



ПАПЕРОВА КОПІЯ
ЕЛЕКТРОННОГО
ДОКУМЕНТА

НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, тел.: (044) 426-67-77, (044) 290-06-91

E-mail: info@nszu.gov.ua, сайт: www.nszu.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 42032422

від _____ 20__ р. № _____

На № _____ від _____ 20__ р.

Закладам охорони здоров'я
(за списком)

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) висловлює свою повагу та надає роз'яснення щодо принципу оплати та обліку наданих медичних послуг за *напрямом «Паліативна медична допомога»*.

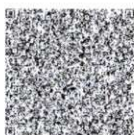
Щодо принципу оплати та обліку наданих медичних послуг за пакетом «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям»

Відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1394 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» (далі – Порядок), тариф на медичні послуги зі стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одну особу на день та становить 624,3 гривні за надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям.

Фактична вартість медичних послуг зі стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, капітаційної ставки, фактичної кількості днів надання медичних послуг у звітному періоді та відповідного коефіцієнта.

Відповідно до Постанови КМУ від 13 квітня 2024 р. № 428 «Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» НСЗУ оплачує лише ті послуги, що надавалися не менше п'яти календарних днів, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених п'яти днів, та не більше 180 днів сукупно на рік одному пацієнту, крім дітей та пацієнтів з наслідками травматичного ушкодження головного або спинного мозку з порушенням функції та хронічним болем, апалічним синдромом.

Зазначаємо, що відповідно до Порядку при наданні паліативної медичної допомоги пацієнтам зі злоякісними новоутвореннями, хворобами нервової системи, наслідками травматичного ушкодження головного або спинного мозку з порушенням функції, орфанними захворюваннями та апалічним синдромом (Додаток 1) до базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти зокрема:



СЕД АСКОД - Національна служба здоров'я України
Документ № 15122/6-15-24 від 06.05.2024
Сертифікат: 26B2648ADD3032E10400000078663300556FAE00
Підписувач: Гусак Наталія Борисівна
Дійсний з: 23.12.2022 00:00:00 по 22.12.2024 23:59:59

1. Коефіцієнт 1,1 — для пацієнтів, які залежні від підтримуючих життєдіяльність спеціальних апаратів та пристроїв, аспіратора та респіратора.
2. Коефіцієнт 1,05 — для пацієнтів, які іммобільні, прикуті до ліжка, потребують постійного догляду, залежні від особи, що забезпечує догляд та допомогу.

Отже, при наданні паліативної допомоги буде виокремлено три категорії пацієнтів – *першу* (коефіцієнт 1,1 до капітаційної ставки за одну особу на день), *другу* (коефіцієнт 1,05 до капітаційної ставки за одну особу на день) та *третю* (капітаційна ставка за одну особу на день).

Для віднесення ЕМЗ (пролікованого випадку) до *першої* категорії він повинен відповідати таким умовам:

- наявність діагнозу із **Додатку 1** до даного листа;
- у *додатковому* діагнозі зазначений діагноз Паліативна допомога (код Z 51.5) та *обов'язково* щонайменше один діагноз із переліку наведеного нижче:
 - Z99.0 Залежність від аспіратора;
 - Z99.1 Залежність від респіратора;
 - Z99.4 Залежність від штучного серця;
 - Z99.8 Залежність від інших механізмів та пристроїв, які підтримують життєдіяльність органів або систем;
 - H54.0 Сліпота обох очей.

