів типу «Лікування» при гострих станах, здійснюється перевірка всіх медичних записів епізоду. Усі медичні записи епізоду визнаються такими, що відповідає критеріям повноти та достовірності у разі якщо у епізоді типу «Лікування» виконуються наступні умови:

у першій взаємодії епізоду вказано пріоритетність «ургентна»;

у останній взаємодії епізоду вказано інтервенції категорії «консультування» та статус достовірності діагнозу «заклучний» або «спростований»;

епізод закритий.

У разі невиконання зазначених вище умов медичні записи епізоду визнаються такими, що не відповідає критеріям повноти та достовірності з коментарем «Статус достовірності діагнозу в останній взаємодії не відповідає заключному або спростованому» та/або «Епізод не був закритий»;

4) з 01.05.2024 при внесенні в ЕСОЗ інтервенцій про надання послуг проведення консультацій лікаря-спеціаліста, перелік яких наведений таблиці 2.3, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – таблиця 2.3) здійснюється перевірка посади лікаря, який надав таку послугу. У разі невідповідності посади лікаря, що надав послугу, зазначену у стовпчику «Інтервенція (назва)» таблиці

2.3 посаді лікаря, що зазначена у стовпчику «Посада (назва)» таблиці 2.3 для цієї послуги, медичні послуги, визнаються такими, що не відповідають критеріям повноти та достовірності з коментарем «Послуга не відповідає посаді медичного працівника (потребує верифікації)»;

5) з 01.06.2024 при внесенні в ЕСОЗ інтервенцій про проведення вакцинації здійснюється перевірка наявності в ЕСОЗ створеного медичного запису про вакцинацію. У разі відсутності медичного запису про вакцинацію медична послуга визнається такою, що не відповідає критеріям повноти та достовірності з коментарем «Відсутній ЕМЗ про вакцинацію в ЕСОЗ для інтервенції з вакцинації»;

6) з 01.06.2024 при внесенні в ЕСОЗ інтервенцій про надання послуг пацієнтам, вік яких становить більше ніж 18 років здійснюється перевірка посадки лікаря. У разі якщо медичні послуги такому пацієнту надаються лікарем, посада якого віднесена до посад дитячих лікарів будь якої спеціальності, медичні записи про надання таких послуг визнаються такими, що не відповідають критеріям повноти та достовірності з коментарем «Вік пацієнта не відповідає посаді медичного працівника (потребує верифікації)»;

7) з 01.06.2024 при внесенні в ЕСОЗ інтервенцій про надані пацієнту медичні послуги у одного й того ж надавача медичних послуг, здійснюється перевірка повторюваності таких послуг та їх об'єднання відповідно до таблиці 2.4, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – таблиця 2.4) в такому порядку:

при гострих станах, для епізоду типу «Лікування», у якому медичним записам встановлений статус пріоритетності «ургентна», після закриття такого епізоду здійснюється перевірка наявності в цьому епізоді в медичних записах інтервенцій, які належать до переліку який наведений у стовпчику «Перелік інтервенцій, які підлягають об'єднанню в одну інтервенцію» таблиці 2.4. У разі виявлення таких інтервенцій, здійснюється пошук інших медичних записів цього ж пацієнта у цьому ж закладі, які містять інтервенції, які належать до переліку який наведений у стовпчику «Перелік інтервенцій, які підлягають об'єднанню в одну інтервенцію» таблиці 2.4, належать до будь-якого епізоду та дата надання послуг у яких більше або дорівнює даті відкриття епізоду типу «Лікування» та при цьому менше або дорівнює даті закриття епізоду типу «Лікування».

У разі виявлення таких інтервенцій здійснюється об'єднання медичних послуг, відповідно до умови, яка наведена у стовпчику «Умова об'єднання» таблиці 2.4, в одну надану послугу, код якої зазначений у стовпчику «Код інтервенції, до якої відбувається об'єднання інтервенцій» таблиці 2.4, при цьому окремі надані послуги, які були об'єднані в цю послугу визнаються такими що не відповідають критеріям повноти та достовірності з коментарем «Послуга вже включена в оплату за ID - \_\_»;

для епізодів типу «Лікування», не пов'язаних з гострим станом, протягом календарного місяця здійснюється пошук медичних записів одного й того ж пацієнта у цьому ж закладі, які містять інтервенції, які належать до переліку,

який наведений у стовпчику «Перелік інтервенцій, які підлягають об'єднанню в одну інтервенцію» таблиці 2.4.

У разі виявлення таких інтервенцій здійснюється об'єднання медичних послуг, відповідно до умови, яка наведена у стовпчику «Умова об'єднання» таблиці 2.4, в одну надану послугу, код якої зазначений у стовпчику «Код інтервенції, до якої відбувається об'єднання інтервенцій» таблиці 2.4, при цьому окремі надані послуги, які були об'єднані в цю послугу визнаються такими що не відповідають критеріям повноти та достовірності з коментарем «Послуга вже включена в оплату за ID - \_\_».

