

ЗМІНИ,
що вносяться до Алгоритму 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, затвердженого наказом Національної служби здоров'я України від 23 липня 2024 року № 408

1. У розділі II :

1) пункт 1 доповнити новим підпунктом такого змісту:

«1) для взаємодії про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах перевіряється тип взаємодії.

Якщо тип взаємодії про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах встановлено не «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару» (discharge), медичний запис не включається до подальшого аналізу для визначення діагностично-спорідненої групи, до якої відноситься пролікований стаціонарний випадок з помилкою «Неоплачуваний тип стаціонарної взаємодії»;».

У зв'язку з цим підпункти 1–5 вважати, відповідно, підпунктами 2-6;

2) у підпункті 2 пункту 15 слова цифри та знаки «до пунктів 1 - 14 цього Алгоритму» замінити на «до пунктів 1 - 14 цього розділу».

2. У розділі IV:

1) підпункт 2 пункту 18 викласти у такій редакції:

«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 у разі виявлення медичних записів, які мають збіги значень ключових атрибутів – ідентифікатора пацієнта та коду надавача, та для яких дата/час надання медичної послуги в амбулаторних умовах або на первинному рівні 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 обидва медичні записи (про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах та про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах або на первинному рівні) визнаються такими, що не мають ознаки порушення стосовно повноти та достовірності у випадках:



якщо медичний запис про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах або на первинному рівні віднесений до пакетів медичних послуг, перелік яких наведений у таблиці 4, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму;

якщо медичний запис про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах містить діагностичний звіт про проведення пацієнту інтервенції А33011 «Аналіз; антиген лейкоцитів людини», а інший медичний запис віднесений до пакета медичних послуг, який свідчить про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, і основний діагноз пацієнта у такому медичному записі входить до переліку діагнозів, визначених як основні діагнози при віднесенні медичних записів до пакету 38 «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах», відповідно до таблиці 2 додатка 2 до цього Алгоритму;

якщо медичний запис про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах містить діагностичний звіт про проведення пацієнту інтервенції А33011 «Аналіз; антиген лейкоцитів людини», а інший медичний запис віднесений до пакета медичних послуг, який свідчить про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, і у додаткових діагнозах пацієнта у такому медичному записі вказано хоча б один з діагнозів з переліку - Z00.5 «Обстеження потенційного донора органа й тканини», Z52.4 «Донор нирки», Z52.6 «Донор печінки» та результатом виписки пацієнта є «смерть».

У інших випадках 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.»;

2) пункт 19 викласти у такій редакції:

«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 такому порядку:

1) 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:

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

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

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

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

інші медичні випадки стаціонарного лікування пацієнтів за пакетом 4 тривалістю 1 доба 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);

2) у разі виявлення медичних записів за пакетом 4 про надання послуг тривалістю 1 доба, за якими не виявлено ознаки порушень стосовно повноти та достовірності відповідно до підпункту 1 цього пункту, які віднесені до медичних послуг за ДСГ групами Об1 «Післяпологовий і післяабортний період без загальних втручань» та/або Об6 «Аntenатальна та інша акушерська госпіталізація», що надані пацієнтам, які після дати виписки за пакетом 4 мали госпіталізацію в межах цього ж закладу за пакетом медичних послуг «Медична допомога при пологах» і різниця між датою початку госпіталізації за пакетом медичних послуг «Медична допомога при пологах» та датою завершення госпіталізації за пакетом 4 становить менше ніж 30 днів, такі 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. Потребує верифікації»;

3) 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.»;

3) пункт 28 викласти у такій редакції:

«28. З 01.04.2024 для медичних записів, що віднесені до медичних послуг за пакетом 53 здійснюється перевірка про надання в межах одного закладу реабілітаційної допомоги пацієнтам під час реабілітаційного циклу в стаціонарних умовах з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу.

Розрахунок реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах, здійснюється відповідно до Порядку 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.»;

4) після пункту 28 доповнити новим пунктом 29 такого змісту:

«29. З 24.10.2024 для медичних записів, що віднесені до медичних послуг за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» (далі - пакет 54) здійснюється перевірка про надання в межах одного закладу реабілітаційної допомоги пацієнтам під час реабілітаційного циклу в амбулаторних умовах з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу.

