

Створено

➤ 44,139 млн електронних медичних записів

➤ для 7,89 млн пацієнтів

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТИННІВКА



ДАЙДЖЕСТ ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

NSZU.GOV.UA

№ 25, СЕРПЕНЬ 2020

Дані, які допомагають змінювати систему охорони здоров'я

Професійна медична спільнота вже добре знає, що Національна служба здоров'я оперує винятково реальними показниками. Так ми з вами бачимо ситуацію якнайповніше і можемо швидко реагувати заради необхідних змін.

Фінансові показники надзвичайно важливі для функціонування системи охорони здоров'я. Наразі ще трапляються випадки, коли через неувважність або бажання «підкоригувати» дані до НСЗУ надходить недостовірною інформація. Ми працюємо разом, щоб цього не було. І з кожним місяцем ситуація змінюється на краще. Загалом як представники медичних закладів, так і наші фахівці вже знайшли спільну мову — мову цифр. Гроші йдуть за пацієнтом у заклади всіх рівнів медичної допомоги. Більше коштів отримують там, де ефективніше працюють, а не там, де більше ліжок-місць.

Інша важлива складова для аналізу і трансформації процесів у системі охорони здоров'я — це якість даних. Необхідно мати чесну

й повну статистику захворювань, адже для медичної спільноти не є секретом, що дані «паперової» статистики нерідко були далекі від істини. Навіть поверхневий аналіз величезних масивів медичних даних у такому форматі є дуже складним. А у випадку необхідності зануритись глибше і проаналізувати первинні дані це стає просто неможливим.

Із самого початку трансформації системи охорони здоров'я було очевидно, що ведення медичних записів у електронній формі — це не лише данина часу, а й необхідність. Існували упередження, що медикам буде складно розібратися з електронним форматом, але практика спростувала ці побоювання.

Менш як півроку ведуться електронні медичні записи, і вже є перші результати моніторингу, які невдовзі перетворяться на конкретні зміни. Ось тільки один приклад. Дані електронної системи охорони здоров'я показали, що й досі існує неправильна маршрутизація пацієнтів серед закладів. Пацієнтів



*Сергій Войналович, начальник
аналітичного управління НСЗУ*

доставляють і лікують не в тих закладах, які є профільними стосовно конкретних захворювань. Так, упродовж липня 2020 року **22%** хворих з інсультом було проліковано в закладах, які не законтрактовані з НСЗУ на відповідний пакет медичної допомоги. Це означає, що хворі отримували медичну допомогу в закладах, які не мають належного обладнання та спеціалістів необхідної кваліфікації. Серед хворих на інфаркт цей показник становить **27%**.

Є проблема — треба шукати вирішення. Тому планується з наступного року ввести підвищувальний коефіцієнт для служби екстреної допомоги. Адже саме від неї часто залежить, щоб пацієнт потрапив до відповідного закладу. Отже, якщо людину доставлять у лікарню,

яка є профільною стосовно її захворювання, за чітке виконання своїх обов'язків заклад екстреної допомоги отримає більше коштів.

І це тільки один із прикладів, коли електронні медичні записи допомогли виявити процес, який потребує коригування. Тож разом із вами ми зможемо

ще ефективніше трансформувати систему охорони здоров'я, для того щоб пацієнти отримували кваліфіковану допомогу, а медики — гідну оплату праці.

Основні правила ведення медичних записів

Ведення електронних медичних записів (ЕМЗ) є обов'язковим з 1 квітня 2020 року для всіх закладів, які мають договір з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Лікарі первинної та спеціалізованої допомоги щодня створюють понад **500** тисяч ЕМЗ, з них майже **100** тисяч е-направлень в електрон-ній системі охорони здоров'я.

Медичний запис — це електронний документ визначеної форми та обсягу, який містить медичну інформацію про пацієнта, його стан, а також про надання медичної допомоги та її результати.

Основна функція медичних записів — це збереження інформації. Подальше використання цієї інформації як самим лікуючим лікарем, так і його колегами, пацієнтом, адміністрацією закладів, державними органами має безліч медичних та організаційних аспектів. Це, зокрема, планування подальшої медичної допомоги; звітність та аналіз; оцінка якості медичної допомоги. Тому ведення медичних записів (які, по суті, є електронною первинною медичною документацією) є обов'язковим для всіх лікарів та закладів охорони здоров'я. Також це відображено в Ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з медичної практики.

