



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.

Зкладам охорони здоров'я

(за списком)

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) висловлює свою повагу та надає роз'яснення щодо принципу оплати послуг за пакетом медичних послуг «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах», а також щодо правил ведення електронних медичних записів (далі – ЕМЗ) в електронній системі охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ).

*Щодо принципу оплати медичних послуг за пакетом «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах»*

Повідомляємо, що відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 р. № 1464 (далі – Порядок), НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391, та умовам закупівлі, якщо інше не визначено Порядком, на підставі поданих пропозицій про укладення договорів відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410.

Відповідно до Порядку тариф на медичні послуги, передбачені специфікаціями, за пакетом «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах», визначається **як капітаційна ставка**, що становить 74 429 гривень на рік, із застосуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів.

НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, визначеними Порядком, на підставі звітів про



СЕД АСКОД - Національна служба здоров'я України  
Документ № 3543/6-15-23 від 31.01.2023  
Сертифікат: 58E2D9E7F900307B0400000076863300EFD09B00  
Підписувач: Гусак Наталія Борисівна  
Дійсний з: 24.11.2021 00:00:00 по 23.11.2023 23:59:59

надані медичні послуги, які внесено до ЕСОЗ **не пізніше десятого робочого дня** після закінчення відповідного звітного періоду.

**Зазначаємо**, що відповідно до Порядку у 2023 році НСЗУ **не оплачує** медичні послуги, які надаються за направленнями у **паперовій формі**, крім випадків направлення пацієнтів, які тримаються в установах виконання покарань або слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби, а також у таборах та дільницях для тримання військовополонених.

***Щодо внесення в ЕСОЗ інформації про надані послуги з лікування пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями за пакетом «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах»***

Відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в ЕСОЗ, затвердженого наказом МОЗ від 28 лютого 2020 року № 587, сукупність всіх записів про пацієнта в Реєстрі складає електронну медичну карту пацієнта. Медичні записи, що внесені до Реєстру відповідно до цього Порядку, є первинною обліковою медичною документацією в електронній формі. Тому в ЕСОЗ необхідно вносити інформацію щодо всіх наданих медичних послуг і не вносити інформацію щодо ненаданих, оскільки це буде вважатися фальсифікацією медичної документації.

Для коректного внесення інформації до ЕСОЗ за допомогою медичної інформаційної системи (далі – МІС), яка підключена до центральної бази даних ЕСОЗ, з метою включення її до звіту про фактично надані медичні послуги, надаємо рекомендації щодо ведення ЕМЗ, що свідчать про надану медичну допомогу, і маркуються як такі, що відносяться до пакету «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах».

***Для випадків обстеження та лікування пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних умовах***

– *Пошук e-направлення в ЕСОЗ.* Амбулаторна медична допомога без направлення не включається до зазначеного пакету, відповідно до умов надання послуги. Пошук направлення виконується за груповим номером направлення. Після того як направлення було знайдено, його потрібно взяти в обробку.

– *Створення епізоду (курс лікування є одним епізодом).* Тип епізоду – лікування. Датою відкриття епізоду є день першого консультування пацієнта лікарем щодо визначення подальшого плану лікування. Епізод не створюється, якщо лікар виконує медичні записи в рамках раніше створеного епізоду.

– *Створення ЕМЗ «Взаємодія»* – в рамках одного епізоду створюються одна або декілька взаємодій (залежно від кількості наданих послуг в рамках одного курсу лікування). **Важливо:** взаємодія відкривається на кожне відвідування пацієнта в амбулаторних умовах для консультування, призначення та виконання

обстежень й інших інтервенцій, визначених специфікаціями та вимогами до організації послуги в рамках пакету.

