



ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

ЗМІСТ ТА ПІДХІД ДО
КОНТРАКТУВАННЯ ЗАКЛАДІВ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

07.02.2020

НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



Національна служба
здоров'я України

ЗМІСТ

ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ _____	3
ЩО ТАКЕ ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ _____	4
СТРАТЕГІЧНІ ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ _____	6
ЩО ТАКЕ ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ? _____	9
ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКІ МОЖУТЬ ОБРАТИ ЗОЗ ДЛЯ КОНТРАКТУВАННЯ У 2020 РОЦІ _____	3
ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА _____	6
ПАКЕТ ПОСЛУГ ДЛЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ _____	7
ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОЇ ВТОРИННОЇ ТА ТРЕТИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ _____	10
ПРІОРИТЕТНІ АМБУЛАТОРНІ ПОСЛУГИ _____	14
ГЕМОДІАЛІЗ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ _____	17
ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ _____	20
ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ОКРЕМИМИ СТАНАМИ _____	35
ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ _____	49
ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ _____	55

ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Намагання більш чітко визначити гарантії держави в сфері охорони здоров'я - загальносвітова тенденція.

Міжнародний термін для позначення гарантій в сфері охорони здоров'я – гарантований пакет, або англійською – benefit package. Чому виникає необхідність запровадження гарантованого пакету? Причина – класична, базова проблема економіки – постійний дефіцит бюджету: потреби людей завжди перевищують наявні можливості. Це правда і для економіки в сфері охорони здоров'я – ресурси медицини завжди обмежені, навіть найбагатші країни світу не можуть гарантувати всі можливі послуги своїм громадянам. Тому всі країни постають перед необхідністю так званої раціоналізації в системі охорони здоров'я.

Гарантований пакет – інструмент прозорості та передбачуваної раціоналізації. Що, власне, таке гарантований пакет? Це набір правил щодо того, які послуги гарантовані пацієнтам, якими є правила їх отримання, чи всі пацієнти мають право на їх отримання.

Всі пострадянські країни зіштовхувалися з тим, що в спадок від Радянського Союзу їм діставалися необмежені гарантії у сфері охорони здоров'я. Ці гарантії не виконувалися ані в Радянському Союзі, ані потім, після отримання країнами незалежності. Україна є однією з останніх країн європейського регіону, яка не запровадила реформи щодо раціоналізації надання медичної допомоги та продовжує використовувати неявну раціоналізацію. Це, поряд з іншими факторами, призводить до негативних наслідків для здоров'я, поганого фінансового захисту для пацієнтів та низького рівня доступу до деяких медичних послуг.

Запровадження гарантованого пакету дасть можливість впорядкувати надання послуг в сфері охорони здоров'я, допоможе зробити правила роботи системи більш зрозумілими як пацієнтам, так і лікарям.

ЩО ТАКЕ ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

В українському законодавстві для позначення гарантованого пакету було обрано термін «програма медичних гарантій».

Програма медичних гарантій – перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які гарантуються населенню та оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів.

В Україні всім пацієнтам гарантовано доступ до медичних послуг, проте деякі додаткові послуги запроваджуються для пацієнтів певних вікових категорій. Про це ми поговоримо детальніше, коли будемо розглядати пакети медичної допомоги.

Відповідно до Закону, до гарантованого пакету входять послуги та лікарські засоби, пов'язаних із наданням:

ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ДО 16 РОКІВ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗВ'ЯЗКУ З ВАГІТНІСТЮ ТА ПОЛОГАМИ

Проект програми медичних гарантій був розроблений НСЗУ і затверджений Кабінетом Міністрів України. Програма була розроблена на основі таких критеріїв, як потреба пацієнтів в медичних послугах, результативність методів лікування, захист пацієнта від катастрофічних (надмірних) витрат на охорону здоров'я, а також з урахуванням принципу нейтральності бюджету, або реалістичності – обсяг коштів на програму має відповідати запланованим тарифам та кількості послуг, які будуть надані.

Одним з принципів розробки програми медичних гарантій є пріоритизація. Міністерство охорони здоров'я затвердило Наказ про пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я на 2020-2022 роки. Ці напрями були враховані в програмі медичних гарантій.

Зокрема:

- | | | |
|----------------------------|----------|---|
| СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ | 1 | Профілактика, первинна медична допомога та амбулаторне лікування. |
| СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ | 2 | Підвищення якості надання допомоги пацієнтам в невідкладних станах. |
| СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ | 3 | Підвищення рівня доступності лікарських засобів. |

Цим наказом також визначено перелік інфекційних та неінфекційних захворювань, щодо яких в програмі має бути передбачено першочергове забезпечення.

На основі положень цього наказу в межах програми медичних гарантій НСЗУ запропонувало такий перелік станів, які будуть сплачуватися за пріоритетними тарифами:

- В стаціонарі це лікування гострого інфаркту міокарда, гострого мозкового інсульту, надання допомоги при пологах та допомога новонародженим в складних неонатальних випадках.
- На амбулаторному етапі – це послуги інструментальної діагностики для раннього виявлення новоутворень. Те, що ці послуги визначені пріоритетними, не означає, що інші послуги не будуть оплачені.

Для пріоритетних послуг НСЗУ розробило більш жорсткі вимоги до надання послуг, адже такі послуги оплачуються за пріоритетним тарифом. Всі інші послуги будуть оплачені НСЗУ за іншими, більш широкими пакетами послуг.

Визначення державних гарантій передбачає, що деякі послуги не можуть бути оплачені за кошти програми.

Цей перелік визначено [Постановою кабінету міністрів №1138 «Про затвердження переліку платних послуг»](#).

Отже, програма медичних гарантій (або гарантований пакет) – не українське ноу-хау, а усталена міжнародна практика. Програма медичних гарантій визначає перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які гарантовані пацієнтам та будуть оплачені з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. Оператором програми медичних гарантій є НСЗУ. До програми медичних гарантій входять всі види медичної допомоги, проте окремі послуги виключені з гарантованого пакету. Більш детально про те, що входить до програми медичних гарантій, ми розглянемо далі. А поки – давайте розберемося які типи тарифів будуть застосовані для оплати медичної допомоги.

