

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

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 2023 році, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 року № 1464 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році», 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».

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 2023 року і дата госпіталізації не входить до діапазону від 2020 до 2023 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;

СЕД АСКОД Національна служба здоров'я України

ДОКУМЕНТ № 265 від 03.05.2023

Сертифікат 26B2648ADD3032E104000000786633003B6FAE00

Підписувач Гусак Наталія Борисівна

Дійсний з 23.12.2022 0:00:00 по 22.12.2024 23:59:59



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 Мінекономрозвитку (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 переліку 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 Мінекономрозвитку.

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 МК 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 з 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 з таблиці 5, наведеної в додатку 1 до цього Алгоритму, вік пацієнта не входить в 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 з таблиці 6, 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 з таблиці 7, 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, наведених 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 P69 «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, наведених 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, наведених 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, наведених 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, наведених 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». Класифікація завершується.

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 не задовольняє повністю вимогам жодного пакета/послуги, залишається коментар «Не відповідає жодному пакету/послузі».

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.

4. 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);

2) 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, викликаной клацанням»;

3) 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 лікар, що входить до відповідної команди закладу охорони здоров'я;

направлення на послугу виписане не автором взаємодії;

4) 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 6 додатка 2 до цього Алгоритму;

медична послуга надається за електронним направленням;

вік пацієнта на момент створення направлення становить не більше ніж 6 місяців;

5) медична послуга, яка віднесена до пакета медичних послуг 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах», яка надається пацієнтам, які мають у медичному записі комбінацію з основного та додаткового діагнозу/додаткових діагнозів, які віднесені до різних груп діагнозів, встановлених для різних напрямів надання реабілітаційної допомоги, перелік яких наведений в таблиці 7 додатка 2, відноситься до групи послуг «53.2».

5. 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 8 додатка 2 до цього Алгоритму.

При цьому встановлюються такі додаткові перевірки:

якщо інтервенції у медичному записі віднесені до дій, у яких в таблиці 7 заповнений стовпчик «Посада лікаря, який провів дію», здійснюється додаткова перевірка посади лікаря, який здійснював таку дію, на відповідність переліку посад;

якщо інтервенції у медичному записі віднесені до дій, у яких в таблиці 7 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.

У разі невиконання вимог додаткової перевірки інтервенція не враховується до категорії амбулаторної допомоги.

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.

6. 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».

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.

7. 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».

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.

8. 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».

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 лікаря).

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 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)».

3. 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».

4. 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.

5. 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 ЕДРПОУ/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».

6. 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».

7. 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».

8. 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».

9. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в стаціонарних умовах, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, ідентифікатор лікаря, 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».

10. Аналіз медичних записів для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, ідентифікатор лікаря, дата надання медичної послуги та коди дії, 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», здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

Медичні записи, щодо яких було виявлено збіги ключових атрибутів, наведених в абзаці 1 цього пункту, за виключенням медичних записів, які мають збіги за кодами дій, перелік яких наведений у таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, групуються для аналізу подібних записів.

З кожної групи подібних записів 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».

11. 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 2, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, – 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 2, – 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 3, 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».

12. 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».

13. 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 класифікації за МКХ-10, 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».

14. Аналіз медичних записів про надання медичної допомоги за пакетом медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах», які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, код надавача, номер пакета, здійснюється в порядку, що визначений цим пунктом.

У разі якщо за результатом аналізу виявлено декілька медичних записів про надання медичних послуг, які відповідають умовам, наведеним в абзаці 1 цього пункту, то медичними записами, щодо яких не виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, визнаються:

якщо всі виявлені медичні записи за датою закінчення надання послуги (датою виписки) належать до одного звітнього періоду – перший медичний запис, який має дату закінчення надання послуги меншу, ніж інші;

якщо всі виявлені медичні записи за датою закінчення надання послуги (датою виписки) належать до різних звітних періодів – перші два медичні записи, які віднесені до різних звітних періодів, які є меншими в межах звітнього року, але не більше одного медичного запису за кожен звітний період.

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 курси стаціонарної реабілітації в закладі».

15. 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».

16. 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».

17. 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», визнаються такі медичні записи, у яких дата внесення до ЕСОЗ є пізнішою.

18. 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».

19. 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-

О84), 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».

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

Перевіряються всі медичні записи про надання послуг за електронним направленням у межах незакритого епізоду. У разі якщо електронне направлення не має статусу «погашено» і при цьому послуга/група послуг, на яку це направлення було видано, не включені до Таблиці 4, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму, та/або електронне направлення не створено в рамках дії плану лікування пацієнта, то медичні записи про надання медичних послуг за таким електронним направленням вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Направлення не було погашене».

21. 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».

22. 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 5, 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».

23. У разі отримання у звіті інформації про виявлення випадків, описаних у пунктах 16, 17, 18 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 стосовно повноти та достовірності відповідно до пунктів 16, 17, 18 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 надання послуги для включення такої інформації до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення

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 6 додатка 3 до цього Алгоритму.

2. Перелік перевірок даних надавача медичних послуг у розрізі пацієнтів, яким такі послуги надані, проводиться за коректними медичними записами, віднесеними до відповідного пакета медичних послуг у звітному періоді, визначення статусу пацієнта та ознаки включення даних цього пацієнта до Звіту про послуги, наведені у Таблиці 7 додатка 3 до цього Алгоритму.