Для всіх послуг, перелік яких наведений в таблиці 2.4 у стовпчиках «Код інтервенції, до якої відбувається об'єднання інтервенцій» та/або «Перелік інтервенцій, які підлягають об'єднанню в одну інтервенцію» здійснюється перевірка кількості наданих послуг відповідно до умови, яка зазначена у стовпчику «Частота проведення досліджень» таблиці 2.4. Медичні послуги, кількість яких перевищує кількість, встановлену у стовпчику «Частота проведення досліджень» таблиці 2.4 визнаються такими що не відповідають критеріям повноти та достовірності з коментарем «Перевищено дозволу кількість послуг\_\_».

18. Аналіз 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.

Аналіз здійснюється шляхом послідовного аналізу пар медичних записів у такому порядку:

1) для медичних записів, обидва з яких віднесені до пакетів медичних послуг, які свідчать про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, у разі виявлення медичних записів, які мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача, та для яких дата/час початку надання медичної послуги в одному з медичних записів більше або дорівнює даті/часу початку надання медичної послуги в іншому медичному записі та менше ніж дата/час закінчення надання медичної послуги у цьому іншому медичному записі і такий проміжок часу становить більше ніж одну годину, медичним записом, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається:

якщо виявлені медичні записи віднесені до пакетів, комбінація номерів яких включена до таблиці 3, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – Таблиця 3), – медичний запис, який віднесений до пакета, номер якого наведений у стовпчику Таблиці визначення пакета «Номер пакета, щодо якого здійснюється розрахунок вартості медичних послуг за умови одночасного надання медичних послуг пацієнту»;

якщо виявлені медичні записи не віднесені до пакетів, комбінація номерів яких включена до Таблиці 3, – медичний запис, який внесений до ЕСОЗ раніше.

Інший медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перекриття –

послуги, що надані надавачем медичних послуг пацієнту протягом одного проміжку часу»;

2) для медичних записів, один з яких віднесений до пакета медичних послуг, який свідчить про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, а інший – до пакета медичних послуг, який свідчить про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах або на первинному рівні та не віднесений до пакетів медичних послуг, перелік яких наведений у таблиці 4, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, у разі виявлення медичних записів, які мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача, та для яких дата/час надання амбулаторної медичної послуги в одному з медичних записів є більшими або дорівнюють даті/часу початку надання стаціонарної медичної послуги в іншому медичному записі та менше або дорівнюють даті/часу закінчення надання стаціонарної медичної послуги у такому іншому медичному записі, медичним записом, щодо якого виявлено ознаки порушень стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перекриття – послуги, що надані надавачем медичних послуг пацієнту протягом одного проміжку часу», визначається медичний запис, який віднесений до типу надання медичної допомоги «амбулаторна» або «первинна».

19. Аналіз медичних записів, які свідчать про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах за пакетом медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» (далі – пакет 4) та мають тривалість надання медичної послуги 1 доба здійснюється в порядку, визначеному цим пунктом.

У разі виявлення медичних записів за пакетом 4 про надання послуг тривалістю 1 доба, медичними записами, за якими не виявлено ознаки порушень стосовно повноти та достовірності визнаються такі медичні записи:

1) про стаціонарне лікування пацієнтів, які були екстрено госпіталізовані (підстава звернення - доставлені службою екстреної медичної допомоги);

2) про стаціонарне лікування пацієнтів, яким у медичних записах встановлений статус пріоритетності «ургентна»;

3) про стаціонарне лікування пацієнтів, які під час надання медичної допомоги померли, і результатом виписки пацієнта зі стаціонару встановлено «смерть пацієнта»;

4) про стаціонарне лікування пацієнтів, яке завершилось переводом пацієнта в інший медичний заклад і результатом виписки пацієнта зі стаціонару встановлено «переведено в інший ЗОЗ»;

5) інші медичні випадки стаціонарного лікування пацієнтів за пакетом 4 тривалістю 1 доба відповідно у разі наявності в медичному записі комбінації основного діагнозу, додаткового діагнозу та проведених медичних інтервенцій, віднесених до переліку визначеного в стовпчиках «Основний діагноз», «Тип» та «Значення» Таблиці 5, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – таблиця 5).

Усі інші медичні записи про надання медичної допомоги за пакетом 4 тривалістю 1 доба, визнаються такими, за якими виявлено ознаки порушень



стосовно повноти та достовірності з коментарем «Необґрунтована тривалість лікування».

20. Аналіз виявлених медичних записів, які віднесені до одного пролікованого випадку, свідчать про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах одному пацієнту протягом перебування пацієнта у одного надавача медичних послуг, але віднесені до різних або однакових пакетів медичних послуг здійснюється в порядку, визначеному цим пунктом.

У разі виявлення декількох медичних записів про надання медичної допомоги у стаціонарних умовах, які мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача, та для яких дата початку надання медичної послуги в одному з медичних записів більше або дорівнює даті закінчення надання медичної послуги в іншому медичному записі і такий проміжок часу становить менше ніж 1 день, такі медичні записи об'єднуються для аналізу в групі записів (далі – серія госпіталізацій):

1) аналіз серії госпіталізацій для визначення одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг «Медична допомога при пологах» здійснюється для медичних записів, що включені у одну серію госпіталізацій та віднесені до пакетів медичних послуг 7 «Медична допомога при пологах», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 3 «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодами послуги 57.3 та 57.4) та проводиться відповідно до умов визначених у рядках 1-16 Таблиці 6.1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – таблиця 6.1).