СТРАТЕГІЧНІ ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Стратегічні закупівлі - підхід, що використовується багатьма країнами при плануванні закупівель послуг, що включені до гарантованого пакету. Цей підхід прийшов на зміну фінансуванню за історичним принципом та/або кошторисному фінансуванню.

Підхід стратегічних закупівель заснований на тому, що прийняття рішень щодо фінансування базується на трьох основних запитаннях:

1. «Що оплачуємо?» - Тобто які послуги та ліки входять до програми медичних гарантій, що гарантовано пацієнтам за рахунок програми медичних гарантій?
2. «Якими є умови надання послуг?» - Яким вимогам до надання медичної допомоги має відповідати заклад? Яке обладнання, фахівців, режим роботи забезпечать якісне надання медичних послуг?
3. «Як оплачуємо?» - Який підхід до контрактування закладів застосовуємо? Який тип тарифу застосовуємо?

Давайте розглянемо третє питання - яким чином оплачують послуги? Виділяють п'ять основних тарифів для фінансування медичних послуг.

ПЕРШИЙ ТИП ТАРИФУ

Перший тип тарифу - це Капітаційна ставка

Цей тип тарифу відомий вам за прикладом оплати первинної медичної допомоги. Капітаційна ставка означає оплату за одну людину, тобто Per capita. Зазвичай, така людина може і не звертатися за медичною допомогою протягом періоду дії цієї оплати, цей тариф сплачується за готовність надати допомогу пацієнту. Цей тариф може також застосовуватися для оплати лікування осіб із визначеним захворюванням. В такому випадку ми оплачуємо за кожного такого пацієнта фіксовану суму за певний період часу (наприклад, 12 або 9 місяців роботи за програмою медичних гарантій).

ДРУГИЙ ТИП ТАРИФУ

Другий тип тарифу – це ставка за пролікований випадок або оплата за діагностично-спорідненими групами, оплата за ДСГ, оплата за DRG – всі ці терміни є синонімами.

В Україні на початку впровадження реформи системи фінансування, він буде використовуватися виключно для оплати стаціонарного лікування. Суть цього тарифу полягає в тому, що держава не платить за кожну окрему послугу, яка була надана пацієнту в стаціонарі, а оплачує комплекс послуг, що були надані пацієнту.

Перед запровадженням оплати за пролікований випадок зазвичай проводиться дослідження. Воно визначає середню вартість лікування пацієнтів з тим чи іншим діагнозом, відповідно до кількості

ресурсів, які заклади охорони здоров'я витрачають на таке лікування. Додатково до цих фактичних витрат можуть враховуватися кошти, які пацієнти витрачали для лікування в стаціонарі. Для аналізу фактичних витрат на госпіталізації в Україні були використані дані щодо вартості надання послуг у лікарнях Львівської, Полтавської, Одеської областей. Додатково до цих даних були застосовані індекси інфляції, а також додана вартість лікарських засобів з високим рівнем доказовості, які пацієнти купували самостійно.

ТРЕТІЙ ТИП ТАРИФУ

Третій тип тарифу – це ставка на медичну послугу, де одиницею оплати виступає власне окрема послуга.

Цей тип тарифу застосовується для оплати кожної наданої медичної послуги, наприклад послуги інструментальної діагностики для раннього виявлення новоутворень.

ЧЕТВЕРТИЙ ТИП ТАРИФУ

Четвертий тип тарифу – це глобальна ставка або, як її ще називають, глобальний бюджет.

Це тип тарифу, який забезпечує найбільш стабільне фінансування закладів охорони здоров'я.

Глобальна ставка – це фіксована сума, яка оплачується закладу за певний період за заздалегідь визначені послуги. У 2020 році вона буде широко використовуватися самостійно і в комбінації з іншими тарифами.

ЯКИМ ЧИНОМ ВОНА РОЗРАХОВУЄТЬСЯ?

Для її розрахунку за основу беруться інші тарифи: капітаційна ставка, ставка за пролікований випадок, ставка за надану послугу. Глобальна ставка визначається як добуток запланованої кількості послуг і тарифів для оплати таких послуг. При цьому, заклад звітує про свою роботу про кожну надану послугу або здійснену госпіталізацію.

П'ЯТИЙ ТИП ТАРИФУ

П'ятий тип тарифу - ставка за результатами виконання договорів про медичне обслуговування.

Це тип тарифу, який забезпечує найбільш стабільне фінансування закладів охорони здоров'я.

Це тариф, який виплачується за досягнення закладом позитивних результатів. Цей тип тарифу дозволяє фінансово заохочувати заклади та команди медичних працівників досягати позитивних результатів в наданні послуг. Цей тип тарифу вимагає збору досить детальної інформації щодо надання медичних послуг, а також ретельного моніторингу. Його зазвичай використовують після

того, як система почала працювати за новими методами оплати. У 2020 році в межах програми цей тариф застосовуватися не буде.

Отже, існують 5 основних видів тарифів.

ОДИНИЦЕЮ ОПЛАТИ ДЛЯ ЦИХ ТАРИФІВ Є:

КАПІТАЦІЙНА СТАВКА одна людина

**СТАВКА ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ
ВИПАДОК** одна госпіталізація

**СТАВКА НА МЕДИЧНУ
ПОСЛУГУ** одна надана послуга

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА робота закладу відповідно до умов договору

**СТАВКА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ВИКОНАННЯ ДОГОВОРІВ** досягнення визначених показників в наданні медичних послуг

В ПРОГРАМІ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ У 2020 РОЦІ БУДУТЬ ЗАСТОСОВАНІ **4 ВИДИ ТАРИФІВ**. ДЕТАЛЬНІШЕ, ПРО ТЕ, ЯК БУДЕ ЗАСТОСОВУВАТИСЯ КОЖЕН ТАРИФ ДЛЯ ОПЛАТИ ПОСЛУГ, МИ ПОГОВОРИМО КОЛИ БУДЕМО РОЗГЛЯДАТИ ПАКЕТИ ПОСЛУГ.

ЩО ТАКЕ ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ?

Закон визначає досить загальні категорії медичних послуг, які включені до програми медичних гарантій. Якщо деякі з цих категорій є досить комплексними, наприклад, первинна медична допомога та екстрена допомога, то інші, наприклад, спеціалізована допомога, можуть включати тисячі різних медичних послуг. Недоцільно укладати договори із закладами за такими широкими категоріями. Це спричинено тим, що ми для більшості видів допомоги не платимо за кожну окрему послугу, а платимо за комплекс послуг. До того ж, оплата за кожною послугою зробила би процес контракування надзвичайно складним.

