

№ 03-01-82/ 10175 / 24-01-01/3196

от 16.10.2018

Руководителям медицинских
организаций Свердловской
области

Директорам межмуниципальных
филиалов ТФОМС

Руководителям страховых
медицинских организаций

О методических рекомендациях
по правилам учета и планирования
первичной медико-санитарной помощи,
оказываемой в амбулаторных условиях

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области направляет для руководства и использования в работе Методические рекомендации по правилам учета и планирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области.

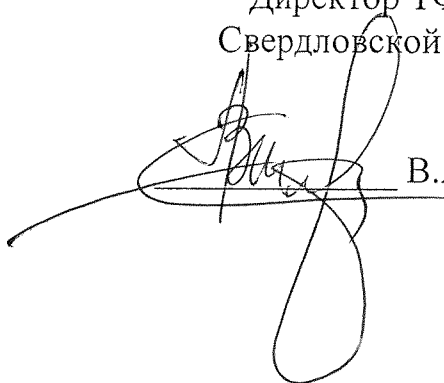
Приложение: на 9 л. в 1 экз.

Министр здравоохранения
Свердловской области



А.И. Цветков

Директор ТФОМС
Свердловской области



В.А.Шелякин

03-01-82/10175/24-01-01/3196 от 16.10.2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
О ПРАВИЛАХ УЧЕТА И ПЛАНИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

1. ВВЕДЕНИЕ

Настоящие Методические рекомендации о правилах учета и планирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (далее – методические рекомендации), разработаны в целях установления единых требований и правил по учету и планированию объемов первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области, а также устранения дисбаланса в структуре объемов первичной медико-санитарной помощи.

Методические рекомендации разработаны в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» на соответствующий год, инструктивными письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации о подготовке и сдаче отчета по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», согласно которым при планировании и учете объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, единицами объема приняты посещения и обращения.

Кроме того, при подготовке методических рекомендаций использованы положения следующих нормативных документов:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкции по заполнению учетной медицинской документации»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

приказ Росстата от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

В целях реализации настоящих рекомендаций устанавливаются следующие основные понятия и термины.

ПОСЕЩЕНИЕ – это контакт пациента с врачом медицинской организации или подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по любому поводу с последующей записью в «Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях» (ф. № 025/у), индивидуальной карте беременной и родильницы, истории развития ребенка, медицинской карте стоматологического больного, медицинской карте ортодонтического пациента и включающий сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование, постановку диагноза (основного, фонового, конкурирующего и сопутствующих заболеваний, травм, отравлений с кодами их по МКБ-10), определения группы здоровья, назначение лечения, направление на обследование, а также оценку результатов обследования и дальнейшее динамическое наблюдение.

ОБРАЩЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ТАП) – учетная форма № 025-1/у, утверждаемая Минздравом Российской Федерации, которая оформляется медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях. ТАП заполняется на всех пациентов при каждом их обращении и посещении к врачу.

Учету в ТАП подлежат все посещения и обращения к врачам, согласно порядку заполнения учетной формы 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Медицинские работники со средним медицинским образованием, ведущие самостоятельный прием (фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, акушерки смотровых кабинетов, средний медицинский персонал кабинетов доврачебного приема и т.д.) заполняют журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за исключением медицинских работников со средним медицинским образованием отделений (кабинетов) неотложной помощи, учет посещений которыми осуществляется в ТАП. В случаях возложения руководителем медицинской организации на медицинского работника со средним профессиональным образованием отдельных функций лечащего врача при организации первичной медико-санитарной помощи (приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 № 252н) учет посещений и обращений осуществляется в ТАП, аналогично врачебным посещениям и обращениям.

ПАТРОНАЖ — форма работы медицинской организации, основными целями которой являются проведение на дому, а также по месту учебы или работы оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ – представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях

своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

3. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ

В посещениях планируются и учитываются:

1. медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью;
2. медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с иными целями;
3. разовые посещения в связи с заболеваниями;
4. медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в неотложной форме.

Посещения с профилактической целью включают:

- посещения в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, в том числе осмотры перед вакцинацией;
- посещения центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения (взрослого и детского);
- посещения беременных при нормально протекающей беременности;
- посещения с целью направления на медицинский аборт, проведения абортов в амбулаторных условиях, посещения после проведения медицинского аборта;
- посещения в связи с патронажем – посещения, выполненные врачом на дому для проведения профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий (детей до 1 года, беременных женщин и родильниц), посещения в связи с патронажем отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся по месту работы или учебы.

Обращаем внимание, что посещения в связи с патронажем отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся в реестры по ОМС не включаются. Учет этих посещений осуществляется за рамками Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области (согласно разъяснениям Минздрава России) и включается в форму федерального статистического наблюдения

№ 30. Посещения в связи с патронажем пациентов при выявлении или угрозе возникновения туберкулеза, ВИЧ-инфекции, заболеваний передающихся половым путем, осмотров контактных лиц и лиц, подозрительных на эти инфекционные заболевания, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся учитываются и планируются в рамках государственных заданий при оказании первичной медико-санитарной помощи при соответствующих социально значимых заболеваниях.