Медичні записи за пакетами медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 3 «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодами послуги 57.3 та 57.4), які включені в одну серію госпіталізацій та відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується», «Тривалість лікування в медзаписі, що аналізується» для яких встановлено позначку «ні» у стовпчику «Здійснюється оплата послуг за медзаписом, що аналізується» Таблиці 6.1, вважаються такими, що віднесені до одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг «Медична допомога при пологах» та щодо яких виявлено ознаки порушення повноти та достовірності з коментарем «Даний вид лікування вже врахований до звіту за пакетом 7».

Усі інші медичні записи за пакетами медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 3 «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодами послуги 57.3 та 57.4) які включені в одну серію госпіталізацій та не відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується»,

«Тривалість лікування в медзаписі, що аналізується», або відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується», «Тривалість лікування в медзаписі, що аналізується» для яких встановлено позначку «так» у стовпчику «Здійснюється оплата послуг за медзаписом, що аналізується» таблиці 6.1 вважаються такими, що не віднесені до одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг «Медична допомога при пологах» та щодо яких не виявлено ознак порушення повноти та достовірності;

2) аналіз серії госпіталізацій для визначення одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» здійснюється для медичних записів що включені у одну серію госпіталізації та віднесені до пакетів медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4) та проводиться відповідно до умов визначених у рядках 17 та 18 Таблиці 6.1.

Медичні записи за пакетами медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4) які включені в одну серію госпіталізацій та відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується», «Тривалість лікування в медзаписі, що аналізується» для яких встановлено позначку «ні» у стовпчику «Здійснюється оплата послуг за медзаписом, що аналізується» таблиці 5, вважаються такими, що віднесені до одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» та щодо яких виявлено ознаки порушення повноти та достовірності з коментарем «Даний вид лікування вже врахований до звіту за пакетом 8».

Усі інші медичні записи за пакетами медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4) які включені в одну серію госпіталізацій та не відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується», «Тривалість лікування в медзаписі, що аналізується» Таблиці 6.1, вважаються такими, що не віднесені до одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» та щодо яких не виявлено ознак порушення повноти та достовірності;

3) аналіз серії госпіталізацій для визначення віднесення пролікованого випадку до пакета медичних послуг «Хіміотерапевтичне лікування та супровід

пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах» здійснюється для медичних записів, що віднесені до пакетів медичних послуг 17 «Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4), які мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача, віднесені до одного звітного періоду за датою надання послуги (виписки), та проводиться відповідно до умов визначених у рядку 1 Таблиці 6.2.

Медичні записи за пакетами медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4), які відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується» у Таблиці 6.2, вважаються такими, що віднесені до пролікованого випадку за пакетом медичних послуг 17 «Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах» з коментарем «Послугу віднесено до пакету межах випадку лікування за 17 пакетом».

За іншими медичними записами за пакетами медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4), які не відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується» у Таблиці 6.2, не відбувається зміна пакета медичних послуг, до якого такий запис віднесений;

4) аналіз серії госпіталізацій для визначення віднесення пролікованого випадку до пакета медичних послуг «Діагностика, лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями (або підозрою на відповідні захворювання) у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах» здійснюється для медичних записів, що віднесені до пакетів медичних послуг 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», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4), які мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача, віднесені до одного звітного періоду за датою надання послуги (виписки), та проводиться відповідно до умов визначених у рядку 2 Таблиці 6.2.

Медичні записи за пакетами медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4) які відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується» Таблиці 6.2, вважаються такими, що віднесені до пролікованого випадку за пакетом медичних послуг 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» з коментарем «Послугу віднесено до пакету межах випадку лікування за 38 пакетом».

За іншими медичними записами за пакетами медичних послуг 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4), які не відповідають умовам, визначеним у стовпчиках «Дати надання послуг», «ДСГ/основний діагноз в медзаписі, що аналізується» Таблиці 6.2, не відбувається зміна пакета медичних послуг, до якого такий запис віднесений;

5) аналіз серії госпіталізацій для визначення віднесення медичних записів до одного пролікованого випадку за пакетами медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» (далі – пакет 5), «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда» (далі – пакет 6), «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» (далі – пакет 4) проводиться в порядку, що визначений цим підпунктом.

У разі виявлення в медичних записах, що віднесені до серії госпіталізацій, співпадіння ДСГ груп або у разі якщо тривалість перебування на стаціонарному лікуванні менше або дорівнює 1 добі, медичним записом щодо якого не виявлено ознаки порушення повноти та достовірності вважається медичний запис, за яким вартість медичних послуг з надання медичної допомоги, визначена відповідно до глав 3,4,5 Порядку є найбільшою.

Всі інші медичні записи серії госпіталізацій вважаються такими щодо яких виявлено ознаки порушення повноти та достовірності з коментарем «Даний вид лікування вже врахований до звіту за пакетом 4/5/6».

21. Аналіз для виявлення медичних записів про надання повторної в межах одного надавача медичних послуг медичної допомоги за пакетами медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57 «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4) пацієнтам – дітям вага, яких становить менше ніж 1800 гр. здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення декількох медичних записів за пакетами 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», 57

«Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (за кодом послуги 57.4), які відповідають таким умовам:

мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача;

у медичних записах внесено інформацію про вагу пацієнта, яка менше або дорівнює 1800 грам;

тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні становить менше ніж 30 календарних днів,

такі медичні записи об'єднуються в групу подібних записів для аналізу.