- *Клас взаємодії* – «Амбулаторна медична допомога»;
- *Тип взаємодії* – «Взаємодія в закладі охорони здоров'я».
- *Створення ЕМЗ «План лікування»*, який має бути активовано фіксацією первинного призначення на наступну активність з пацієнтом. У текстовому полі вказуються назви лікарських засобів, які включено в курс лікування гематологічного/онкогематологічного захворювання (обов'язково), шлях та кратність їх введення. Даний ЕМЗ може бути створений один раз під час формування першої взаємодії в рамках епізоду. У випадку зміни курсу хіміотерапевтичного лікування, вносяться відповідні корективи в ЕМЗ «План лікування».
- *Основний діагноз* – код з Класу 2 «Новоутворення»:
  - злоякісні новоутворення лімфоїдної та споріднених тканин (лімфоми) (C81-C88.9);
  - множинна мієлома та злоякісні плазмоклітинні новоутворення (C90.0-C90.3);
  - злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (лейкемії) (C91-C95.9);
  - інші та неуточнені злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (гістіоцитози) (C96);
  - істина поліцитемія (D45);
  - мієлодиспластичні синдроми (D46);
  - інші новоутворення невизначеного або невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5);
 або з класу 3 «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму»:
  - вроджені важкі анемії, апластичні анемії та синдроми вродженої кістковомозкової недостатності (D56.0, D56.1, D57.0, D59.5, D60.0, D61.3, D64.0, D64.4);
  - інші хвороби крові та кровотворних органів (D70, D76.1, D76.2);
  - деякі порушення з залученням імунного механізму (D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D82.3).
- *Клінічний статус основного діагнозу* (зазначається обов'язково!), вибрати один з перерахованих:
  - активний
  - рецидив
  - ремісія
  - вилікуваний / завершений.
- *Статус достовірності діагнозу* – «Заключний».
- *Додатковий діагноз* – вказуються діагнози, що мають відношення до даного клінічного випадку. У разі проведення хіміотерапевтичного лікування в рамках даного пакету послуг, зазначається діагноз – Z51.1 Курс фармакотерапії при новоутворенні (обов'язково!).

– *Проведені дії* – опис проведених дій відбувається за НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій». Вказуються коди інтервенцій, які були проведені під час візиту пацієнта в заклад.

Після закінчення курсу лікування в амбулаторних умовах епізод має бути закритим.

*Звертаємо увагу, що дата початку лікування вказана в плані лікування має відповідати даті початку амбулаторного епізоду. Послуги, які надавались в період поза межами дії плану лікування не будуть підлягати оплаті.*

*Для випадків лікування пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюванням у стаціонарних умовах*

– *Створення епізоду* (кожна госпіталізація вважається новим епізодом, який закривається при виписці пацієнта). *Тип епізоду* – лікування, де дата початку епізоду зазначається як дата госпіталізації у стаціонар.

– *Створення ЕМЗ «Взаємодія»:*

- *Клас взаємодії* – «Стаціонарна медична допомога»;
- *Тип взаємодії* – «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару»;

– *Підстава звернення* – наявне направлення або ознака переведення з іншого відділення або закладу, або доставлення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнтів із встановленим діагнозом.

– *Основний діагноз* – з Класу 2 «Новоутворення» (дивись стандарт 0245 австралійських стандартів кодування):

- злоякісні новоутворення лімфоїдної та споріднених тканин (лімфоми) (C81-C88.9);
- множинна мієлома та злоякісні плазмоклітинні новоутворення (C90.0-C90.3);
- злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (лейкемії) (C91-C95.9);
- інші та неуточнені злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (гістіоцитози) (C96);
- істина поліцитемія (D45);
- мієлодиспластичні синдроми (D46);
- інші новоутворення невизначеного або невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5);

або з класу 3 «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму»:

- вроджені важкі анемії, апластичні анемії та синдроми вродженої кістковомозкової недостатності (D56.0, D56.1, D57.0, D59.5, D60.0, D61.3, D64.0, D64.4);
- інші хвороби крові та кровотворних органів (D70, D76.1, D76.2);
- деякі порушення з залученням імунного механізму (D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D82.3);

- *Клінічний статус основного діагнозу* (зазначається обов'язково!), вибрати один з перерахованих:
  - активний
  - рецидив
  - ремісія
  - вилікуваний / завершений.
- *Статус достовірності діагнозу* – «Заключний».
- *Додатковий діагноз* – вказуються діагнози, що мають відношення до даного клінічного випадку. Роль додаткових діагнозів завжди лише: "першопричина основного діагнозу", "ускладнення" або "супутній". У разі проведення хіміотерапевтичного лікування в рамках даного пакету послуг зазначається діагноз – Z51.1 Курс фармакотерапії при новоутворенні (обов'язково!).
- *Проведені дії* – опис проведених дій відбувається за НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій». Вказуються коди інтервенцій, які були проведені під час лікування, відповідно до галузевих стандартів і правил кодування.