Як і первинна медична документація, електронні медичні записи, залежно від рівня та профілю закладу, можуть мати свою специфіку, яка визначає обсяг даних, основні інформаційні

елементи і класифікатори, які використовуються для їх заповнення.

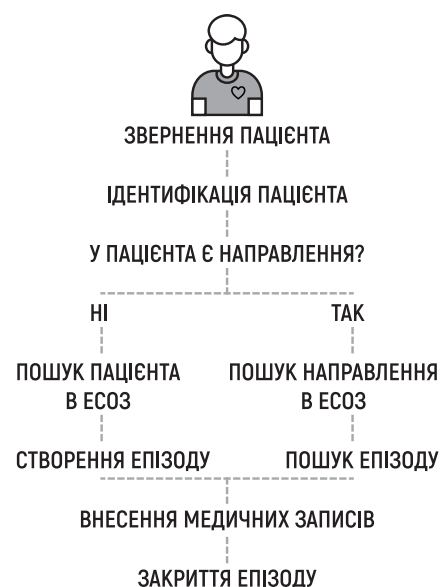
Переглянувши медичні записи пацієнта, який прийшов на прийом, лікар або інший медичний працівник має скласти уявлення про цей клінічний випадок, зрозуміти, що вже робилося та що робити далі. При цьому дуже важливим є те, наскільки коректно в записі відтворено всю суттєву інформацію.

Електронні медичні записи про клінічний випадок пацієнта будуть доступні тим лікарям, які надаватимуть цьому пацієнтові медичну допомогу, — за відповідним допуском. Інформація про надані послуги стане основою для формування звітності, зокрема тієї, на основі якої визначається фінансування закладу охорони здоров'я.

В умовах електронного ведення медичних записів слід зважати, що інформація, внесена до електронної системи, буде використовуватися, аналізуватися та перевірятися на повноту і коректність. Тому дуже важливо ставитися до ведення електронних медичних записів не менш відповідально, ніж до паперових. Ведення електронних медичних записів — це фіксація в ЕСОЗ результатів звернення пацієнта та дій лікаря щодо вирішення проблем пацієнта, з якими він звернувся до медичного закладу. Цей процес складається з окремих кроків, порядок роботи з якими завжди є однаковим незалежно

від обставин прийому пацієнта та рівня медичної допомоги.

Процес ведення медичних записів



Ми рекомендуємо вносити в ЕСОЗ медичні дані пацієнта лише після того, як лікар переконався, що пацієнт, який прийшов на прийом, і пацієнт, електронну картку якого лікар знайшов в ЕСОЗ, — це одна й та сама особа. Також слід упевнитись, чи є особа, яка прийшла на прийом, тим пацієнтом, якому було виписано направлення. Для цього лікар має перевірити документи пацієнта.

Якщо при пошуку пацієнта в ЕСОЗ за основними даними — ім'я, прізвище, дата народження — система видала медичні записи декількох пацієнтів, які відповідають обраним параметрам, слід увести додаткові параметри: ім'я по батькові, індивідуальний податковий номер, номер телефону, за яким пацієнт зареєстрований. Увага! ЕСОЗ надає не більше персональних даних, ніж було вказано у пошуковому запиті.

Якщо до медзакладу звернувся пацієнт, який має електронне направлення, або в рамках вирішення проблеми пацієнта необхідно ознайомитися з результатами наданих послуг за направленням, яке було виписано раніше, то це направлення можна знайти в ЕСОЗ за номером направлення, який є у пацієнта. Якщо ж із якихось причин пацієнт не зберіг номера направлення, то пошук виконується за такими параметрами:

- пацієнт;
- епізод;
- статус;
- послуга, на яку було виписано направлення;
- медичний заклад, що виписав направлення;
- медичний заклад, що виконав послуги за направленням.

Для пошуку достатньо вказати пацієнта та будь-який з перелічених параметрів.

В результаті пошуку лікар може отримати всі дані знайдених направлень, але ЕСОЗ покаже інформацію з урахуванням прав доступу до медичних даних пацієнта.

При внесенні медичних записів в ЕСОЗ вони групуються в окремі епізоди.

Медичний епізод — це період від першого звернення (взаємодії) пацієнта до закладу охорони здоров'я по медичну допомогу з певної проблеми зі здоров'ям до останньої взаємодії (включно) за цією самою проблемою.

Пацієнт може мати кілька медичних епізодів.

Епізоди, що стосуються хронічних захворювань, можуть тривати все життя (наприклад, цукровий діабет).

