

**Методические рекомендации  
по учету первичной медико-санитарной медицинской помощи, в том  
числе специализированной, оказываемой в амбулаторных условиях**

**Законодательные и нормативные документы:**

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (далее – Территориальная Программа) утверждена Постановлением Правительства Красноярского края №799-п от 26.12.2017.
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.11.2003 г. № 545 «Об утверждении инструкции по заполнению учетной медицинской документации»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 N 834н (ред. от 09.01.2018) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению"
- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;
- приказ Федеральной службы государственной статистики от 17.04.2014 г. № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования»;
- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 21.11.2017 г. о методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 г. № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

**Принятые сокращения:**

- ТПГГ – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- ОМС – Обязательное медицинское страхование;
- ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- ТФОМС края – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края;
- МО – Медицинская организация;
- МИС МО – медицинская информационная система медицинской организации;
- ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт;
- МСЭ – Медико-социальная экспертиза.

## **Введение**

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (далее – Территориальная программа) утверждена Постановлением Правительства Красноярского края № 799-п от 26.12.2017.

Территориальная программа устанавливает средние нормативы объема медицинской помощи в амбулаторных условиях по следующим единицам учета:

- для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями – посещение;
- для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями – обращение;
- для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме – посещение.

**Посещение** - это контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

**Обращение по поводу заболевания** – законченный случай медицинской помощи в амбулаторных условиях, включающий объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых цель обращения достигнута (наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар).

Обращение, как законченный случай лечения по поводу заболевания, складывается из первичного и повторных посещений, при этом кратность посещений по поводу одного заболевания – не менее 2.

Посещение и обращение - это единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, которые используются для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Территориальной программы

### **Порядок учета первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной, оказываемой в амбулаторных условиях.**

Учет оказанной в амбулаторных условиях первичной медико-санитарной помощи ведется по статистической форме № 025-1/у «Талон амбулаторного пациента», утвержденной приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н.

Учету в Талоне подлежат следующие посещения:

- врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием;
- врачей здравпунктов;
- врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при выездах в другие медицинские организации, в том числе в фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты;
- врачей приемных отделений при оказании медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Не подлежат учету в Талоне как посещения врачей:

- случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи;
- обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации;
- случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

- консультации и медицинские экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;
- посещения врачей вспомогательных отделений (кабинетов) медицинской организации,

Учет объема первичной медико-санитарной медицинской помощи, в том числе специализированной, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим единицам учета:

а) посещение:

- с профилактической и иной целью;
- по поводу заболевания;
- в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

б) обращение по поводу заболевания:

Посещения пациентом в течение одного дня одного и того же врача, учитывается как одно посещение.

**Посещения с профилактической целью** включают посещения:

- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами несовершеннолетних;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- центров здоровья;
- в связи с патронажем;

**Посещения с иными целями** включают посещения:

- в связи с оформлением справок и других медицинских документов;
- в связи с наблюдением беременных при нормальной беременности;
- в связи с осмотром при решении вопроса о проведении профилактических прививок;
- прочие профилактические посещения (не перечисленные выше)

Также к **посещениям** с профилактическими и иными целями относятся случаи обращения пациента в медицинскую организацию **в связи с заболеванием**, по которым было только одно посещение:

- разовое посещение по заболеванию к врачу или среднему медицинскому работнику, ведущему самостоятельный прием;
- консультация врача-специалиста, если врач установил диагноз по своей специальности;
- дистанционное консультирование;
- посещение в связи с направлением на МСЭ, на санаторно-курортное лечение;
- посещение для повторной выписки рецепта пациентам в стабильном состоянии, не требующем дополнительного обследования и повторного визита;
- направление на аборт по медицинским показаниям;
- посещение в связи с диспансерным наблюдением лиц после перенесенных острых заболеваний или страдающих хроническими заболеваниями, не требующих дополнительного обследования и повторного визита пациента;
- активное посещение пациента на дому врачами терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми и другими специалистами (после вызова бригады скорой медицинской помощи или врача/фельдшера отделения/кабинета неотложной медицинской помощи; для динамического наблюдения маломобильных пациентов и т.п.);