За такими широкими категоріями також недоцільно визначати державні гарантії. Класифікатор медичних послуг включає тисячі найменувань послуг. Такі послуги часто надаються в комплексі. Тому медичні гарантії мають бути визначені на більш узагальненому рівні.

В цій ситуації, НСЗУ та МОЗ запропонували новий підхід – пакети медичних послуг, які є перехідною ланкою між широкими категоріями медичної допомоги та окремими медичними послугами.

Отже, що таке пакети медичних послуг?

Пакет медичних послуг, або група медичних послуг – це перелік медичних послуг та лікарські засоби, необхідні для надання таких послуг, в межах певного виду медичної допомоги.

Кожен пакет повторює структуру питань стратегічних закупівель і характеризується трьома основними характеристиками.

ПЕРШЕ — це, специфікація послуг або це більш детальний опис того, що гарантовано в межах цього пакету. Тобто, що ми маємо на увазі під тим чи іншим пакетом. Що в ньому гарантовано пацієнту. У стратегічних закупівлях специфікація послуг – це відповідь на питання «Що оплачуємо?»

ДРУГЕ — це вимоги до надання послуг. Послуги згруповані в пакет і до всього цього пакету застосовуються єдині вимоги до їх надання. У стратегічних закупівлях вимоги до надання послуг – це відповідь на питання «Якими є умови надання послуг?»

ТРЕТЄ — це типи тарифів, які застосовуються для оплати цього пакету. Тарифи всередині пакету в грошовому вимірі можуть бути різними, але підхід до оплати і базова ставка є єдиними для всього пакету. У стратегічних закупівлях тип тарифу – це відповідь на питання «Як оплачуємо послуги?»

Специфікація послуг та умови закупівлі були розроблені НСЗУ з залученням лікарів та пацієнтських організацій. Вони погоджені з Міністерством охорони здоров'я. З ними ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

Тарифи для кожного пакету затверджені [Постановою КМУ про порядок реалізації програми медичних гарантій на 2020 рік](#). Ця ж постанова визначає коригувальні коефіцієнти, які впливають на фінальну вартість послуги в межах пакету, в залежності від складності тих чи інших послуг.

Отже, для визначення медичних гарантій, а також для контрагування закладів охорони здоров'я за програмою медичних гарантій було запроваджено нову категорію – пакети медичних послуг, які є зв'язуючою ланкою між категоріями / рівнями медичної допомоги і медичними послугами.

Кожен пакет характеризується відповіддю на три запитання:

ЩО ОПЛАЧУЄМО?

специфікація послуг

ЯКИМИ Є УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ?

вимоги до надання послуг

ЯК ОПЛАЧУЄМО ПОСЛУГИ?

тип тарифу, їх комбінація

У 2020 РОЦІ БУДУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИСЯ 27 ПАКЕТІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.

ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКІ МОЖУТЬ ОБРАТИ ЗОЗ ДЛЯ КОНТРАКТУВАННЯ У 2020 РОЦІ

Контрактування та визначення державних гарантій буде відбуватися за 27 пакетами медичних послуг. Попри те, що пакети відрізняються, окремі правила застосовуються для кожного з них.

1 ЗАКЛАД ВИРІШУЄ ЗА ЯКИМИ ПАКЕТАМИ ПОДАВАТИ ЗАЯВИ ДО НСЗУ

На сайті НСЗУ будуть опубліковані 27 оголошень, які відповідатимуть 27 пакетам медичних послуг. В кожному оголошенні описані умови закупівлі та специфікації, а також тарифи для оплати послуг в межах пакету.

Кожен заклад самостійно обирає, за якими оголошеннями (тобто пакетами), заклад подає заяву до НСЗУ для укладення договору. Цей вибір має ґрунтуватися на тому, чи відповідають умови надання медичних послуг в закладах умовам закупівель, чи зможе заклад забезпечити всі послуги, які описані в специфікації, чи є робота за пакетом економічно обґрунтованою для закладу, а також чи бажає заклад в майбутньому надавати ті чи інші послуги.

2 ПОДАННЯ ЗАЯВ ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ЕЛЕКТРОННО

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ВІДПОВІДНІСТЬ УМОВАМ ЗАКУПІВЛІ ТА МОЖЛИВІСТЬ НАДАВАТИ ВСІ ПОСЛУГИ СПЕЦИФІКАЦІЙ Є ОБОВ'ЯЗКОВИМИ. ТОБТО ПРИ ПРИЙНЯТТІ РІШЕННЯ ЧИ ПОДАВАТИ ЗАЯВУ НА ТОЙ ЧИ ІНШИЙ ПАКЕТ, ЗАКЛАД МАЄ ОЦНІТИ СВОЇ МОЖЛИВОСТІ І ЗА УМОВАМИ ЗАКУПІВЛІ, І ЗА СПЕЦИФІКАЦІЯМИ. ВІДПОВІДНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ВИМОГАМ, А ТАКОЖ ОБСЯГ ПОСЛУГ, ЩО НАДАЄТЬСЯ ПАЦІЄНТАМ, НСЗУ БУДЕ ВІДСЛІДКОВУВАТИ ЯК ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ЕЛЕКТРОННОГО ЗДОРОВ'Я, ТАК І ЧЕРЕЗ ІНШІ ЗАСОБИ МОНІТОРИНГУ.

3 ЗАЛУЧЕНІ ОСОБИ

В окремих випадках в специфікаціях та умовах закупівлі визначено, що деякі послуги можуть надаватися не в закладі, а на умовах договору підряду. Це означає, що заклад може залучати інші організації для надання вказаних послуг пацієнту. Якщо заклад залучає підрядника, то за послуги в межах договору підряду сплачує заклад, який має контракт з НСЗУ, а не пацієнт. Якщо заклад залучає підрядника, така юридична особа має бути зареєстрована в ЕСОЗ.

Ми часто спостерігаємо, що заклади орендують обладнання, яке фізично знаходиться на їх території. В такому випадку ми вважаємо, що таке обладнання є в закладі (тобто відповідні послуги не надаються за договором підряду, а надаються закладом самостійно). Тобто право власності і оренда – по суті, одне і те саме в межах процесу контракткування.