Медичний запис, щодо якого не виявлено ознак порушень повноти та достовірності, визначається в такому порядку:

якщо медичні записи з групи віднесені до різних пакетів, серед яких наявний медичний запис віднесений до пакета 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» - медичний запис віднесений до пакета 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках»;

якщо медичні записи з групи віднесені до різних пакетів, серед яких відсутній медичний запис віднесений до пакета 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» - медичний запис що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

якщо медичні записи з групи віднесені до однакових пакетів, у тому числі до пакета 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» - медичний запис, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших.

Всі інші записи з кожної групи подібних записів вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення повноти та достовірності з коментарем «Повторна госпіталізація пацієнта масою до 1800 грам».

22. Аналіз для виявлення медичних записів про надання повторної протягом дня медичної допомоги в амбулаторних умовах за пакетами медичних послуг «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах» або «Неонатальний скринінг», які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, номер пакета, дата надання медичної послуги, здійснюється в порядку, що визначений нижче.

У разі виявлення декількох медичних записів, які мають збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці 1 цього пункту:

медичним записом, щодо якого не виявлено ознак порушень стосовно повноти та достовірності, визначається медичний запис, що був внесений в ЕСОЗ раніше інших;

всі інші виявлені медичні записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перекриття – послуги що надані надавачем медичних послуг пацієнту протягом одного проміжку часу».

23. Аналіз медичних записів про надання протягом звітного місяця медичної допомоги в стаціонарних умовах за пакетами медичних послуг «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», «Стаціонарна допомога

дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня», які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, код послуги та код основного діагнозу на 2 рівні згідно класифікатора НК 025:2021, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу протягом звітного місяця виявлено більше ніж два медичні записи про надання медичних послуг, які відповідають умовам, наведеним в абзаці 1 цього пункту, то перші два записи, які мають дату закінчення надання послуги меншу, ніж інші, визнаються такими, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності.

Всі інші записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Даний вид лікування вже був врахований до звіту у звітному періоді».

24. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги пацієнтам, яким раніше в цього надавача медичних послуг надавалась медична допомога в стаціонарних умовах і результатом такої виписки було зазначено «смерть пацієнта», здійснюється для медичних записів, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта та код надавача в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено медичний запис про надання медичної допомоги пацієнту в стаціонарних умовах і результатом такої виписки було зазначено «смерть пацієнта» та інші медичні записи про надання медичної допомоги пацієнту, які мають збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці 1 цього пункту, то медичні записи, у яких дата надання послуги або дата завершення надання послуги більше ніж дата завершення надання послуги з результатом виписки «смерть пацієнта», визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Пацієнт раніше був виписаний в закладі з результатом виписки – смерть».

25. Аналіз медичних записів для виявлення випадків надання медичної допомоги пацієнтці за пакетом медичних послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» у звітних періодах, наступних за періодом, у якому для цієї пацієнтки був зафіксований випадок розродження, здійснюється для медичних записів, які мають збіг ключового атрибута, ідентифікатор пацієнта здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено медичні записи про надання медичної допомоги пацієнтці за пакетом медичних послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» і період надання таких послуг на один чи два місяці перевищують звітний період, до якого віднесений випадок надання медичної допомоги цій же пацієнтці з будь-яким з основних діагнозів розродження (O80-O84), то такі медичні записи за пакетом медичних послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» визнаються записами, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Пацієнтка мала пологи протягом останніх 3х місяців».

26. Аналіз медичних записів щодо наданих медичних послуг одному пацієнту за пакетом медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (далі – пакет 53) здійснюється з метою перевірки наявності в медичному записі інформації про обстеження пацієнта за Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ).

У разі відсутності у медичному записі інформації про проведене обстеження типу ICF такий запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Відсутня оцінка за МКФ в епізоді».

27. Аналіз медичних записів щодо кількості наданих медичних послуг одному пацієнту за пакетом 53 для медичних записів, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, номер пакета, здійснюється послідовно в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення у одного надавача медичних послуг пари медичних записів про надання медичних послуг одному пацієнту за пакетом 53, які мають збіги за групою послуг та кодом основного діагнозу на 3 рівні класифікації згідно класифікатора НК 025:2021, і при цьому дата закінчення надання однієї послуги відрізняється від дати початку надання другої медичної послуги менше ніж на 2 дні та загальна тривалість надання таких двох медичних послуг не перевищує 30 календарних днів, то медичним записом, щодо якого не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, визнається медичний запис, у якому дата надання послуги (дата виписки) є меншою.

Інший медичний запис з пари визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Даний вид лікування вже був врахований до звіту у звітному періоді».

