

ЗМІНИ

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, затвердженого наказом Національної служби здоров'я України від 03 травня 2023 року № 265

1. Абзаци п'ятий – восьмий підпункту 3 пункту 3 розділу II викласти у такій редакції:

«Якщо за наявності діагнозів, що містяться у таблиці 4, наведеній 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, наведеній 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».

2. У розділі III:

1) доповнити новим пунктом 4 такого змісту:

«4. 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.».

У зв'язку з цим пункти 4 – 8 вважати, відповідно, пунктами 5 – 9;

2) у пункті 5:

підпункт 5 викласти у такій редакції:

«5) з 01.01.2023 до 31.05.2023 включно 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 у таблиці 7 додатка 2, відноситься до групи послуг «53.2»»;

доповнити новими підпунктами 6 – 11 такого змісту:

«6) з 01.06.2023 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 станів, перелік яких встановлений у таблиці 7.1 додатка 2;

7) віднесення до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» у випадку надання стаціонарних медичних послуг із реабілітації за напрямом «Неврологічна реабілітація» або «Реабілітація при травмах» відповідно до таблиці 7.1 додатка 2 відбувається за умови:

якщо основний діагноз відповідає діагнозу, включеному 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»;

якщо основний діагноз відповідає діагнозу, включеному 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»;

8) віднесення до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» у випадку надання стаціонарних медичних послуг з реабілітації за напрямом «Кардіо-респіраторна» або «Опорно-рухова реабілітація» відповідно до таблиці 7.1 додатка 2 відбувається за умови: основний діагноз має відповідати діагнозу, включеному 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»;

9) віднесення до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» у випадку надання стаціонарних медичних послуг з реабілітації відбувається за додаткових умов:

для станів «Інфаркт міокарда», «Стан після проведення операцій реваскуляризації коронарних судин», «Стан після ендопротезування суглобів» – для пацієнтів, які мають встановлені додаткові діагнози групи «Y36, Ушкодження внаслідок військових дій»;

для станів «Хронічні захворювання легень, які супроводжуються порушенням дихальної функції», «Стан після оперативних втручань на кістково-м'язовій системі», «Артрити, артрози та інші захворювання опорно-рухової системи» – для пацієнтів, які мають встановлені додаткові діагнози групи «Y36, Ушкодження внаслідок військових дій» або пацієнтів, вік яких менше ніж 18 років;

для стану «Стан після травматичного ушкодження верхніх кінцівок, у т. ч. після ампутації» – для пацієнтів, які мають встановлені додаткові діагнози групи «Y36, Ушкодження внаслідок військових дій», або пацієнтів, вік яких менше ніж 18 років, або пацієнтів, які мають встановлений додатковий діагноз «Y83.5, Ампутація кінцівки(ок)»;

для інших станів, перелік яких не зазначений в абзацах 2, 3, 4 цього пункту – для усіх пацієнтів;

10) напрям «Психологічна допомога» не є встановленим самостійним напрямом реабілітаційної допомоги, за яким відбувається віднесення до пакета медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах».

У випадку надання стаціонарної медичної послуги з реабілітації, яка за кодами основного та додаткових діагнозів відповідно до таблиці 7.1 додатка 2 віднесена до двох та більше напрямів (включаючи напрям «Психологічна допомога»), така медична послуга відноситься до групи послуг «53.2»;

11) 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 7.1 додатка 2 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».);

3) в абзацах третьому, четвертому пункту 6 слова та цифри «таблиці 7» замінити словами та цифрами «таблиці 8»;

4) у пункті 8 після слів «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами з охорони психічного здоров'я» доповнити словами та знаками «, Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки»;

5) після пункту 8 доповнити новим пунктом 9 такого змісту:

«9. 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».).».

У зв'язку з цим пункт 8 вважати пунктом 10;

6) після пункту 10 доповнити новим пунктом 11 такого змісту:

«11. 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.».

3. У розділі IV:

1) після пункту 1 доповнити новим пунктом 2 такого змісту:

«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».».

У зв'язку з цим пункти 2 – 23 вважати, відповідно, пунктами 3 – 24;

2) після пункту 11 доповнити новими пунктами 12 – 13 такого змісту:

«12. Аналіз для виявлення медичних записів про надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, які мають збіги ключових атрибутів – код окремої дії, дата надання медичної послуги, код епізоду, ідентифікатор пацієнта, код надавача, ідентифікатор медичного працівника, які віднесені до пакетів медичних послуг, хоча б один з яких є «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», 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 однієї і тої ж дії (за винятком дій, перелік яких наведений у таблиці 1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму), 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 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 «Дублікат – співпадіння ключових атрибутів».

13. 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 1.1, що наведена в додатку 3 до цього Алгоритму (далі – Таблиця 1.1), 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 1.1, 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 1.1, 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 «Дублікат – співпадіння ключових атрибутів»..».

У зв'язку з цим пункти 12 – 24 вважати, відповідно, пунктами 14 – 26;

3) пункт 17 викласти у такій редакції:

«17. Аналіз медичних записів щодо кількості наданих медичних послуг одному пацієнту за пакетом медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» здійснюється для медичних записів, які мають збіги ключових атрибутів – ідентифікатор пацієнта, номер пакета, 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:

1) перші два медичні записи, які віднесені до різних звітних періодів, які є меншими в межах звітного року, але не більше одного медичного запису за кожен звітний період – для усіх виявлених випадків;

2) третій – восьмий за порядком з виявлених медичних записів, які віднесені до різних звітних періодів, які є меншими в межах звітного року, але не більше одного медичного запису за кожен звітний період, у разі якщо вони одночасно задовольняють такі умови:

дата закінчення надання послуги (дата виписки) більше або дорівнює 01.07.2023;

медичні записи віднесені до надання реабілітаційних послуг за двома та більше напрямками під час реабілітації станів, спричинених травмами спинного мозку, важкими черепно-мозковими травмами, ампутаціями за групами кодів захворювань відповідно до національного класифікатора 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» – ампутації (S48, S58, S68.4, S68.8, S68.9, S78, S88, S98.0, S98.3, T05, T11.6, T13.6), ураження

спинного мозку (S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1, S34.3, T09.3, T91.3 разом з G81-G83 або з S14.7 або S24.7 або S34.7), ураження головного мозку (S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.8, T90.5).

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 2/8 курсів стаціонарної реабілітації».»;

4) пункт 23 викласти у такій редакції:

«23. 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» 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 направленням старого зразка вважаються такими, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності з коментарем «Направлення не було погашене».»;

5) пункт 25 доповнити новим абзацом сьомим такого змісту:

«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».»;

6) у пункті 26 цифри та знаки «16, 17, 18» замінити цифрами та знаками «19, 20, 21».

4. Додатки 1, 2, 3 Алгоритму викласти у новій редакції, що додаються.

5. У тексті Алгоритму слово “лікар” в усіх відмінках замінити словами “медичний працівник” у відповідному відмінку.