НА ПОЧАТКУ РОБОТИ ЗА ПАКЕТАМИ ВАЖЛИВО ЗРОЗУМІТИ: СТАТИСТИЧНА ОСНОВА ДЛЯ РОЗРАХУНКІВ **НЕ ДОРІВНЮЄ** ОБСЯГУ ПОСЛУГ, ЯКІ ЗАКЛАД МАЄ НАДАВАТИ В МЕЖАХ ДОГОВОРУ.

Статистичні дані для розрахунків сум договорів - це наявні дані, які дають можливість оцінити потужності закладів і на їх основі сформувати вартість договору. В роботі за договором заклад має надавати пацієнтам ті послуги, що визначені специфікаціями. Ми розглянемо ці питання для окремих пакетів.

За всіма пакетами послуг медична допомога надається за принципом екстериторіальності. Це означає, що всі пацієнти, які можуть отримувати послуги за програмою медичних гарантій, можуть отримувати їх у будь-якому з закладів, які надає такі послуги та має відповідний договір з НСЗУ. Тобто, офіційне місце реєстрації або перебування пацієнта не може впливати на те, чи може пацієнт отримувати послуги в тих чи інших закладах. Пацієнт вільний обирати заклад охорони здоров'я (звичайно, за наявності відповідного направлення від лікаря ПМД або лікуючого лікаря у випадках, коли це необхідно).

ЯКЩО ВАШ ЗАКЛАД БУЛО ОБ'ЄДНАНО З ІНШИМ ЗАКЛАДОМ, ТО З УРАХУВАННЯМ СТАТТІ 104 ЦИВІЛЬНОГО КОДЕКСУ УКРАЇНИ, ВСІ ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА МАЙНО ПЕРЕХОДИТЬ ДО ПРАВОНАСТУПНИКІВ. ТОМУ ПРИ ПОДАЧІ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ПРИ ПОДАННІ ЗАЯВИ, ЗАКЛАД МАЄТЕ ВКАЗАТИ СУМУ ПОКАЗНИКІВ ЗВІТУ ЗА ФОРМОЮ 20 ВІДПОВІДНИХ ЗАКЛАДІВ, ЩО БУЛИ ОБ'ЄДНАНІ / РЕОРГАНІЗОВАНІ.

Постановою про порядок реалізації програми медичних гарантій визначено, при наданні пацієнтам медичних послуг в межах програми медичних гарантій, заклад має забезпечити медичні вироби, витратні матеріали і лікарські засоби, передбачені Національним переліком основних лікарських засобів. До тарифу також включена заробітна плата, харчування (для стаціонарного лікування), робота господарської частини. Відповідно до Бюджетного кодексу, до тарифу не включені витрати на комунальні послуги.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ, ЩО СПЕЦИФІКАЦІЇ ОПИСУЮТЬ ЗАГАЛЬНИЙ ОБСЯГ ПОСЛУГ. ПРИ ЦЬОМУ ВСІ ПОСЛУГИ НАДАЮТЬСЯ ПАЦІЄНТАМ ВІДПОВІДНО ДО ЇХ ПОТРЕБ І ВІДПОВІДНО ДО ГАЛУЗЕВИХ СТАНДАРТІВ. СПЕЦИФІКАЦІЇ НЕ ЗАМІНЮЮТЬ ГАЛУЗЕВІ СТАНДАРТИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

В межах опису пакетів ми також говоримо про маршрут пацієнтів та про можливе переведення пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я. Розробка маршрутів пацієнтів в межах області є завданням місцевих адміністрацій. Такі маршрути мають узгоджуватися з умовами закупівлі медичних послуг, а також з наявністю у таких закладів договорів з НСЗУ на надання відповідних пакетів медичних послуг.

7 ВІДКЛАДЕНІ ВИМОГИ

У випадку, якщо на момент контрастування заклади не відповідають умовам закупівлі, то для окремих пакетів передбачена можливість для того, щоб укласти договір. В окремих випадках, визначених в оголошенні, дозволяється подання пропозиції із зобов'язанням виконати умови закупівлі протягом визначеного строку. В такому випадку невідповідність умовам закупівлі є тимчасовою і заклад бере на себе зобов'язання привести умови надання послуг у відповідність протягом визначеного терміну. Зауважте, що невідповідність не стосується всіх специфікацій та умов, а тільки визначених в оголошенні окремих позицій.

8 ПЕРІОД ОПЛАТИ ЗА ПОСЛУГИ

Зауважте, що оплата за послуги за глобальним бюджетом буде здійснюватися на початку звітнього періоду. Оплата за послуги, які оплачуються за ДСГ та через оплату за послугу, здійснюється за фактом надання послуг.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

У 2020 ПМД буде надаватися відповідно до Порядку надання ПМД, а умови надання послуг розроблені відповідно до таблиця матеріального оснащення для ПМД.

Щодо тарифу – у 2020 році ми перейшли з мінімального тарифу (370 гривень), до якого застосовувалися тільки підвищуючі коефіцієнти, до середньозваженого тарифу (600,48 гривень). Тариф за кожну вікову категорію залишився таким же, як у 2019 році, проте підхід до обрахунку став іншим.

Загалом, більшість систем охорони здоров'я використовують підхід визначення саме середньозважених тарифів, до яких застосовуються як підвищуючі, так і понижуючі коефіцієнти. У 2020 році всі тарифи в програмі медичних гарантій, якщо до них застосовуються коригувальні коефіцієнти, розраховані як середньозважені.

У 2020 році надавачі первинної медичної допомоги почнуть вести медичну документацію в електронному форматі.

Основний класифікатор, яким будуть користуватися лікарі ПМД – це **МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ** або ІСРС-2.

Про те, що таке ІСРС і якими є правила застосування цієї класифікації в Україні ви можете дізнатися, переглянувши [наказ Міністерства охорони здоров'я](#).