У разі уточнення діагнозу хронічного захворювання попередні діагнози зберігаються в історії діагнозів того самого епізоду.

Епізоди, що стосуються проблем, які не є хронічними, закриваються після вирішення проблеми протягом одного або кількох візитів.

Визначення і правила ведення епізодів на різних рівнях медичної допомоги можуть відрізнятися. Так, у записах щодо стаціонарного лікування один епізод відповідає одному випадку госпіталізації. Він відкривається при надходженні пацієнта до стаціонару і закривається при виписці.

При наступній госпіталізації, навіть з приводу того ж самого захворювання, створюється новий епізод. Натомість на первинному та амбулаторному рівнях епізод стосується вирішення певної проблеми пацієнта і може охоплювати кілька візитів до лікаря.

При роботі з епізодом важливо дотримуватися чотирьох правил:

1. Інший 303 — завжди новий епізод.

Якщо пацієнт, якого направили з іншої лікарні або з іншої ланки медичної допомоги, прийшов до лікаря на прийом вперше, то завжди створюється новий епізод.

2. Госпіталізація до стаціонару — завжди новий епізод.

Якщо приймається рішення про госпіталізацію пацієнта, завжди створюється новий епізод (навіть якщо це повторна госпіталізація до того самого медзакладу або з тією самою проблемою).

3. Один 303, але різні лікарі — може бути один або різні епізоди на вибір лікаря.

Якщо пацієнт до лікаря прийшов на прийом уперше, але його направив інший лікар того самого закладу, то новий епізод створюється відповідно до потреби і за рішенням лікаря. Також лікар може продовжити роботу в рамках епізоду, який було вже створено попереднім лікарем з його 303.

4. Повторний візит — той самий епізод.

Якщо до лікаря на прийом прийшов пацієнт повторно зі скаргою чи проблемою, яку не було вирішено, новий епізод не створюється — лікар продовжує роботу в рамках раніше створеного епізоду.

Які дані необхідно заповнити при створенні та закритті епізоду — дивіться в матеріалах Академії НСЗУ за посиланням: <https://bit.ly/3e6HCzw>.

Якщо в рамках наявного епізоду треба створити новий медичний запис або в рамках вирішення проблеми пацієнта необхідно ознайомитися з медичними даними іншого епізоду цього пацієнта, лікар може знайти необхідний епізод за такими параметрами:

- період з (дата відкриття епізоду);
- період до (дата відкриття епізоду);
- код основного діагнозу епізоду (для епізодів, створених лікарями первинної медичної допомоги, пошук відбувається за кодом ІСРС-2; для епізодів, створених лікарями спеціалізованої медичної допомоги, пошук відбувається за кодом МКХ-10-АМ);
- заклад охорони здоров'я.

Закриття епізоду відбувається у випадку, коли лікар прийняв рішення, що проблему пацієнта вирішено або роботу лікаря щодо вирішення цієї проблеми закінчено (з будь-яких об'єктивних причин).

Медичний епізод завжди закривається при:

- виписці пацієнта зі стаціонару;
- вирішенні скарги, з якою звернувся пацієнт, у рамках вашого 303;
- прийнятті лікарем рішення, яке спирається на не залежні від лікаря обставини (довго немає контакту з пацієнтом тощо).

Як налагодити роботу з електронними медичними записами

До необхідності працювати з електронними медичними записами лікарні були готові порізно. Хтось нарікав на складнощі з придбанням техніки, хтось, навпаки, комп'ютеризувався ще до того, як це стало обов'язковою умовою. До останніх належить відділення онкогематології Миколаївської обласної клінічної лікарні. Досвідом того, як краще налагодити роботу з електронними медичними записами, ділиться завідувач відділення Михайло Адиров.

Комп'ютеризація не захопила нашу лікарню зненацька. У нас у відділенні вже було три комп'ютеризовані робочі місця, поступово забезпечили всі відділення.

Спочатку в багатьох лікарів було упередження, що кожному лікарю потрібно по комп'ютеру. Це не так. Насправді лікар може проводити за комп'ютером **10–15%** робочого часу. Отже, досить одного або двох на відділення, і кожен

лікар встигне підійти і попрацювати. Зараз уже почали і будемо далі запроваджувати таку практику, що більшість комп'ютерної роботи виконуватиме медичний реєстратор — за фактом виписки вноситиме всі дані в систему. Наше відділення було комп'ютеризовано, бо цього вимагає сучасний світ. Спротиву серед медичного персоналу не було, всі були морально готові, що цього не уникнути. У нас є лікар, якому 65 років, він теж цілком дає собі раду з комп'ютером. Ми організували курси, на яких навчали всіх співробітників, і хто чогось не вмів — навчився.