У разі якщо за результатом подальшого аналізу медичних записів, які не віднесені до таких, у яких встановлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності відповідно до абзаців 1-3 цього пункту, виявлено декілька медичних записів які відповідають умовам, наведеним в абзаці 1 цього пункту, то медичними записами, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, визнаються:

1) у разі надання пацієнтам, вік яких дорівнює або становить більше ніж 18 років реабілітаційних послуг помірної або низької складності (CP3 та CP4), за виключенням реабілітації станів, спричинених ампутаціями (S48, S58, S68.4, S68.8, S68.9, S78, S88, S98.0, S98.3, T05, T11.6, T13.6) - перші два медичні записи, дати надання послуг яких є меншими в межах звітнього року;

2) у разі надання пацієнтам, вік яких менше ніж 18 років реабілітаційних послуг помірної або низької складності (CP3 та CP4), за виключенням реабілітації станів, спричинених ампутаціями (S48, S58, S68.4, S68.8, S68.9, S78, S88, S98.0, S98.3, T05, T11.6, T13.6) - перші чотири медичні записи, дати надання послуг яких є меншими в межах звітнього року;

3) у разі надання пацієнтам реабілітаційних послуг найвищої складності (CP1) або високої складності (CP2) або реабілітаційних послуг помірної або низької складності (CP3 та CP4) під час реабілітації станів, спричинених

ампутаціями (S48, S58, S68.4, S68.8, S68.9, S78, S88, S98.0, S98.3, T05, T11.6, T13.6) - перші вісім медичних записів, дати надання послуг яких є меншими в межах звітнього року;

Всі інші записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Даний вид лікування вже був врахований до звіту у звітному періоді» або «Пацієнту вже було оплачено 2/4/8 курсів стаціонарної реабілітації».

28. З 01.04.2024 для медичних записів, що віднесені до пакету медичних послуг за пакетом 53 здійснюється перевірка про надання в межах одного закладу реабілітаційної допомоги пацієнтам з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу.

Розрахунок реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах, здійснюється щоденно на підставі даних реєстру медичних працівників ЕСОЗ про наявність у закладу фахівців з реабілітації, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а саме лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів фізичних терапевтів, асистентів ерготерапевтів, логопедів (терапевтів мови та мовлення) з урахуванням можливості наявної кількості фахівців з реабілітації кожен день надавати реабілітаційну допомогу високого обсягу всім пацієнтам протягом реабілітаційного циклу.

Медичний запис про надання реабілітаційної допомоги за пакетом 53, у разі якщо на дату, наступну за датою госпіталізації, встановлено перевищення реабілітаційної спроможності закладу більше ніж на 30% визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перевищення реабілітаційної спроможності закладу».

29. З 01.05.2024 за пакетом медичних послуг 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям» здійснюється перевірка на сукупну тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні протягом року в порядку, що визначений цим пунктом.

За результатом аналізу медичних записів за пакетом медичних послуг 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям», медичними записами, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, визнаються медичні записи про надані послуги, що надавалися:

не менше п'яти календарних днів, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених п'яти днів, та не більше 180 днів сукупно на рік одному пацієнту – для всіх пацієнтів, крім випадків зазначених у наступному абзаці цього пункту;

більше ніж 180 днів для пацієнтів віком до 18 років та пацієнтів з наслідками травматичного ушкодження головного або спинного мозку з порушенням функції та хронічним болем, апалічним синдромом за випадками, що містять комбінації діагнозів:



1) один з діагнозів (T90.5 або T09.3 або T91.3) у поєднанні з одним з діагнозів (G81 або G82 або G83 або S24.7 або S34.7 або S14.7) та діагнозом R52.2 Постійний біль;

2) будь який діагноз у поєднанні з діагнозом R40.3 Стійкий вегетативний стан в будь-якому діагнозі.

Всі інші записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Пацієнт вже отримувал лікування понад 180 діб за 24 пакетом».

30. Аналіз медичних записів для виявлення клінічних випадків, що віднесені до надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, які надані одному пацієнту протягом одного (безперервного) проміжку часу перебування пацієнта у різних надавачів медичних послуг, здійснюється для медичних записів, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, умови надання медичної послуги (в стаціонарі) в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено медичні записи про надання медичної допомоги одному і тому ж пацієнту в стаціонарних умовах у різних надавачів, для яких дата початку надання медичної послуги в одному з медичних записів більше дати початку надання медичної послуги в іншому медичному записі та менше ніж дата закінчення надання медичної послуги в цьому іншому медичному записі, усі виявлені медичні записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Пацієнт перебував на стаціонарному лікуванні в іншому закладі під час лікування. Потребує верифікації.».

31. Аналіз медичних записів для виявлення клінічних випадків про повторне надання медичної допомоги з розродження в періоді від 26 до 30 тижнів з дати попереднього такого надання медичної допомоги одній і тій же пацієнтці у цього ж надавача медичних послуг здійснюється для медичних записів, в яких пацієнтці встановлений будь-який з основних діагнозів розродження (O80-O84) та які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено медичні записи, які мають збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці 1 цього пункту, і при цьому, при порівнянні часовий проміжок між датами закінчення надання медичної допомоги у медичних записах, які порівнюються, є більшим ніж 26 тижнів та меншим ніж 30 тижнів, то медичними записами, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Неможливі клінічні випадки. Потребує верифікації.», визнаються такі медичні записи, у яких дата внесення до ЕСОЗ є пізнішою.