ПАКЕТ ПОСЛУГ ДЛЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Цей пакет послуг стосується виключно догоспітальної медичної допомоги, тобто роботи центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

ПАКЕТ ПОСЛУГ ДЛЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Цей пакет послуг стосується виключно догоспітальної медичної допомоги, тобто роботи центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Надання екстреної медичної допомоги пацієнтам на догоспітальному етапі відповідно до стандартів надання екстреної медичної допомоги
- Роботу, яка забезпечує виклики екстреної допомоги, а також ситуації, коли пацієнти самостійно звертаються до пункту базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги і консультування пацієнтів лікарем ЕМД за телефоном
- Транспортування пацієнтів до закладів охорони здоров'я з місця події
- Транспортування пацієнтів у відповідь на звернення медичних працівників (якщо пацієнти перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного супроводу та термінової госпіталізації)

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Послуги, які в межах закладу охорони здоров'я, надають відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ДО ЦЬОГО ПАКЕТУ ПОСЛУГ, А ТАКОЖ ДО ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ ЗАГАЛОМ, НЕ ВХОДИТЬ СУПРОВІД СПОРТИВНИХ ТА ІНШИХ ЗАХОДІВ. В ПОСТАНОВІ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ №1138 ВИЗНАЧЕНО, ЩО МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ВІДПОЧИНКУ ВСІХ ТИПІВ, СПОРТИВНИХ ЗМАГАНЬ, МАСОВИХ КУЛЬТУРНИХ ТА ГРОМАДСЬКИХ ЗАХОДІВ Є ПЛАТНОЮ ПОСЛУГОЮ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

САМОЗВЕРНЕННЯ ПАЦІЄНТА АБО ЗВЕРНЕННЯ ТРЕТІХ ОСІБ

Для отримання таких послуг за цим пакетом не потрібно жодних направлень.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ПОСЛУГИ НАДАЮТЬСЯ ЗА МІСЦЕМ ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТА

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

Порядок реалізації програми медичних гарантій визначає, що НСЗУ укладає Договори щодо надання екстреної медичної допомоги, з одним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території АР Крим, областей, міст Києва та Севастополя. Такий центр має бути визначений Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласною державною адміністрацією або міськими державними адміністраціями міста Києва чи Севастополя, ця інформація має бути надана НСЗУ та закладам охорони здоров'я.

Також, в оголошенні вказано, що вимога до підключення закладу до системи Централь 103 є відкладеною. Тобто, якщо заклад зараз не підключений до системи Централь 103, то НСЗУ може підписати договір з таким закладом. При цьому заклад бере на себе зобов'язання підключитися до системи Централь 103 у визначений в оголошенні термін.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, розрахована на основі капітаційної ставки.

СУМА ДОГОВОРУ на 9 місяців роботи закладу за програмою медичних гарантій буде визначена як добуток кількості людей, які проживають на території обслуговування закладу та капітаційної ставки за готовність надати допомогу одній людині. Тобто, медичні послуги з екстреної медичної допомоги оплачуються не за виїзд і не за окремі надані послуги. Фінансування ґрунтується на кількості людей, що проживають на території області / міста Києва / АР Крим / міста Севастополь.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ, В ЦЬОМУ ПАКЕТІ ПОСЛУГ Є ВІДМІННІСТЬ У ПІДХОДІ ДО РОЗРАХУНКУ СУМИ ДОГОВОРУ І ТОМУ, ЩО ВХОДИТЬ ДО ПАКЕТУ ПОСЛУГ

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА обраховується на основі кількості населення, але відповідно до принципу екстериторіальності екстрена медична допомога надається всім пацієнтам, незалежно від їх місця проживання.

ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОЇ ВТОРИННОЇ ТА ТРЕТИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Цей пакет ще називають «амбулаторна допомога».

Пакет амбулаторної допомоги – досить широкий перелік послуг, який включає більшість вторинної та третинної медичної допомоги на амбулаторному рівні.

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Поліклінічна робота більшості спеціалізованих багатопрофільних та монопрофільних закладів, включаючи диспансери (наприклад кардіологічні, ендокринологічні, психоневрологічні), жіночі консультації
- Лабораторна та інструментальна діагностика
- Амбулаторна медична реабілітація пацієнтів у відновному періоді
- Надання ургентної стоматологічної допомоги дорослим та дітям у визначеному обсязі
- Планова стоматологічна допомога дітям до 16 років у визначеному обсязі
- Проведення хірургічних втручань в амбулаторних умовах
- Перебування пацієнта в закладі в умовах денного стаціонару
- Послуги, які пов'язані з проведенням пріоритетних медичних послуг, що надаються в амбулаторних умовах - мамографії, гістероскопії, езофагогастроуденоскопії, колоноскопії, цистоскопії, бронхоскопії у випадку, якщо заклад не відповідає вимогам до надання таких послуг за пріоритетними пакетами, а також у випадку, якщо пацієнт має направлення на відповідну процедуру, але за віком не відповідає підставам надання послуг
- Робота приймального відділення або відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, якщо медична допомога не закінчилася госпіталізацією

З переліками станів та стоматологічних послуг, які покриває програма медичних гарантій, ви можете ознайомитися в специфікаціях послуг.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ НЕ Є ОBOB'ЯЗКОВОЮ ВИМОГОЮ ДЛЯ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ. ЯКЩО ВАШ ЗАКЛАД ГОТОВИЙ НАДАВАТИ СТОМАТОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ І ВИ ВІДОБРАЗИТЕ ЇЇ У ЗАЯВІ – ПОСЛУГИ ЗА ЦИМ НАПРЯМОМ БУДУТЬ ВРАХОВАНІ В ГЛОБАЛЬНІЙ СТАВЦІ. ЯКЩО В ВАШОМУ ЗАКЛАДІ НЕМАЄ СТОМАТОЛОГІЇ - ВОНИ НЕ БУДУТЬ ВРАХОВАНІ В БЮДЖЕТІ, АЛЕ ВИ ВСЕ ОДНО ЗМОЖЕТЕ ПІДПИСАТИ ДОГОВІР НА НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ТЕ САМЕ СТОСУЄТЬСЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Якщо у вашому медичному закладі є приймальне відділення, то частково робота такого відділення буде оплачуватися за цим пакетом. Для того, щоб робота приймального відділення була врахована в розрахунку глобальної ставки, при заповненні заяви на укладення договору у даних, які ви подаєте в заяві, мають бути враховані дані Форми 0/001, зокрема на основі даних щодо осіб, які відмовилися від госпіталізації (графа 13 даної форми).