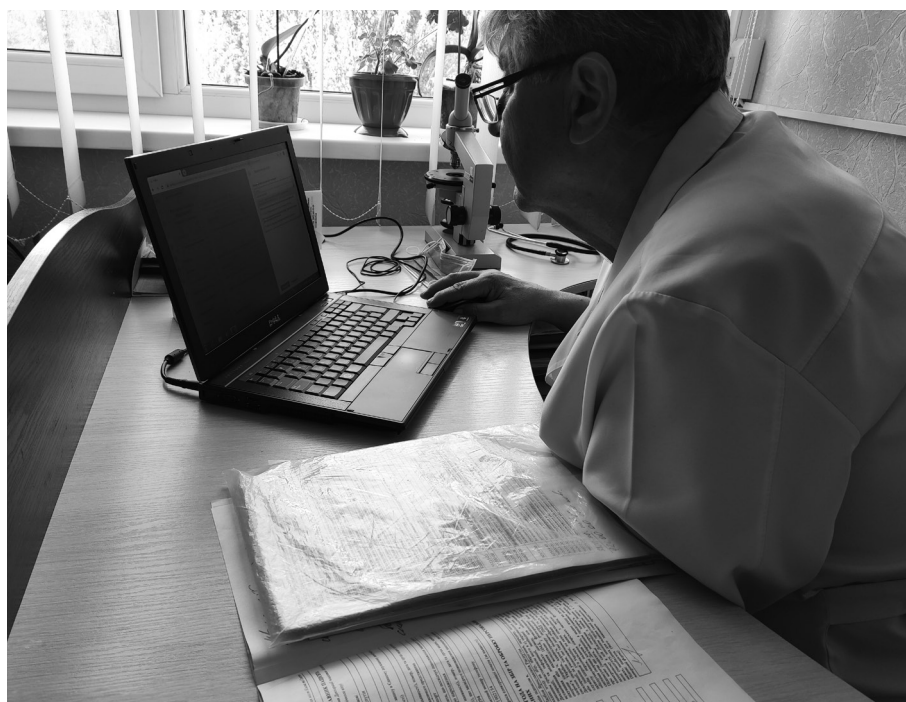
Ведення медичних записів не вимагає багато часу. Ми вимірювали час: повне оформлення електронного направлення у нашого лікаря, який уперше це робив самостійно, — із входом у систему, з введенням пароля доступу, пароля до електронного ключа — зайняло **2,5** хвилини. За номером



Михайло Адиров, завідувач відділенням онкогематології Миколаївської обласної клінічної лікарні

електронного направлення підтягуються всі дані про пацієнта, вказано консультацію онколога чи гематолога. Ми тільки наводимо діагноз, наші рекомендації, закриваємо випадок, і все. Ще є такий лайфхак: ми не чекаємо синхронізації. Ми відправляємо дані, і через дві години вони автоматично синхронізуються. Наприкінці дня можна швидко перевірити всі закриті випадки за цей день, вони всі потім синхронізуються. Я бачу, що є така проблема: іноді лікарі, які не зовсім розуміють принципу роботи комп'ютерних мереж, сидять у цьому вікні, чекають, коли інформація пройде синхронізацію. Такі дрібниці часто викликають необґрунтовану критику самої системи ведення електронних записів.

Кодування за МКХ-10 для нас ніколи не було новим, ми все життя так кодували випадки. Є іноді проблеми з кодуванням причини звернення, але досить швидко ми розібрались. У нас у відділенні значну частку часу займає кодування маніпуляцій, медичних послуг. Бо діти за період перебування у відділенні отримують досить великий обсяг інвазивних втручань, анестезіологічне забезпечення, пункції, додаткове дослідження, введення лікарських засобів. Але ми підготувались до цього заздалегідь. Фахівці Академії НСЗУ надали



нам в електронному вигляді повний перелік маніпуляцій. Ми відібрали ті, які стосуються нашого відділення, розмістили їх на одному аркуші і роздрукували. У кожного лікаря перед очима є перелік маніпуляцій, і за кодами ми швидко їх вносимо. Якщо підготуватись один раз заздалегідь, то ніяких складнощів не виникає. Нам уже надійшов звіт за ці три місяці у вигляді кількості закритих, прийнятих НСЗУ випадків, то серед наших лікарів навіть з'явилася здорова конкуренція.