32. Аналіз медичних записів для виявлення клінічних випадків про повторне надання медичної допомоги з розродження в періоді до 26 тижнів з дати попереднього такого надання медичної допомоги одній і тій же пацієнтці у різних надавачів медичних послуг здійснюється для медичних записів, в яких пацієнтці встановлений будь-який з основних діагнозів розродження (O80-O84)

та які мають збіг ключового атрибута – ідентифікатор пацієнта в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено медичні записи про надання медичної допомоги, які мають збіг ключового атрибута, наведеного в абзаці 1 цього пункту і при цьому, при порівнянні часовий проміжок між датами закінчення надання медичної допомоги у медичних записах, які порівнюються, є меншим ніж 26 тижнів, усі виявлені медичні записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Повторні пологи в різних закладах. Потребує верифікації.».

33. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги пацієнтам – дітям вага, яких становить менше ніж 400 гр. здійснюється в порядку, що визначений нижче.

У разі виявлення медичних записів, у яких в даних пацієнта зазначена вага менше ніж 400 гр, такі медичні записи вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення повноти та достовірності з коментарем «Некоректна вага при госпіталізації. Потребує верифікації.».

34. Аналіз для виявлення медичних записів про надання стаціонарної медичної допомоги протягом більше ніж 365/180 днів або менше ніж однієї години здійснюється в порядку, що визначений нижче.

Медичні записи про надання стаціонарної медичної допомоги вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення повноти та достовірності з коментарем «Некоректна тривалість лікування. Потребує верифікації.» у таких випадках:

1) медичний запис віднесений до пакета медичних послуг 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям», дата виписки менше ніж 01.05.2024 року і тривалість перебування пацієнта під час цієї госпіталізації більше ніж 180 календарних днів;

2) медичний запис не віднесений до пакета медичних послуг 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям» і тривалість перебування пацієнта під час цієї госпіталізації більше ніж 365 календарних днів;

3) медичний запис свідчить про надання медичної допомоги протягом менше ніж 1 години і результатом такої виписки не є «смерть пацієнта» або «переведений до іншого закладу»;

4) медичний запис свідчить про надання медичної допомоги протягом менше ніж 30 хвилин і результатом такої виписки є «смерть пацієнта» або «переведений до іншого закладу».

35. Аналіз медичних записів для виявлення випадків некоректного внесення інформації про вік/стать при наданні медичної допомоги пацієнтам, яким у медичному записі встановлено основний або додатковий діагноз класу 15 «Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99)» здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено медичні записи про надання медичної допомоги пацієнту, у яких встановлено основний або додатковий діагноз класу 15 «Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99)» і при

цьому стать пацієнта визначена як «чоловік» або стать пацієнта визначена як «жінка» та вік такої пацієнтки менше ніж 12 років або більше ніж 60 років, то такі медичні записи визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Некоректний вік/стать для вагітності. Потребує верифікації.».

36. Аналіз медичних записів для виявлення випадків некоректного відображення повторної госпіталізації одного і того ж пацієнта у різних закладах за пакетом медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо у закладу виявлено медичний запис про надання медичних послуг пацієнту за пакетом медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», при цьому у цього ж пацієнта наявна інша медична виписка про надання медичної допомоги в іншому закладі за пакетом медичних послуг 8 «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках», дата такої виписки менше на 1 день або дорівнює даті госпіталізації в цьому закладі, і результатом виписки зазначено не «переведення», то такий медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Повторна госпіталізація без переведення. Потребує верифікації.».

37. Аналіз медичних записів для виявлення випадків некоректного відображення інформації щодо типу госпіталізації пацієнта «народжений в закладі».

У разі якщо у закладу виявлено медичний запис про надання стаціонарних медичних послуг пацієнту, типом госпіталізації такого пацієнта встановлено «народжений в закладі» і вік пацієнта більше ніж 1 рік, то такий медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Некоректний вік для народженого в ЗОЗ. Потребує верифікації.».

38. Аналіз медичних записів для виявлення випадків повторного відображення інформації щодо госпіталізації одного і того ж пацієнта з типом госпіталізації «народжений в закладі» у різних надавачів медичних послуг.

У разі якщо виявлено декілька медичних записів про надання стаціонарних медичних послуг одному і тому ж пацієнту у різних надавачів медичних послуг і типом госпіталізації такого пацієнта у таких медичних записах встановлено «народжений в закладі», то медичний запис, який внесений до ЕСОЗ раніше визнається таким, щодо якого не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності.

Інші медичні записи з типом госпіталізації «народжений в закладі» у інших надавачів медичних послуг визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Повторна ознака «народжений в закладі». Потребує верифікації.».

39. Аналіз медичних записів для виявлення медичних послуг, які надані за електронним направленням, яке не має статусу «погашено», здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

При наданні медичних послуг за електронним направленням, яке не має встановленої кількості послуг (далі – направлення старого зразка), перевіряються всі медичні записи про надання послуг за таким направленням у межах незакритого епізоду. У разі якщо направлення старого зразка не має статусу «погашено» то медичні записи про надання медичних послуг за направленням старого зразка вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Направлення не було погашене».

40. Аналіз медичних записів для виявлення медичних послуг, які надані в стаціонарних умовах в межах медичного епізоду, який не має статусу «завершений», здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення медичних записів про надання стаціонарних медичних послуг, які віднесені до медичного епізоду, який має в ЕСОЗ статус «активний» або «внесений помилково», такі медичні записи вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «Епізод не було завершено».