Розрахунок реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, здійснюється відповідно до Порядку 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 54, у разі якщо на дату надання послуги встановлено перевищення реабілітаційної спроможності закладу визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перевищення реабілітаційної спроможності закладу».

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги за пакетом 53 та пакетом 54, то перевірка надання медичних послуг з реабілітації в межах реабілітаційної спроможності закладу здійснюється в такому порядку:

1) в першу чергу здійснюється щоденна перевірка медичних записів, відповідно до пункту 28 цього розділу;

2) якщо протягом дня встановлено перевищення реабілітаційної спроможності закладу за пакетом 53, то всі медичні записи про надання медичної допомоги за пакетом 54, надані протягом цього дня визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перевищення реабілітаційної спроможності закладу»;

3) якщо протягом дня не встановлено перевищення реабілітаційної спроможності закладу за пакетом 53, то медичні записи про надання медичної допомоги за пакетом 54, надані протягом цього дня, в межах реабілітаційної спроможності закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах) визнаються такими, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності.

Інші медичні записи про надання реабілітаційної допомоги за пакетом 54, у разі якщо на дату надання послуги встановлено перевищення реабілітаційної спроможності закладу визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Перевищення реабілітаційної спроможності закладу».

У зв'язку з цим пункти 29-50 вважати, відповідно, пунктами 30-51;

5) після пункту 31 доповнити новим пунктом 32 такого змісту:

«32. Аналіз медичних записів для виявлення клінічних випадків, що віднесені до надання медичної допомоги в амбулаторних умовах за місцем проживання пацієнта у одного надавача медичних послуг під час перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні у іншого надавача медичних послуг, здійснюється для медичних записів, 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 одному і тому ж пацієнту в амбулаторних умовах за місцем проживання пацієнта у одного надавача медичних послуг та в стаціонарних умовах у іншого надавача медичних послуг, для яких дата початку надання амбулаторної медичної послуги більше дати початку надання стаціонарної медичної послуги та менше ніж дата закінчення надання стаціонарної медичної послуги, медичні записи про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах за місцем проживання пацієнта 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.»»;

У зв'язку з цим пункти 32-51 вважати, відповідно, пунктами 33-52;

б) після пункту 51 доповнити новими пунктами 52, 53 та 54 такого змісту:

«52. З 01.11.2024 аналіз медичних записів для виявлення випадків некоректного внесення інформації при наданні медичної допомоги пацієнтам за пакетом медичних послуг «Медична допомога при пологах», здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом:

1) разі відсутності в медичному записі додаткового діагнозу віднесеного до групи діагнозів «Z37, Результат пологів» медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Відсутній додатковий діагноз щодо результату розродження (Потребує верифікації)»;

2) у разі наявності в медичному записі додаткового діагнозу віднесеного до групи діагнозів «O60, Передчасні пологи та розродження» такий медичний запис має містити додатковий діагноз групи «O09, Тривалість вагітності». У разі відсутності у медичному записі діагнозу групи «O09, Тривалість вагітності» медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Відсутній додатковий діагноз щодо періоду вагітності для передчасних пологів (Потребує верифікації)»;

3) у разі наявності в медичному записі додаткового діагнозу з переліку:

«O09.0, Тривалість вагітності <5 повних тижнів»;

«O09.1, Тривалість вагітності 5-13 повних тижнів»;

«O09.2, Тривалість вагітності 14-19 повних тижнів»;

«O09.3, Тривалість вагітності 20-25 повних тижнів»;

«О09.4, Тривалість вагітності 26-33 повних тижнів»;

«О09.5, Тривалість вагітності 34 - < 37 повних тижнів»

такий медичний запис має містити додатковий діагноз групи «О60, Передчасні пологи та розродження». У разі відсутності у медичному записі діагнозу групи «О60, Передчасні пологи та розродження» медичний запис визнається таким, щодо якого виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Відсутній додатковий діагноз щодо передчасних пологів (Потребує верифікації)».