Є побажання, щоб електронні записи стали своєрідним зворотним зв'язком між спеціалізованою медичною допомогою та первинною ланкою. Бо зараз ще зберігається тенденція в будь-якому випадку пацієнтів з хронічною патологією, особливо онкологічною, направляти до вузькопрофільного спеціаліста навіть після досягнення стійкої ремісії за онкологічним або іншим важким захворюванням. Не секрет, що всі лікарі загальної практики побоюються «наших» хворих.

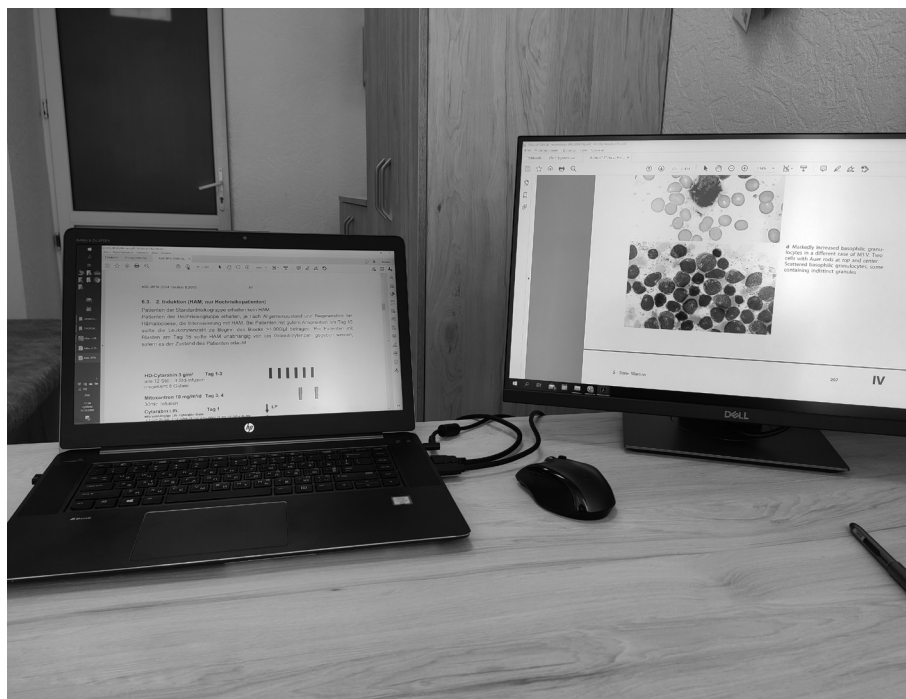
А якщо буде налагоджено взаємодію, наприклад, у вигляді відправлення в особистий кабінет пацієнта даних про кожну госпіталізацію, тоді сімейний лікар бачитиме, що цей пацієнт був у мене на плановому обстеженні і я додав виписку, що пацієнт

зараз у ремісії. Сімейний лікар, маючи цю інформацію, буде впевненіше почуватися, зможе вирішувати багато питань на своєму рівні, не направляючи пацієнта до вузькопрофільного спеціаліста.

При розвитку системи нам важливо, щоб ми могли завантажувати виписки пацієнта до єдиного сервера. Бо коли виписку завантажено у певне «хмарне» сховище, то будь-який лікар може її відкрити, навіть якщо вона десь загубиться у паперовому вигляді. У нашій комп'ютерній мережі всі виписки зберігаються у «хмарному»

сховищі. Але для сімейного лікаря теж важливо мати доступ до цієї інформації, якщо ми зможемо завантажувати у вигляді файлу виписку з результатами всіх лабораторних досліджень.

Наприклад, коли йдеться про незахищені верстви населення: батьки побували у нас у відділенні, ми їм надали рекомендації звернутися до сімейного лікаря, вони цього не зробили, а у виписці можуть бути дуже важливі речі для лікаря первинки. А так сімейний лікар відкриє електронну виписку і побачить, як йому треба поводитися з цим пацієнтом: можливо, його варто викликати на прийом або відвідати вдома.



Перехідне фінансування: подання плану розвитку медзакладу відстрочено

НСЗУ розпочала прийом заяв про укладення договорів про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я.