41. Аналіз медичних записів щодо амбулаторних медичних послуг, які повинні надаватись в межах створеного для пацієнта плану лікування, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Для аналізу відбираються медичні записи, які відповідають умовам у полі «Умови перевірки медичних записів», віднесені до пакетів медичних послуг, перелік яких визначений у Таблиці 7, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, та дата надання послуги в яких більше або дорівнює даті впровадження вимоги про створення плану лікування, внесений для цього пакета в поле «Діє з».

Відібрані медичні записи, що свідчать про надання медичних послуг пацієнту у дати, які більше або дорівнюють даті впровадження вимоги про створення плану лікування, перевіряються на наявність плану лікування відповідно до умов, встановлених у стовпчику «Умови перевірки наявності діючого плану лікування» та вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності у випадках:

відсутності створеного плану лікування в ЕСОЗ – з коментарем «Відсутній план лікування»;

наявності плану лікування, який внесений в ЕСОЗ, але перебуває в статусі «новий» або «скасований» – з коментарем «План лікування не було активовано»;

за наявності у звітному періоді активного плану лікування дата надання пацієнту медичної послуги менше дати початку дії такого плану лікування або більше дати закінчення дії такого плану лікування – з коментарем «Відсутній план лікування».

У разі, якщо у стовпчику «Умови перевірки наявності діючого плану лікування» встановлено вимогу «наявний активний план лікування в цьому закладі», і надавач медичних послуг, для якого застосовується така перевірка є закладом- правонаступником в рамках процесу реорганізації, починаючи з дати завершення реорганізації перевірка наявності плану лікування для послуг, що

надаються пацієнту, здійснюється, у тому числі, у закладі, який припинив свою діяльність в рамках процесу реорганізації.

У разі якщо для зазначених у цьому пункті медичних записів про надані амбулаторні послуги, які повинні надаватись в межах створеного для пацієнта плану лікування, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, протягом 30 днів з дати надання послуги не створений та не активований план лікування, такі медичні послуги вважаються такими, що надані за пакетом медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах».

42. Перевірка відповідності класу плану лікування для медичних записів щодо медичних послуг за пакетами 25 «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» та/або 54 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах», які повинні надаватись в межах створеного для пацієнта плану лікування, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі, якщо медичні записи про надання послуг за пакетами 25 «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» та/або 54 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» створені в межах плану лікування, який не належить до класів, що свідчать про надання реабілітаційної допомоги у післягострому або довготривалому періоді, а саме, до класів 24 «Реабілітація у післягострому періоді» або 25 «Реабілітація у довготривалому періоді» такі медичні записи вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «План лікування не входить до класу реабілітація в післягострому чи довготривалому періоді».

43. Для медичних записів, що віднесені до дотрансплантаційного періоду за пакетом 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» здійснюється перевірка правильності заповнення поля «Назва епізоду» в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі, якщо у назві епізоду наявна аббревіатура «ТГСК», то такий медичний запис визнається таким, що віднесений до донорського етапу за пакетом 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин».

44. Аналіз медичних записів щодо віднесення до послуги «Тканинне типування» за пакетами медичних послуг 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів», 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин» здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення в межах епізоду, медичні записи якого віднесені до пакету медичних послуг 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» або 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин» діагностичного звіту, який містить код інтервенції A33011 «Аналіз; антиген лейкоцитів людини» та набір з 5 спостережень, які віднесені до методу типування з низькою роздільною

здатністю (78014-8,78015-5,96636-6,96664-8,78017-1) або до методу типування з високою роздільною здатністю (57290-9,57291-7,77636-9,57293-3, 57299-0), такий діагностичний звіт визнається таким, що віднесений до послуги «Тканинне типування» за відповідним пакетом.

У разі якщо медичний запис віднесений до послуги «Тканинне типування» за пакетом медичних послуг 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» або 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин», і при цьому не містить набір з 5 спостережень, які віднесені до методу типування з низькою роздільною здатністю (78014-8,78015-5,96636-6,96664-8,78017-1) або до методу типування з високою роздільною здатністю (57290-9,57291-7,77636-9,57293-3, 57299-0), такий медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «Відсутні необхідні обстеження для тканинного типування».

У разі якщо у пацієнта виявлено медичні записи про дві або більше послуг «Тканинне типування» за одним і тим же пакетом медичних послуг, то медичним записом, щодо якого не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності визнається медичний запис, у якому дата надання послуги є меншою.

Інші медичні записи з послугою «Тканинне типування» за цим пакетом медичних послуг для цього пацієнта визнаються такими, що мають ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «Послуга тканинного типування вже була оплачена пацієнту».

45. Аналіз медичних записів щодо віднесення до пакетів медичних послуг 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» та/або 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин» за датою проведення трансплантації здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі, якщо медичний запис про виписку пацієнта у 2024 році після проведення йому трансплантації містить інформацію про проведення процедури трансплантації у 2023 році, такий медичний запис визнається таким, що має ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «Процедура (назва процедури трансплантації) була проведена в 2023 році».