Після закінчення курсу лікування епізод має бути закритим, електронне направлення на даний вид лікування погашене.

*Щодо автоматичного та медичного моніторингу в рамках пакету «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» зі сторони НСЗУ*

Зазначаємо важливі аспекти автоматичного та медичного моніторингу в рамках пакету «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах», які будуть впливати на оплату:

1. Всі діагностичні та лікувальні інтервенції, виконані в амбулаторних умовах пацієнту з гематологічним або онкогематологічним захворюванням, на якого відкрито епізод, будуть рахуватись як обстеження в рамках пакету «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» і **не будуть підлягати оплаті** за глобальним бюджетом в рамках пакету «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» (інтервенції, виконані в амбулаторних умовах, та відкритий епізод стосуються одного закладу).

2. У разі створення нового епізоду на унікального пацієнта, який вже має відкритий епізод з гематологічним або онкогематологічним діагнозом, із включенням взаємодій, в яких закодовано діагноз, що не входить в перелік даного пакету, даний епізод буде **підлягати медичному моніторингу** з метою аналізу закодованих в ньому інтервенцій та обґрунтованості їх включення в глобальний бюджет за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» (стосується тих пацієнтів, на яких упродовж року було сформовано взаємодії **тільки** класу «Амбулаторна медична допомога»).

3. У разі кодування упродовж року у взаємодіях, створених на одного унікального пацієнта, тільки кодів інтервенцій категорії «консультації» та «основні лабораторні обстеження» (відповідно до складності амбулаторної медичної послуги згідно з главою 8 Порядку) без кодів категорій «специфічні лабораторні обстеження», «інші лабораторні обстеження», «інструментальні обстеження» та «лікування», оплата за лікування такого пацієнта буде нараховуватись за глобальним бюджетом в рамках пакету «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування дорослих та дітей в амбулаторних умовах», **а не за пакетом** «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» (стосується тих пацієнтів, на яких упродовж року було сформовано взаємодії **тільки** класу «Амбулаторна медична допомога»).

4. У разі відсутності у взаємодії класу «Амбулаторна медична допомога», ЕМЗ «План лікування», створеного на унікального пацієнта з гематологічним та онкогематологічним захворюванням, оплата за лікування такого пацієнта **не буде входити в розрахунки глобального бюджету за пакетом** «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» (стосується тих пацієнтів, на яких упродовж року було сформовано **тільки** взаємодії класу «Амбулаторна медична допомога»).

5. У разі відсутності назв лікарських засобів у ЕМЗ «План лікування», а також у разі неспівпадіння інтервенцій, зазначених у ЕМЗ «План лікування» (наприклад, шлях введення протипухлинного препарату або його кратність), закодованим інтервенціям по взаємодіях, оплата буде здійснюватися за глобальним бюджетом в рамках пакету «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування дорослих та дітей в амбулаторних умовах», **а не за пакетом** «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» (стосується тих пацієнтів, на яких упродовж року було сформовано взаємодії **тільки** класу «Амбулаторна медична допомога»).

### ***Щодо іншої важливої інформації***

***Наголошуємо!***, що пацієнти, які проходять лікування в рамках пакету «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» отримують хіміотерапію в рамках даного пакету послуг!

Для забезпечення комплексного підходу до лікування онкогематологічних захворювань в межах одного закладу, після завершення лікування в рамках пакету «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах», в день виписки може бути розпочато наступний етап лікування за пакетами медичних послуг: «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» або «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» або «Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з

онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах». У такому випадку всі послуги будуть оплачено.

Стабільність та надійне партнерство є пріоритетом роботи Національної служби здоров'я, особливо під час війни. НСЗУ реалізовує Програму медичних гарантій в інтересах пацієнтів – щоб кожна людина мала доступ до належного лікування, а надавачі медичних послуг своєчасно отримували оплату за свою роботу.

Дякуємо за співпрацю!

Вірте в Збройні Сили України та державні інституції!

Україна переможе!

Голова

Наталія ГУСАК