**Посещения в неотложной форме** учитываются при оказании неотложной медицинской помощи как на дому, так и специалистами в МО (в кабинете неотложной медицинской помощи, на приеме врача, в специализированных травмпунктах, в приемном отделении стационара больным, не подлежащим госпитализации):

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;

- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

**Обращение** включает 2 и более посещения по следующим поводам:

- в связи с заболеванием – к врачу или среднему медицинскому работнику, ведущему самостоятельный прием;
- в связи с консультацией врача-специалиста, если врач установил заболевание по своей специальности;
- в связи с направлением на МСЭ, на санаторно-курортное лечение;
- в связи с направлением на аборт по медицинским показаниям;
- в связи с диспансерным наблюдением лиц после перенесенных острых заболеваний или страдающих хроническими заболеваниями,
- в связи с повторной выпиской рецепта пациентам, которым необходимо дополнительное обследование и повторный визит к врачу

### **Особенности учета случая "обращение по поводу заболевания".**

Все посещения пациента «по поводу заболевания» (коды МКБ А00-Т98) фиксируются в МИС МО и открывается «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее-Талон).

При разовом посещении пациента «по поводу заболевания» Талон не закрывается.

Случаи повторной явки пациента на прием к врачу одной специальности «по поводу заболевания» в течение 30 дней с диагнозом одной клинической группы (по МКБ-Х - блоки трехзначных рубрик) автоматически распознаются МИС, посещения группируются в одном Талоне. Специалист, ведущий прием, закрывает Талон как "обращение по поводу заболевания", когда случай завершен.

В случае отсутствия повторной явки в течение 30 дней информация о посещении автоматически появляется в МИС у врача/фельдшера, проводившего последний прием, чтобы врач закрыл талон как "разовое посещение по поводу заболевания", либо продлил дату повторной явки пациента.

Случаи повторных посещений в неотложной форме, поданных в течение 10 дней (по одной специальности с диагнозом одной клинической группы), автоматически распознаются в МИС МО, у врача/фельдшера появляется информация, что на повторные посещения нельзя применить цели, относящиеся к оказанию неотложной помощи (за исключением случаев оказания неотложной помощи в приемном отделении стационара и в специализированных травмпунктах). Такие повторные посещения в поликлинике должны учитываться в составе обращения (или разового посещения по заболеванию, если пациенту не требовалось дальнейшего лечения и наступило выздоровление).

Если в МИС МО не реализовано автоматическое информирование врача, то информацию о незакрытых Талонах врачу передает ответственное лицо, назначенное руководителем МО (специалист отдела/кабинета статистики и др.) для доработки.

Результат обращения отмечается в соответствующих позициях талона амбулаторного пациента.

### **Учитывается как обращение по заболеванию:**

1. Случай посещения доврачебного кабинета и последующее/предшествующее посещение лечащего врача (по врачебной специальности лечащего врача).

В соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 15.03.2016 № 125-орг. определена маршрутизация пациентов в доврачебный кабинет и его функции, в т.ч.: направление пациента на лабораторные и другие исследования, прием больных для решения вопроса о

срочности направления к врачу, заполнение паспортной части санаторно-курортной справки или карты, оформление направления на МСЭ, выписка рецептов и т.д.

В дальнейшем пациент с результатами исследований, с заполненными формами направления на МСЭ, на санаторно-курортное лечение и т.п. обращается к врачу. Такие случаи учитываются как обращение.

2. Случай посещения смотрового кабинета и последующее/предшествующее посещение лечащего врача для заключения по результату осмотра или дальнейшего обследования (по врачебной специальности лечащего врача).

В соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 15.03.2016 № 125-орг. определена маршрутизация пациентов в смотровой кабинет и его функции: врач-терапевт, врач любой специальности на приеме может направить пациента в смотровой кабинет, также пациент может быть направлен регистратурой или он обратился самостоятельно.