На посещения с профилактической целью, когда выполнено только одно посещение, заполняется отдельный ТАП. На случаи диспансеризации, комплексных медицинских осмотров и профилактических медицинских осмотров, включающих в себя комплекс посещений к врачам-специалистам и диагностических исследований, ТАП заполняется в накопительном режиме. Учету подлежат все посещения с профилактической целью, включенные в ТАП случая диспансеризации или профилактического медицинского осмотра.

Посещения с профилактической целью кодируются по МКБ 10 (коды Z00-Z99). Кодирование посещений в связи с диспансеризацией определенных групп населения (взрослого и детского) допускается кодами из других классов МКБ-10 в соответствии с выявленными заболеваниями и порядком, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации о порядках проведения диспансеризации и медицинских осмотров, перечисленных в разделе 1 настоящих методических рекомендаций.

Посещения с иными целями (коды Z00-Z99 по МКБ 10):

- посещения, выполненные в рамках оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях. К ним относятся посещения с кодом по МКБ-10 Z51.5 «Паллиативная помощь», если в медицинской организации создан и лицензирован кабинет (отделение) по оказанию паллиативной помощи (оплачиваются за счет средств бюджетов);

- посещения в связи с другими обстоятельствами (получение справки, других медицинских документов);

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Разовые посещения в связи с заболеваниями (коды A00-T98 МКБ 10):

в разовых посещениях по заболеваниям учитываются случаи обращений пациентов в амбулаторно-поликлинические организации в связи с заболеванием, когда для завершения случая, послужившего поводом для обращения, потребовалось одно посещение, в том числе в рамках диспансерного наблюдения по заболеванию.

К разовым посещениям по заболеваниям могут быть отнесены:

- однократные посещения в связи с заболеванием к врачам основных специальностей;

- консультации врачей-специалистов поликлиник, в том числе консультативных поликлиник, по направлению лечащего врача;
- посещения для оказания лечебно-диагностической медицинской помощи в приемных отделениях стационаров пациентам, которым не требуется госпитализация, за исключением медицинской помощи в неотложной форме;
- однократные посещения с целью получения направления в дневной стационар, на госпитализацию, на медицинский аборт по медицинским показаниям, оформления санаторно-курортной карты и т.п.

На разовые посещения по заболеваниям заполняется отдельный ТАП.

Посещения в неотложной форме (коды А00-Т98 МКБ 10):

посещения в рамках оказания неотложной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

В посещениях в неотложной форме учитывается:

- неотложная медицинская помощь, оказанная лицензированным отделением (кабинетом) неотложной медицинской помощи, являющимся структурным подразделением поликлиники (врачебной амбулатории), в том числе на дому и по месту выезда бригады неотложной помощи, включая выезд на констатацию смерти. Обращаем внимание, что посещения в связи с констатацией смерти в реестры по ОМС не включаются. Учет этих посещений осуществляется за рамками Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области и включается в форму федерального статистического наблюдения № 30. Медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая кабинетами (отделениями) неотложной помощи в часы работы поликлиники, является аналогом вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме и была выделена из объемов скорой медицинской помощи с целью повышения ее доступности в случаях возникновения экстренных ситуаций.

- посещения в связи с оказанием неотложной стоматологической помощи (при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области);

- посещения в приемных отделениях стационаров при оказании неотложной медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в госпитализации для оказания стационарной медицинской помощи;

- посещения в связи с оказанием неотложной травматологической помощи в кабинетах неотложной травматологии и ортопедии (травмпункты).

Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в амбулаторно-поликлиническую медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается безотлагательно; на дому – в течение 2 часов с момента обращения.

Обращаем внимание, что посещения на дому при вызове врача, в том числе и для оказания неотложной помощи, которые выполняются врачами общих врачебных практик, участковыми врачами-терапевтами и врачами-педиатрами, другими врачами-специалистами, не подлежат учету как посещения в неотложной форме и должны учитываться как лечебно-диагностические посещения (разовые посещения в связи с заболеванием, первичные и повторные посещения в рамках обращения по заболеванию). Согласно порядкам оказания медицинской помощи устранение угрозы жизни пациента, оказание неотложной помощи и оказание медицинской помощи на дому всегда входило и входит в перечень функциональных обязанностей медицинских работников этих подразделений поликлиники, и организация в структуре поликлиник кабинетов или отделений неотложной помощи (созданных для разгрузки скорой медицинской помощи) не должна изменять порядок работы этих специалистов и правил учета оказываемой ими медицинской помощи. В то же время, кабинет неотложной помощи в структуре поликлиники не должен заменять собой либо частично выполнять функции участковых врачей по оказанию медицинской помощи на дому.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме.

При формировании формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» в разделе II (2000) разовые посещения по заболеваниям группируются вместе с посещениями с профилактической и иными целями; посещения в неотложной форме указываются отдельно.

4. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА УЧЕТА ОБРАЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЗАКОНЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ)

Обращения по поводу заболеваний (законченные случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях) (далее – обращения по заболеваниям) являются самостоятельной единицей учета объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и включают в себя комплекс лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых пациенту для оказания медицинской помощи и достижения цели его обращения, при этом в число посещений, входящих в обращение, включаются только посещения к лечащему врачу. Обращение по заболеванию включает в себя одно первичное посещение к лечащему врачу и одно или несколько повторных посещений к лечащему врачу. Кратность всех посещений в обращении должна быть не менее 2. Посещения пациентом поликлиники в рамках конкретного случая обращения по заболеванию, связанные с проведением лечебных манипуляций и процедур, назначенных лечащим врачом, не подлежат учету как посещения и обращения к врачу.

В обращениях по заболеваниям учитываются только законченные случаи лечения заболеваний в амбулаторных условиях (острые заболевания, обострения хронических заболеваний, диспансерное наблюдение больных с хроническими заболеваниями) с кратностью 2 и более посещений (первичное и повторные посещения) к лечащему врачу по поводу конкретного случая обращения. В случаях, когда в рамках законченного случая лечения пациент направлялся для консультаций к врачам других специальностей, эти посещения не включаются в данный случай обращения, а учитываются как разовые посещения по заболеванию к врачам других специальностей, и каждым врачом-специалистом оформляется отдельный ТАП.

Первичным посещением при заболевании считается первое посещение врача по поводу вновь возникшего острого заболевания либо обострении хронического заболевания. При первичном посещении лечащим врачом проводится сбор анамнеза, первичный осмотр пациента, установление предварительного диагноза, назначение исследований, назначение лечения. Следующие явки пациента для установления окончательного диагноза, контроля и коррекции терапии в рамках одного случая заболевания считаются повторными посещениями. Посещения в связи с одним и тем же заболеванием в течение промежутка времени менее чем 21 день должны регистрироваться в одном обращении (первое посещение – первичное, последующие – повторные). Не допускается учет первичного и повторных посещений, выполненных в рамках одного случая заболевания, в виде нескольких разовых посещений по заболеваниям.

Под законченным случаем обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых цель обращения достигнута (наступает выздоровление, улучшение, ремиссия, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар). Результат обращения отмечается в соответствующих позициях ТАП только при последнем посещении больного по данному поводу.

На обращение по поводу заболевания заполняется один ТАП в накопительном режиме. В течение незаконченного случая ТАП хранится в амбулаторной карте пациента. Законченный случай должен быть подан в реестре того месяца, в котором случай был закончен. Если пациент в следующем месяце не явился на очередной прием, то следует его включить в реестр следующего месяца с указанием результата лечения 302 «лечение прервано по инициативе пациента».

Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями рекомендуется учитывать в обращениях по заболеваниям, включающих в себя посещения по поводу диспансерного наблюдения пациента в течение месяца.

При длительных случаях лечения (более одного месяца) в амбулаторных условиях в рамках острого периода отдельных заболеваний

(травмы, инфаркт миокарда, инсульт, послеоперационные состояния и т.д.) возможно оформление нескольких обращений по заболеваниям (заполнение нескольких ТАП за весь период лечения, но не более одного ТАП за текущий месяц). ТАП ведется и заполняется в накопительном режиме в течение одного месяца.

Случаи длительного течения заболевания с продолжительностью амбулаторного лечения более 60 календарных дней (некоторые социально значимые заболевания: психические расстройства, туберкулез), подтвержденные заключением врачебной комиссии медицинской организации, каждые 60 дней определяются как условно законченные, учитываются как законченные случаи обращений по заболеваниям и оплачиваются согласно стоимости обращения (законченного случая). ТАП ведется и заполняется в накопительном режиме в течение 60 дней.

Обращаем внимание, что посещения в связи с оказанием амбулаторной помощи в неотложной форме, в том числе на дому, выполненные отделениями (кабинетами) неотложной помощи, не могут быть включены в состав посещений, включенных в обращения (законченные случаи) по поводу заболевания, учитываются отдельно и оформляются в виде отдельного ТАП. После купирования неотложного состояния пациент направляется к врачу либо участковому врачу, в течение суток передаются сведения о больном для осуществления посещения больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение). При этом лечащим врачом заводится другой ТАП, и в нем учитываются все посещения к врачу по поводу лечения данного заболевания (первичное и повторные посещения) и далее, в случае, если кратность посещений составила 2 и более раз, формируется обращение (законченный случай лечения); если больной посетил лечащего врача один раз – учитывается как разовое посещение по заболеванию (первичное посещение).

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

С целью формирования формы №62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» в учреждении должен вестись отдельный учет профилактических посещений, посещений с иными целями, разовых посещений по поводу заболеваний, посещений в неотложной форме, обращений (законченных случаев лечения), а также посещений, включенных в обращения по поводу заболеваний.

Информационное письмо МЗ Свердловской области от 04.08.2014 № 03-01-82/7670 «Об учете отчетности и планировании медицинской помощи оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования» считать утратившим силу.