Для віднесення ЕМЗ (пролікованого випадку) до *другої* категорії:

- наявність діагнозу із **Додатку 1** до даного листа;
- у *додатковому* діагнозі зазначений діагноз Z 51.5 Паліативна допомога та *обов'язково* щонайменше один код із переліку:
 - R26.3 Іммобільність. Прикутий до ліжка;
 - Z74.1 Потреба у допомозі при самообслуговуванні;
 - Z74.3 Потреба у постійному догляді;
 - Z74.8 Інші проблеми, пов'язані з залежністю від особи, що забезпечує догляд та допомогу;
 - Z89 Набута відсутність кінцівки;
 - Z89.1 Набута відсутність кисті та зап'ястка;
 - Z89.2 Набута відсутність верхньої кінцівки вище від зап'ястка;
 - Z89.3 Набута відсутність обох верхніх кінцівок [на будь-якому рівні];
 - Z89.4 Набута відсутність стопи та гомілковостопного суглоба;
 - Z89.5 Набута відсутність ноги на рівні чи нижче коліна;
 - Z89.6 Набута відсутність ноги вище коліна;
 - Z89.7 Набута відсутність обох нижніх кінцівок [на будь-якому рівні, за винятком лише пальців стопи];
 - Z89.8 Набута відсутність верхніх та нижніх кінцівок [на будь-якому рівні].

Для віднесення ЕМЗ (пролікованого випадку) до *третьої* категорії:

- наявність діагнозу із переліку Додатку 2 та Додатку 4, крім діагнозів, зазначених у Додатку 1 до даного листа;
- у додатковому діагнозі:
 - код Z 51.5 Паліативна допомога;
 - коди діагнозів, що дозволяють підтвердити наявність у пацієнта станів та функціональних розладів (наприклад, коди класу 18 «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубрика» та класу 21 «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я»), які вказано у Додатку 2 «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» або Додатку 3 «Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги» Наказу МОЗ від 04 червня 2020 року № 1308.

Щодо принципу оплати та обліку послуг за пакетом «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям»

Відповідно до Порядку тариф на медичні послуги з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка на рік, яка становить 69 326,04 гривні.

Відповідно до Постанови КМУ від 13 квітня 2024 р. № 428 «Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» НСЗУ оплачує лише ті послуги, що включали не менше одного візиту на тиждень. Кількість візитів, які здійснюються однією бригадою мобільної паліативної допомоги, не може перевищувати шести візитів на день на одного лікаря.

До базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти:

1 — у випадку надання медичної допомоги бригадами спеціалізованої паліативної допомоги, які функціонують у складі надавачів, з якими укладено договір щодо надання медичних послуг за пакетами: «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня», «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», «Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз у стаціонарних та амбулаторних умовах», «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям», «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»,

«Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії»;

0,7 — у випадку надання медичної допомоги бригадами загальної паліативної допомоги.

Фактична вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/52$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості унікальних пацієнтів, які отримували медичні послуги за відповідним пакетом у звітному місяці, та фактичної кількості тижнів, протягом яких здійснено не менше одного візиту на тиждень із застосуванням відповідного коефіцієнта”.

Зазначаємо, що підходи до кодування діагнозів та інтервенцій за пакетом залишаються аналогічними до вимог минулого року, зокрема:

Основний діагноз повинен бути з переліку діагнозів, що вказано у Додатку 2 (для дорослих) або Додатку 4 (для дітей). Діагнози, що включені у ці додатки, визначені відповідно до Наказу МОЗ від 04 червня 2020 року № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні».

Додатковий діагноз повинен включати діагнози:

- що дозволяють підтвердити наявність у пацієнта станів та функціональних розладів, які вказано у Додатках 2-5 до цього листа;
- код Z 51.5 – Паліативна допомога;
- ускладнення та інші супутні діагнози, які є у пацієнта.

Проведені дії – вказуються коди інтервенцій, які були проведені під час надання паліативної допомоги, відповідно до Плану спостереження (Додаток 1 та Додаток 4 до Порядку надання паліативної допомоги, Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2020 року № 1308), галузевих стандартів і правил кодування. Звертаємо увагу, що вчинені дії лікар ПМД кодує за ІСРС2, проведені інтервенції – за НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій», обліковуючи їх шляхом створення ЕМЗ «Процедура» чи «Діагностичний звіт».