В первом случае посещение лечащего врача и последующее посещение фельдшера/акушерки смотрового кабинета учитывается как обращение. Аналогично, в случае направления пациента к врачу от фельдшера/акушерки смотрового кабинета - оба посещения учитываются в одном обращении.

Примеры:

- Пациент направлен из регистратуры в смотровой кабинет. После посещения смотрового кабинета пациента направляют к врачу (например, к хирургу, акушеру-гинекологу, урологу и др.) в связи с выявлением патологии. В обращении учитывается посещение фельдшера смотрового кабинета и последующее посещение лечащего врача.

- Пациент обратился к врачу-терапевту (по поводу заболевания) и был направлен в смотровой кабинет. Посещение терапевта и посещение фельдшера смотрового кабинета учитывается как обращение.

Данный учет должен применяться для смотрового кабинета, доврачебного кабинета в том случае, если по медицинским показаниям пациенту требуется консультирование, заключение или лечение врача.

3. Случай активного посещения пациента на дому врачом или средним медицинским персоналом (например: посещение пациента, состоящего на диспансерном учете с хроническим заболеванием, пациентов с высоким риском их развития для приглашения на лабораторные исследования и проведение диспансерного приема, посещение маломобильных пациентов).

4. Случай обращения по заболеванию, начатый одним врачом и продолженный другим врачом (включая консультации узких специалистов по направлению лечащего врача, прием фельдшера, например при направлении из ФАПа в районную больницу).

#### **Учет стоматологической помощи.**

Учитывается как обращение:

1. Посещение с количеством УЕТ = 4 и более;

2. Посещение специалиста смотрового стоматологического кабинета (за исключением оказания неотложной помощи) с последующим посещением врача-стоматолога.

Например, пациент при обращении за медицинской помощью направляется регистратурой в смотровой стоматологический кабинет для решения вопроса об объеме необходимой медицинской помощи и назначения обследования (например, на рентгенологическое исследование). Далее пациента направляют к врачу (стоматологу-терапевту, стоматологу-хирургу и т.д.). Посещения смотрового кабинета и врачей-специалистов по одному клиническому случаю учитываются как обращение.

3. Посещение пациента по одному клиническому случаю к различным стоматологам (стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, зубной врач, детский стоматолог) в одном обращении.

Например:

- стоматолог-терапевт или зубной врач направляет к стоматологу-хирургу, все посещения по одному случаю (за исключением неотложной медицинской помощи) учитываются как обращение.

## **Раздел 2. Организация внутреннего контроля в МО за учетом ПМСП в амбулаторных условиях и выполнением утвержденных объемов медицинской помощи**

Руководитель медицинской организации обеспечивает организацию внутреннего контроля в МО за выполнением утвержденных объемов амбулаторной помощи:

1. Приказом по МО утверждается порядок проведения внутреннего контроля за учетом ПМСП и назначаются ответственные лица.

2. Проводится еженедельный мониторинг выполнения условного плана на неделю как в целом по МО так и по каждому врачу: количество обращений по заболеванию, неотложных посещений, посещений с профилактической и иными целями.

Оценивается количество разовых посещений по заболеванию, количество «незакрытых» случаев.

Проводится анализ причин отказов в приеме поданных случаев.

Осуществляется контроль за выполнением функции врачебной должности.

Результаты доводятся до каждого врача и рассматриваются на планерных совещаниях.

3. Ответственным лицом проводится оценка завершенности всех разовых посещений по заболеванию перед подачей в реестр (например, врачом-статистиком).

Врач-статистик или медицинский статистик контролируют правильность заполнения Талона и правильность кодирования диагнозов (в соответствии с МКБ-10). При неправильном кодировании код МКБ-10 должен быть исправлен и приведен в соответствие с записанной формулировкой диагноза, при неправильном оформлении Талон должен быть возвращен врачу для исправления.

Талон по заболеванию закрывается только когда случай завершен, а не заполняется на каждое посещение пациента по данному случаю.