53. Аналіз для виявлення амбулаторних медичних послуг, які надані з порушенням денного навантаження медичного працівника, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Денне навантаження медичного працівника яке визначає кількість унікальних пацієнтів, яким одним медичним працівником в одному медичному закладі можуть бути надані амбулаторні медичні послуги протягом одного календарного дня, встановлено:

на рівні 48 унікальних пацієнтів для медичних працівників, перелік посад яких зазначений у Таблиці 8 додатка 3 до цього Алгоритму;

на рівні 32 унікальних пацієнтів для всіх інших медичних працівників.

Для проведення аналізу по кожному медичному працівнику відповідно до посади здійснюється підрахунок кількості унікальних пацієнтів, яким цим медичним працівником були надані амбулаторні медичні послуги, які внесені в ЕСОЗ медичними записами типу «взаємодія» та/або «процедура» та віднесені до будь-якого з пакетів медичних послуг, при цьому, у разі надання одному пацієнту більше однієї послуги протягом календарного дня, кожен пацієнт включається до підрахунку за датою та часом завершення взаємодії/процедури які є найменшими з усіх взаємодій/процедур що внесені цим медичним працівником цьому пацієнту протягом календарного дня.

Перші 32/48 пацієнтів, для яких, згідно внесеної інформації про надані амбулаторні послуги, дата та час завершення взаємодії/процедури є найменшими з усіх взаємодій/процедур внесених всім пацієнтам цього медичного працівника протягом календарного дня, визнаються такими, яким послуги надано без порушення денного навантаження медичного працівника і всі медичні записи про надані амбулаторні послуги такому пацієнту визнаються такими, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності.

Для інших пацієнтів, які перевищують денне навантаження медичного працівника, для медичних послуг наданих таким пацієнтам, перевірка на наявність ознаки порушення стосовно повноти та достовірності здійснюється у такому порядку:

1) до 01.09.2024 медичні амбулаторні послуги за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» які надані пацієнтам з порушенням денного навантаження медичного працівника при гострих станах (пріоритетність ургентна) визнаються такими, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності.

Інші медичні амбулаторні послуги за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» які надані пацієнтам з порушенням денного навантаження медичного працівника визнаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Кількість пацієнтів, прийнятих лікарем за зміну перевищує допустимі значення (Потребує верифікації)».

54. При здійсненні аналізу медичних записів щодо послуг наданих одному і тому ж пацієнту відповідно до пунктів 1, 12, 13, 18, 22, 33 та 34 цього розділу враховується наявність у пацієнта декількох кодів пацієнта, які виявлені та внесені до таблиці об'єднання пацієнтів в ЕСОЗ.».

У зв'язку з цим пункт 52 вважати, відповідно, пунктом 55;

7) пункт 55 викласти у такій редакції:

«55. У разі отримання у звіті про надані послуги інформації про виявлення випадків, описаних в підпунктах 4,6 пункту 17, підпункті 2 пункту 19, у пунктах 31-40, у підпунктах 1,2,3 пункту 52 та у підпунктах 1,2 пункту 53 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, підпункту 2 пункту 19, пунктів 31-40, підпунктів 1,2,3 пункту 52 та підпунктів 1,2 пункту 53 цього розділу та, за відсутності інших невідповідностей, включених до звіту за відповідний звітний період.»;

3. У розділі V:

1) у пункті 1 слова і цифри «Таблиці 8» замінити на слова і цифри «Таблиці 9»;

2) пункт 2 викласти у такій редакції:

«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 10 додатка 3 до цього Алгоритму.

За пакетом медичних послуг «Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах» розрахунок тривалості лікування розраховується як найбільше значення між такими числами:

- 1) від дати оплати початку лікування до кінця лікування;
 - 2) від дати встановлення діагнозу до кінця лікування;
 - 3) від дати початку епізоду до кінця лікування.»;
 - 3) у пункті 3 слова і цифри «Таблиці 10» замінити на слова і цифри «Таблиці 11»;
 - 4) після пункту 3 доповнити новим пунктом 4 такого змісту:
«4. При розрахунку наданих послуг одному і тому ж пацієнту відповідно до пунктів 2 та 3 цього розділу враховується наявність у пацієнта декількох кодів пацієнта, які виявлені та внесені до таблиці об'єднання пацієнтів в ЕСОЗ.».
У зв'язку з цим пункт 4 вважати, відповідно, пунктом 5.
 4. Додатки 2 та 3 Алгоритму викласти у нових редакціях, що додаються.
-