В основах для розрахунку тарифів не зазначена статистика для розрахунку роботи лабораторної служби, а також діагностичних послуг. Ці послуги не відображені окремо і є частиною загальної амбулаторно-поліклінічної роботи закладу.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Послуги, що перелічені в Постанові Кабінету міністрів України №1138
- Амбулаторні послуги з інших пакетів, наприклад, діагностика та лікування ВІЛ та туберкульозу, замісна підтримувальна терапія, діагностика та лікування онкологічних захворювань
- Надання допомоги пацієнту, який не має направлення і на нього не поширюються випадки щодо самозвернення

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Направлення лікаря з надання ПМД або лікуючого лікаря
- Самозвернення до лікаря-акушера-гінеколога, лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку, лікаря-педіатра, лікаря-психіатра, лікаря-психіатра дитячого, лікаря-психіатра підліткового, лікаря-нарколога, лікаря-стоматолога, лікаря-стоматолога дитячого
- Самозвернення до лікаря, у якого пацієнт із хронічними захворюваннями перебуває під медичним наглядом
- Самозвернення при невідкладному стані

Якщо пацієнт не має направлення і на нього не поширюються випадки щодо самозвернення, послуга такому пацієнту може надаватися як платна послуга. Така можливість визначена Постановою №1138.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Амбулаторно в закладі
- За місцем проживання пацієнта (за рішенням лікуючого лікаря)
- З використанням засобів телекомунікації

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

УМОВИ ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СТОСУЮТЬСЯ НАЯВНОСТІ В ЗАКЛАДІ ФАХІВЦІВ ПЕВНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ, ЗОКРЕМА В УМОВАХ СКАЗАНО ПРО ЩОНАЙМЕНШЕ 2 ОСОБИ З ПЕРЕЛІКУ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ЗА ОСНОВНИМ МІСЦЕМ РОБОТИ В ЗАКЛАДІ. ТОБТО МІНІМУМ В ЗАКЛАДІ МАЮТЬ ПРАЦЮВАТИ 2 ЛІКАРІ БУДЬ-ЯКОЇ З ПЕРЕРАХОВАНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ, НЕ ПО 2 ЛІКАРЯ КОЖНОЇ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка на 9 місяців, яка розраховується на основі ставки на медичну послугу.

СУМА ДОГОВОРУ буде **розрахована** на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я вкаже у заяві. Для розрахунку суми договору будуть враховуватися кількість амбулаторних візитів, амбулаторних хірургій та звернень до стоматологів.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО В ЦЬОМУ ПАКЕТІ ПОСЛУГ Є ВІДМІННІСТЬ У ПІДХОДІ ДО РОЗРАХУНКУ СУМИ ДОГОВОРУ І ТОМУ, ЩО ВХОДИТЬ ДО ПАКЕТУ ПОСЛУГ. НАПРИКЛАД, ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ, ЇЇ БЮДЖЕТ РОЗРАХОВУЄТЬСЯ НА ОСНОВІ КІЛЬКОСТІ ЗВЕРНЕНЬ, ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕ ВРАХОВУЮТЬСЯ ОКРЕМО. ПРОТЕ В МЕЖАХ ДОГОВОРУ ЗАКЛАД МАЄ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ, ВИЗНАЧЕНІ СПЕЦИФІКАЦІЯМИ. ЦІ ПОСЛУГИ ВКЛЮЧАЮТЬ ДІАГНОСТИКУ. В ДАНОМУ ВИПАДКУ КІЛЬКІСТЬ АМБУЛАТОРНИХ ВІЗИТІВ Є ОРІЄНТОВНИМ ПОКАЗНИКОМ, ЯКИЙ ДОЗВОЛЯЄ ОЦІНИТИ ОЧІКУвану ІНТЕНСИВНІСТЬ РОБОТИ ЗАКЛАДУ.

ТАКОЖ ВАЖЛИВО ЗАУВАЖИТИ, ЩО ПРИ ПОДАЧІ ІСТОРИЧНИХ ДАНИХ ЗАКЛАД ВКАЗУЄ КІЛЬКІСТЬ ВІДПОВІДНИХ ПОСЛУГ ЗА ВЕСЬ РІК. ПЕРЕРАХУНОК КІЛЬКОСТІ ДЛЯ ВРАХУВАННЯ ТОГО, ЩО ДОГОВІР БУДЕ УКЛАДЕНО НА 9 МІСЯЦІВ 2020 РОКУ НСЗУ ЗРОБИТЬ САМОСТІЙНО.

ПРІОРИТЕТНІ АМБУЛАТОРНІ ПОСЛУГИ

ГІСТЕРОСКОПІЯ

ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЯ

КОЛОНОСКОПІЯ

ЦИСТОСКОПІЯ

БРОНХОСКОПІЯ

МАМОГРАФІЯ

6 ПАКЕТІВ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ НОВОУТВОРЕНЬ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Пакети пріоритетних послуг на амбулаторному рівні включають в себе діагностичні та лікувальні процедури, які забезпечують раннє виявлення новоутворень.

Опис цих 6 пакетів буде спільний через те, що в них закладена однакова логіка.

Як вже згадувалося, раннє виявлення новоутворень є одним з пріоритетних напрямків програми медичних гарантій. Саме ці послуги і були винесені в окремі пакети медичних послуг.

За цим напрямком ми маємо 6 окремих пакетів медичних послуг:

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Послуги, які забезпечують комплексність проведення процедури з ранньої діагностики новоутворення: консультація лікаря перед процедурою з метою виявлення протипоказань, мамографія або ендоскопічне обстеження з або без ендоскопічної маніпуляції, забезпечення анестезії, гістологічне дослідження та опис результатів ендоскопічного обстеження та лабораторної діагностики

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Випадки, коли пацієнт має направлення на відповідну амбулаторну процедуру, але за віком не відповідає цільовій групі

В ТАКОМУ ВИПАДКУ ПОСЛУГА НАДАЄТЬСЯ ПАЦІЄНТУ БЕЗКОШТОВНО І ОПЛАЧУЄТЬСЯ ЗАКЛАДУ В МЕЖАХ АМБУЛАТОРНОГО ПАКЕТУ. ЗАКЛАДИ, ЯКІ НЕ ВІДПОВІДАЮТЬ УМОВАМ НАДАННЯ ПОСЛУГ ЗА ПРІОРИТЕТНИМИ ПАКЕТАМИ, ОТРИМУВАТИМУТЬ ФІНАНСУВАННЯ ТАКОЖ ЗА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИМ ПАКЕТОМ. ПАЦІЄНТИ, ЩО ЗВЕРНУЛИСЯ ЗА ТАКИМИ ПОСЛУГАМИ БЕЗ НАПРАВЛЕННЯ, МОЖУТЬ ОТРИМАТИ ЦІ ПОСЛУГИ ЯК ПЛАТНІ.