Подати пропозицію можуть заклади, які уклали договір

із НСЗУ про надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, за винятком спеціалізованих стоматологічних

закладів, центрів громадського здоров'я, санаторно-курортних закладів, центрів первинної медико-санітарної допомоги, лікарсько-фізкультурних диспансерів (центрів спортивної медицини), **які у 2020 році отримають фінансування за програмою медичних гарантій менше, ніж отримували у 2019 році**

за субвенцією. Звертаємо увагу, що йдеться про заклади, строк дії договорів з якими розпочався з квітня 2020 року.

Наразі спеціалізовані заклади охорони здоров'я можуть укласти договір про перехідне фінансування **без планів розвитку своїх закладів.** 14 серпня набули чинності Зміни до Порядку реалізації програми

державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. І подання плану розвитку відстрочили на місяць.

Так, НСЗУ буде опрацьовувати пропозиції закладів та відповідно укладати договори без плану розвитку такого закладу. Проте **рівно за місяць після укладення договору заклад повинен надати план свого розвитку, затверджений**

власником або госпітальною радою, який буде частиною договору. НСЗУ буде здійснювати оплату за такими договорами за послуги, надані з 1 липня 2020 року.

Оголошення про укладення договорів про перехідне фінансове забезпечення оприлюднено на сайті НСЗУ за посиланням: <https://cutt.ly/4d7VVNr>.

Запитання-відповіді

ЯК ПРАЦЮВАТИ З ЛИСТКАМИ ПРИЗНАЧЕНЬ В ЕЛЕКТРОННІЙ ФОРМІ?

Будь-яку інформацію з ЕСОЗ можна роздрукувати. Таку функціональну можливість повинна забезпечити МІС, встановлена в закладі. Обладнання для друку заклад забезпечує самостійно (як і наявність інших інструментів, необхідних для виконання своїх обов'язків персоналом медичного закладу).

ЯКЩО ПАЦІЄНТ ЗВЕРТАЄТЬСЯ З КІЛЬКОМА ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЧИ ПОТРІБНО НА КОЖНУ НОЗОЛОГІЮ ВІДКРИВАТИ НОВИЙ ЕПІЗОД?

Це не обов'язково. Діагноз може бути основним, супутнім та ускладненням, залежно від клінічної ситуації. Якщо це два різні захворювання, не пов'язані між собою, то для них слід вести два окремі

медичні епізоди. Якщо пацієнт має хронічне захворювання, то деякі інші діагнози можуть бути його ускладненнями, а деякі — як, наприклад, ГРВІ — окремими, не пов'язаними епізодами.

ЯК ЛІКАРІ РІЗНИХ РІВНІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МОЖУТЬ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ ПАЦІЄНТА?

Лікар первинної ланки може створити направлення на вторинну ланку, до якого можна прикріпити медичні записи, що допоможуть лікарю вторинної ланки розібратися в проблемі пацієнта.

Таку можливість надає ЕСОЗ. Де саме в інтерфейсі МІС, встановленій у закладі, знаходиться така функція — проконсультують фахівці служби підтримки інформаційної системи.

Так само можливе направлення зі спеціалізованого рівня на первинний з тим самим функціоналом. Це буде корисно у випадках, коли є необхідність у подальшому контролі стану пацієнта сімейним лікарем або в додаткових обстеженнях, які можна провести на первинному рівні.

ЧИ МОЖУТЬ ОДНОЧАСНО КІЛЬКА ЛІКАРІВ НАКЛАДАТИ ЕЛЕКТРОННИЙ ПІДПИС В ЕЛЕКТРОННОМУ ЛІКАРНЯНОМУ, НАПРИКЛАД, ПІСЛЯ ЛІКАРСЬКО-КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМІСІЇ?

Ні, на електронні медичні записи і зокрема електронні лікарняні накладається тільки один кваліфікований електронний підпис. Якщо відбулося засідання лікарської комісії, то лікуючий лікар вносить її висновок у систему та підписує його власним КЕП.

Надсилайте ваші запитання

Чекаємо від вас запитання, відповіді на які ви хочете бачити у Дайджесті змін в охороні здоров'я. Будь ласка, вкажіть у листі своє ім'я, спеціальність, назву закладу та додайте фотографію: ми хочемо, щоб усі бачили, що у медичної спільноти є реальні обличчя.

Пишіть на nszu.digest@gmail.com

Цей Дайджест підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, та Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього Дайджесту, який не обов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту № 72012118C00001.