46. Аналіз медичних записів щодо віднесення до дотрансплантаційного етапу за пакетом медичних послуг 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі, якщо медичні записи, що віднесені до дотрансплантаційного періоду за пакетом медичних послуг 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів», внесені в межах епізоду, дата початку якого відноситься до 2023 року, то такі медичні записи визнаються такими, що мають ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «Епізод був розпочатий в 2023 році».

47. Аналіз медичних записів, що віднесені до пакету медичних послуг 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних

стовбурових клітин» щодо правильності заповнення даних для визначення типу трансплантації (родинна/неродинна) здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо медичні записи віднесені до донорського етапу послуги Алогенна трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин від родинного або не родинного донора за пакетом медичних послуг 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин», здійснюється перевірка текстового поля процедури аферезу або отримання кісткового мозку щодо визначення в ньому інформації про тип трансплантації (родинна/неродинна).

У разі встановлення в текстовому полі медичного запису донорського етапу інформації «родинна», медичний запис цього пацієнта на трансплантаційному етапі відноситься до послуги «Алогенна трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин від родинного донора».

У разі встановлення в текстовому полі медичного запису донорського етапу інформації «неродинна», медичний запис цього пацієнта на трансплантаційному етапі відноситься до послуги «Алогенна трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин від неродинного донора».

У разі відсутності в текстовому полі медичного запису донорського етапу інформації «неродинна»/ «неродинна», медичний запис цього пацієнта на трансплантаційному етапі визнається таким, що має ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, з коментарем «Відсутній коментар з вказанням типу трансплантації (родинна/неродинна)».

48. Для медичних записів, які віднесені до посттрансплантаційного періоду за пакетом медичних послуг 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин» здійснюється перевірка кількості проведених одному пацієнту у одного надавача медичних послуг процедур фотоферезу.

У разі якщо пацієнту проведено декілька процедур фотоферезу, то послугами, щодо яких не виявлено ознак порушення стосовно повноти та достовірності, визнаються перші дві послуги проведені у цього надавача.

49. З 01.04.2024 перевірка відповідності медичних записів щодо медичних послуг за пакетом 24 «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» вимогам щодо кількості виїздів протягом доби медичного працівника одного надавача медичних послуг здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі виявлення в медичних записах, що віднесені до пакету 24 «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» інформації про здійснені протягом одного календарного дня виїзди одного й того ж медичного працівника, медичними записами, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, вважаються перші шість медичних записів про виїзди цього медичного працівника, які внесені до ЕСОЗ раніше інших.

Інші медичні записи про виїзди цього медичного працівника визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перевищення ліміту виїздів лікаря на добу».

50. У разі отримання у звіті про надані послуги інформації про виявлення випадків, описаних підпунктах 4,6 пункту 17 та у пунктах 30-38 цього розділу, кожному надавачу медичних послуг надається можливість надати НСЗУ підтвердження щодо правильності внесених ним медичних записів (здійснити верифікацію) за допомогою форми звітування на Сервісі звітності ІС НСЗУ (далі – Форма звітування про верифікацію ЕМЗ).

Медичні записи, які внесені надавачем до Форми звітування про верифікацію ЕМЗ при наступній перевірці повноти та достовірності будуть визнані такими, щодо яких не виявлено ознаки порушення повноти та достовірності відповідно до підпунктів 4,6 пункту 17, пунктів 30-38 цього розділу та, за відсутності інших невідповідностей, включених до звіту за відповідний звітний період.

**V. Аналіз даних пацієнта для визначення відповідності критеріям повноти та достовірності інформації про послуги для включення такої інформації до звітів про надані медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення та/або іншими договорами, що діють у 2024 році**

1. Аналіз даних про надання медичних послуг на рівні пацієнта для включення такої інформації до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – Звіт про послуги) проводиться для пакетів медичних послуг, перелік яких наведений у Таблиці 8 додатка 3 до цього Алгоритму.

2. Перелік перевірок даних надавача медичних послуг у розрізі пацієнтів, яким такі послуги надані, для пакетів медичних послуг (крім пакетів медичних послуг 63 «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)», 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» та 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин») проводиться за коректними медичними записами, віднесеними до відповідного пакета медичних послуг у звітному періоді, інформація про визначення статусу пацієнта та ознаки включення даних цього пацієнта до Звіту про послуги, наведені у Таблиці 9 додатка 3 до цього Алгоритму.

3. Перелік перевірок даних надавача медичних послуг у розрізі пацієнтів, яким такі послуги надані, для пакетів медичних послуг 63 «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)», 64 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів» та 65 «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин» проводиться за коректними медичними записами, віднесеними до відповідного пакета медичних послуг у звітному періоді, інформація про визначення статусу пацієнта та ознаки включення даних цього пацієнта до Звіту про послуги, наведені у Таблиці 10 додатка 3 до цього Алгоритму.

4. У разі, якщо надавач медичних послуг є закладом- правонаступником в рамках процесу реорганізації, починаючи з дати завершення реорганізації, для



здійснення перевірки за пакетом медичних послуг «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)» (далі – пакет 21) щодо наявності у пацієнта протягом останніх 3 звітних місяців медичних записів за пакетом 21 або активності в межах плану лікування за цим пакетом, перевірка наявності медичних записів за пакетом 21 або активності в межах плану лікування за цим пакетом здійснюється, у тому числі, у закладі, який припинив свою діяльність в рамках процесу реорганізації.

---