- Консультація лікаря, в межах якої визначається підозра на можливе новоутворення

Такі консультації будуть оплачені за «амбулаторним» пакетом.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Направлення лікаря на таку послугу
- Належність пацієнта до цільової вікової категорії

Чому встановлені ці вікові рамки? Як ми говорили раніше, формування програми медичних гарантій спирається на пріоритизацію. Пріоритетні послуги на амбулаторному рівні націлені саме на раннє виявлення новоутворень. Згідно з рекомендаціями ВООЗ такі процедури мають проводитись для тих пацієнтів, які мають підвищений ризик розвитку новоутворень, а це здебільшого люди від 40 або 50 років. Для оплати цієї послуги НСЗУ, пацієнт повинен мати направлення на проходження такої процедури від лікаря ПМД або лікуючого лікаря.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- В амбулаторних умовах
- Наявність обладнання з можливістю відео або фотофіксації

ЗАУВАЖТЕ, ЩО УМОВОЮ ЗАКУПІВЛІ ПОСЛУГ З ЕНДОСКОПІЙ Є РОБОТА В ЗАКЛАДІ ПРИНАЙМНІ ОДНОГО ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА. ТАКИЙ ЛІКАР НЕ МАЄ ПРАЦЮВАТИ В ВІДДІЛЕННІ, ЯКЕ БУДЕ ЗАБЕЗПЕЧУВАТИ НАДАННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ПОСЛУГ. ЦЕ МОЖЕ БУТИ ЛІКАР ІНШОГО ВІДДІЛЕННЯ, ЯКИЙ ЧАСТИНУ РОБОЧОГО ЧАСУ БУДЕ ПРИСВЯЧУВАТИ НАДАННЮ ПРІОРИТЕТНИХ ПОСЛУГ.

Якщо умови для проведення таких втручань є в закладах у хірургічному або іншому стаціонарному відділенні, пацієнт може отримати послуги в цьому відділенні, але для оплати за цим пакетом пацієнт не має бути госпіталізований.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ. Пріоритетні послуги мають підвищені вимоги щодо обладнання.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - ставка за надану послугу.

Тобто кожна мамографія / ендоскопія будуть оплачені окремо. Максимальна кількість послуг визначається у Договорі. Послуги понад цю суму не будуть оплачені.

При поданні заяви заклад самостійно визначає, яку кількість послуг зможе надати протягом 2020 року відповідно до своїх потужностей та потреби пацієнтів в відповідних послугах. Прогнозна кількість послуг зазначається в Договорі.

ГЕМОДІАЛІЗ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Окремий пакет медичних послуг – лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах.

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Процедура гемодіалізу
- Послуги, які забезпечують комплексність медичної допомоги: лабораторні та інструментальні дослідження (в рамках виконання процедур), діагностику та лікування анемії, а також, за потреби пацієнта, надання невідкладної допомоги та направлення до інших фахівців в сфері охорони здоров'я
- медичні вироби, витратні матеріали та лікарські засоби.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Послуга з перитонеального діалізу (така допомога оплачується в рамках амбулаторного пакету, а ліки та витратні матеріали закупаються за рахунок інших програм державного бюджету)
- Амбулаторні та інструментальні дослідження, які не пов'язані безпосередньо із проведенням процедури
- Консультування лікаря-нефролога з метою призначення чи моніторингу лікування

Ці послуги будуть оплачені в рамках амбулаторного пакету послуг.

ЯКЩО ГЕМОДІАЛІЗ ВИКОНАНИЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ, ТО ОПЛАТА ЗА ТАКУ ПОСЛУГУ ВІДБУВАЄТЬСЯ ЗА ПАКЕТОМ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ. ТОБТО ПОСЛУГИ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ НАДАЮТЬСЯ ВИКЛЮЧНО В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКАРЯ-НЕФРОЛОГА ПАЦІЄНТАМ, ЯКИМ ВСТАНОВЛЕНО ДІАГНОЗ, З ПЕРЕЛІКОМ ЯКИХ ВИ МОЖЕТЕ ОЗНАЙОМИТИСЬ В УМОВАХ ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗВЕРТАЄМО УВАГУ, ЩО У ВИМОГАХ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПОСЛУГ ВКАЗАНО, ЩО ЛАБОРАТОРНІ АНАЛІЗИ МОЖУТЬ НАДАВАТИСЯ НА УМОВАХ ДОГОВОРУ ПІДРЯДУ. ЦЕ ОЗНАЧАЄ, ЩО ЯКЩО ЗАКЛАД В СВОЇЙ СТРУКТУРІ НЕ МАЄ ЛАБОРАТОРІЇ, ТО ЗАБІР МАТЕРІАЛУ НЕОБХІДНО ЗАБЕЗПЕЧИТИ В ЗАКЛАДІ, А ВЛАСНЕ ЛАБОРАТОРНІ АНАЛІЗИ МОЖЕ ПРОВОДИТИ ІНША ОРГАНІЗАЦІЯ. В ТАКОМУ ВИПАДКУ ЦЮ ОРГАНІЗАЦІЮ НЕОБХІДНО ПОКАЗАТИ В ЕЛЕКТРОННІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЗАЛУЧЕНУ ОСОБУ. ТАКІ ДІАГНОСТИЧНІ ПОСЛУГИ Є БЕЗОПЛАТНИМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ. ЗА ВІДПОВІДНІ ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЛАЧУЄ ЗАКЛАД, ЯКИЙ МАЄ ДОГОВІР З НСЗУ.

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка на 9 місяців, яка буде розрахована на основі ставки за надану послугу.

