**Инструкция по вводу данных в портал ЭРСБ**

**для учета фактических затрат**

Ввод данных начинается с указания отчетного периода и вида тарифа в соответствующих окнах. В соответствующее окно вносится номер карты. Фактические затраты вносятся в «Форма редактирования (оплата по фактическим затратам)». В данной форме для ввода общих данных и фактических затрат по пролеченному случаю в портальном решении предусмотрены 8 разделов, которые располагаются слева.

***Раздел №1 «Общая информация»:***

не требует ввода данных.

***Раздел №2 «Персональные данные»:*** Данный раздел требует сверки внесенной ранее информации с данными, указанными в медицинской карте. При наличии несоответствий необходимо внести корректную или дополнить отсутствующую информацию.

***Раздел №3 «Регистрационные данные стационарного больного».*** Данный раздел содержит ряд окон, инструкция по заполнению которых представлена ниже:

- в окне «Вид документа» - необходимо выбрать из списка;

- «впервые / повторно» необходимо выбрать;

- «дата/ время госпитализации» и «дата/время выписки (смерти)» указать согласно данных медицинской карты;

- «проведено дней в реанимации» - внести количество койко-дней в реанимации. При указании данных в этом окне в разделе **«Медикаменты» появится дополнительное поле, в котором необходимо указать, отдельно, расходы отделения реанимации и интенсивной терапии**.

- данные в окна «Отделение выписки», «Исход выписки», «Исход лечения», «Данные о леч. врачах», «Данные о заведующем отделения» -выбрать из списка;

- «Тест на RW», «Тест на ВИЧ» - указать результат, при указании положительного и отрицательного результатов необходимо внести дату проведения теста ниже;

***Раздел №4 «Диагнозы»:*** В данном разделе нет возможности изменить предварительный и направительный диагнозы. В раздел вносятся: заключительный, основной диагноз; заключительный, сопутствующий диагноз; в соответствующем окне указать осложнение основного диагноза (при наличии осложнений в пролеченном случае - заполнение обязательно).

**При внесении диагнозов в данный раздел необходимо придерживаться следующих, основных правил кодирования согласно МКБ 9/10:**

- в качестве «Заключительного, основного» диагноза указать диагноз, послуживший **причиной госпитализации**. В качестве основного диагноза указывается только один диагноз, при наличии в пролеченном случае другого, конкурирующего диагноза указать, тот диагноз, который превалирует по объему лечения;

- в качестве «Заключительного, сопутствующего» диагноза указать только те диагнозы, которые потребовали оказания медицинской помощи. **Не указывать диагнозы, находящиеся в стадии ремиссии.** При наличии в пролеченном случае нескольких, сопутствующих диагнозов, потребовавших оказания помощи, указать все.

Помимо основных правил кодирования при внесении данных в раздел необходимо придерживаться всех принципов и правил кодирования, подробно изложенных в томе 2 МКБ 10.

***Раздел №5 «Операции».*** При нажатии на знак «+» слева, сверху появляется окно, в которое необходимо ввести код по МКБ 9 или наименование операции. Из выпадающего списка точно определить операцию, затем нажимать на знак «˅» в правом нижнем углу.

**При внесении данных необходимо придерживаться правил и принципов кодирования диагнозов/ операций согласно МБК 9**. В качестве «Заключительной, основной» операции можно указать не более одной. В качестве сопутствующих необходимо указать все операции.

Операции, имеющие помимо кода МКБ 9 еще и код услуги тарификатора (например: код МКБ 9 - 88.42 «Аортография», код тарификатора – С 88.420.011 «Аортография») **указать один раз с кодом МКБ 9 в данном разделе**, **не указывать в разделе «Услуги» с кодом тарификатора.**

***Важно!!!* Данные во вкладки «Операция», «Послеоперационные осложнения», «Медикаменты» в нижнем поле, вносятся для каждой операции отдельно.** Для этого, до ввода данных, необходимо кликнуть один раз название операции и осуществить ввод данных соответственно вкладкам. Для ЛС, ИМН указать количество в окне справа от наименования. Наименование ИМН на операцию согласно медицинских карт (по вклеенным штрих кодам) или журналу учета. Правила ввода данных о ЛС, ИМН приведены в разделе №8 «Медикаменты».

***Раздел №6 «Медикаменты».*** В данный раздел вносится информация о наименовании и количестве расходованных ЛС, ИМН в ***клиническом отделении, данные о ЛС, ИМН, расходованных во время проведения операции вносятся в раздел №7.*** Данные вносятся согласно листа назначения.

Представленные ниже правила ввода данных по ЛС, ИМН общие для разделов №7 и №8.

***-*** данные в части наименования и характеристик должны точно соответствовать данным, указанным в медицинской карте. Для ЛС, ИМН не входящих в предлагаемый перечень (не имеющих кода) не допускается ввод наименований препаратов – аналогов. ЛС, ИМН не включенные в список необходимо внести с международным непатентованным названием с детальной характеристикой (формой выпуска, дозировкой и т. д.). Необходимо предоставить дополнительно номер договора, на основании которого произведен закуп данных ЛС и ИМН;

- ИМН, входящие в состав набора должны быть указаны отдельно;

- **не вносить** в расходы многоразовые ИМН и многоразовый мягкий инвентарь;

- **не вносить** в расходы ИМН, учтенные при проведении услуги (пробирки, вакутайнеры и т.д.);

- **не вносить в расходы** ИМН, использованные при проведении операций, вносить в раздел «Операции» (пример «Эндоскопический гемостаз механический», не указывать в данном разделе петли для проведения лигирования);

- **не включать в расходы** препараты крови и ее компонентов.

***Раздел №7 «Услуги».*** В данный раздел вносятся все услуги на пролеченный случай (по вклеенным в историю болезни результатам), в том числе услуги, оказанные при проведении операций и во время пребывания в ОАРИТ. Услуги вносить с кодом тарификатора услуг.

- при отсутствии в тарификаторе некоторых услуг **не допускается указание аналогичных услуг по методу проведения и стоимости.** Отсутствующие в тарификаторе услуги вносить с названием в собственной интерпретации, название должно быть максимально детализировано, указан метод проведения (ИФА, ПЦР и т.д.);

- не включать услуги - консультации профильных специалистов отделений (пример: Консультация анестезиолога-реаниматолога в отделении ОАРИТ). Данные услуги входят в функциональные обязанности;

- Не включать услуги, оказанные на амбулаторном уровне (сверять по дате госпитализации);

- Не включать услуги, имеющие код МКБ 9 и внесенные ранее в раздел «Операции» в качестве операции;

- при указании услуг «Гистологическое исследование блок-препаратов» указывать количество по количеству блок-препаратов (как правило указано в правом верхнем углу заключения).

***Раздел №8 «Движение пациента».*** В случае внутрибольничного перевода внести данные об отделении, профиле койки, дате и времени перевода в соответствующие окна. Данного раздела нет для пролеченных случаев в форме стационарозамещающей помощи.

Завершение ввода данных осуществляется путем последовательного нажатия на окна «Подтверждаю, что все данные введены и проверены» - «Расчет» - «Сохранить».