Щодо критеріїв визначення пацієнта, який потребує паліативної допомоги

Відповідно до Наказу МОЗ №1308 від 4 червня 2020 року «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» пацієнт, який потребує паліативної допомоги, повинен мати одне або більше захворювань та один або більше зазначених клінічних показників чи симптомів, що вказані у додатку 2 або 4 даного наказу. Згідно зі змінами до Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2020 року № 1308 (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 27 грудня 2023 року № 2216) Зміст та обсяги медичних послуг з паліативної допомоги визначаються програмою державних гарантій медичного обслуговування населення на відповідний рік. Тому НСЗУ на основі діючих

наказів МОЗ розробила перелік захворювань та станів, які є критеріями до визначення пацієнта, який потребує паліативної допомоги, зокрема:

- Додаток 2 «Захворювання та їх особливості у пацієнтів, що потребують паліативної допомоги»;
- Додаток 3 «Стани, клінічні показники та функціональні розлади у пацієнтів, які потребують паліативної допомоги»;
- Додаток 4 «Захворювання та їх особливості у пацієнтів дитячого віку, що потребують паліативної допомоги»;
- Додаток 5 «Стани, клінічні показники та функціональні розлади у пацієнтів дитячого віку, які потребують паліативної допомоги».

Для визначення пацієнта, який потребує паліативної допомоги, користуватися Додатками 2 та 3, а для визначення особи дитячого віку (до 18 років), яка потребує паліативної допомоги, - Додатками 4 та 5. Діагнози, що визначають статус пацієнта, який потребує паліативної допомоги, а також результати оцінювання стану пацієнта за шкалами, зазначеними у Додатках 2-5, слід обліковувати один раз в межах одного відкритого епізоду.

Звертаємо увагу на основні правила обліку наданої паліативної допомоги:

1. Основним діагнозом кодується діагноз, який після дослідження вважається причиною епізоду госпіталізації пацієнта, догляду на дому або звернення до закладу охорони здоров'я, відповідно до зазначеного коду. Такими діагнозами, поряд з іншими, можуть бути також діагнози класу R. Діагнози, в яких вказано «наслідки», не можуть бути основним діагнозом.

2. Тип епізоду «Паліативна допомога» обирається при наданні планової допомоги пацієнту, який потребує паліативної допомоги. При гострому захворюванні або при загостренні хронічного стану, тип епізоду обирається «Лікування». Проліковані випадки будуть оплачуватися в рамках відповідних пакетів.

3. Коди класу U, що вказують про хронічний стан, виставляються у випадку наявності в особи, яка потребує паліативної допомоги, хронічної хвороби, лікування або корекції лікування, якої під час даного пролікованого випадку не проводилось.

4. Дотримуватися правил кодування основного та додаткового діагнозу, які вказані у коментарях додатків.

5. Дотримуватися правил етіології та проявів хвороби (хрест та зірочка), при цьому будь-який з двох кодів може бути вказаний у якості основного діагнозу. Коди етіології (першопричини) позначаються «хрестиком» (†), а коди проявів позначаються «зірочкою» (*).

6. Обліковувати в ЕСОЗ певні обстеження, про що сказано в додатках. Частина інтервенцій обліковується у взаємодіях, частина - через ЕМЗ «діагностичний звіт», який вкладається у взаємодію. У текстовому полі ЕМЗ «діагностичний звіт» потрібно вказувати результати обстеження (приклади вказано у Додатках 3 та 5). Обліковувати за допомогою

діагностичних звітів потрібно тільки ті інтервенції, які вказані у Додатку 3 або 5 (стовпчик «Діагностичний звіт»).

7. Анкети з оцінювання стану пацієнта за шкалами, вказаними у додатках, повинні бути в Плані спостереження пацієнта, який потребує паліативної допомоги, що залишається у медичній обліковій документації.

Додаток 1: на 1 арк., в 1 прим.

Додаток 2: на 6 арк., в 1 прим.

Додаток 3: на 5 арк., в 1 прим.

Додаток 4: на 12 арк., в 1 прим.

Додаток 5: на 3 арк., в 1 прим.

Голова



Наталія ГУСАК

ЗГІДНО З ОРИГІНАЛОМ
Провідний документознавець відділу
контролю, документального
забезпечення та архіву

Маяя Оксана
06.05.2024