В межах визначення суми договору ставка за одну послугу множиться на планову кількість послуг, які будуть надані пацієнтам протягом 9 місяців роботи за програмою медичних гарантій. В перспективі ця послуга, так само як і пріоритетні амбулаторні послуги, буде оплачуватися через ставку на надану послугу.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі інформації про планову кількість процедур. Цю інформацію заклад подає в заяві на укладення договору. При цьому заклад має зважати на те, скільки реально послуг він зможе надати відповідно до наявних діалізних апаратів у закладі та пацієнтів, які отримують послуги. Якщо кількість фактично наданих послуг буде суттєво нижчою за планову, НСЗУ матиме переглянути контракт з закладом.

ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Наступні 6 пакетів медичних послуг стосуються виключно стаціонарного лікування.

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ БЕЗ
ПРОВЕДЕННЯ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ
У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДУ

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ
ПОЛОГАХ

МЕДИЧНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ У
СКЛАДНИХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКАХ

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ БЕЗ ПРОВЕДЕННЯ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Цей пакет ще називається «Терапевтичні госпіталізації». Він охоплює левову частку госпіталізацій, які відбуваються в Україні.

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Госпіталізації за досить широким переліком напрямів: профілактика, діагностика, лікування (в тому числі медикаментозне), медична реабілітація в гострому періоді
- Госпіталізації, пов'язані з патологією вагітності
- Огляд пацієнта, інструментальні та лабораторні дослідження, знеболення і медикаментозна терапія

Тобто пологові будинки, окрім пакету послуг за пріоритетним напрямом пологи, зможуть укласти Договір і на цей пакет послуг

ЗАУВАЖТЕ, ЩО В МЕЖАХ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ЗАКЛАД МАЄ ЗАБЕЗПЕЧИТИ МЕДИЧНІ ВИРОБИ, ВИТРАТНІ МАТЕРІАЛИ ТА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ З НАЦІОНАЛЬНОГО ПЕРЕЛІКУ ОСНОВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. ЛІКИ, ЯКІ ЗАКЛАД ОТРИМУЄ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРАЛІЗОВАНІ ЗАКУПІВЛІ, НЕ ВКЛЮЧЕНІ ДО ТАРИФУ. У 2020 РОЦІ ТАКІ ЛІКИ БУДУТЬ ПОСТАЧАТИСЯ В ЗАКЛАДИ ТАК САМО, ЯК І У 2019 РОЦІ.

Детальніше з [специфікацією послуг](#) ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

ПОСЛУГИ, ВИЗНАЧЕНІ В ПОСТАНОВІ КМУ №1138

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Наявність направлення від лікаря
- Перебування пацієнтів в ургентному стані

Тобто, якщо людина не перебуває в невідкладному стані і не має направлення від лікаря (ПМД або лікуючого лікаря), таку госпіталізацію можна здійснювати як платну послугу (якщо заклад має відповідні затвержені тарифи). Детальніше підстави для надання послуг за цим пакетом описані в умовах закупівлі.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ПОСЛУГИ З ЛІКУВАННЯ В ДЕННОМУ СТАЦІОНАРІ ВРАХОВУЮТЬСЯ В АМБУЛАТОРНОМУ ПАКЕТІ.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

В оголошенні до цього пакету вказано, що відповідність умовам закупівлі має «відстрочений» характер. Тобто заклад може укласти договір без повної відповідності вимогам і має визначений період часу для того, щоб привести фактичні умови надання послуг до відповідності з умовами закупівлі НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

Для **ОПЛАТИ** застосовується комбінація тарифів глобальної ставки (розрахованої на основі ставки за пролікований випадок) та ставки за пролікований випадок (або за ДСГ).

Оплата за ДСГ буде запроваджуватися поступово.

Раніше ви могли чути про те, що послуги будуть оплачені одразу через комбінацію 60% глобального бюджету і 40% за ДСГ. Але, як ви можете побачити в порядку реалізації програми медичних гарантій, впровадження ДСГ буде етапним. Це означає, що в квітні частка глобальної ставки буде складати 100%, тобто заклад на початку квітня отримає глобальну ставку за квітень як аванс. У травні частка глобальної ставки буде складати 90%, ці кошти заклад отримає на початку травня як аванс. Близько 10% оплати буде нараховано на основі ДСГ, тобто відповідно до пролікованих випадків. У червні, відповідно, 75% складатиме глобальний бюджет, а 25% - оплата за ДСГ. З липня і в наступні місяці глобальна ставка складатиме 60%, а оплата за ДСГ – 40%. Сума оплати за пролікований випадок формуватиметься виходячи з фактично пролікованих випадків за місяць, базової ставки, індексу структури випадків, що є середньозваженим значенням всіх коефіцієнтів ДСГ за пролікованими випадками за місяць, та інших коефіцієнтів, які діятимуть у відповідному місяці

СТАВКА за пролікований випадок, яку ви бачите в Постанові, є середньозваженою. До таких ставок застосовуються коригувальні коефіцієнти. При переході на фінансування за ДСГ дуже важливе правильне кодування в медичній документації. Якщо ви бажаєте детальніше розібратися з принципами кодування – Академія НСЗУ пропонує окремий курс.

Прогнозні бюджети будуть розраховані на основі даних Звітної Форми 20, які ви будете вказувати при подачі заяви. Тут важливо зазначити, що якщо ваш заклад було реорганізовано в результаті об'єднання, то в заяві ви маєте вказувати сумарні дані реорганізованих закладів. Якщо ваш заклад новий або якщо у вашому закладі за 2019-2020 роки відбулися інші суттєві зміни у структурі та кількості послуг – то інформацію щодо перерозподілу госпіталізацій в межах області має надати ДОЗ ОДА.

ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Хірургічні операції за досить широким переліком спеціальностей
- Огляд пацієнта
- Лабораторні та інструментальні дослідження
- Проведення операцій разом з анестезіологічним супроводом
- Знеболення і медикаментозна терапія
- Медикаментозна забезпечення, реабілітація в гострому періоді
- Хірургічна активність спеціалізованих онкологічних закладів

Детальніше з фінальним описом специфікації ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО В МЕЖАХ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ЗАКЛАД МАЄ ЗАБЕЗПЕЧИТИ МЕДИЧНІ ВИРОБИ, ВИТРАТНІ МАТЕРІАЛИ ТА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ З НАЦІОНАЛЬНОГО ПЕРЕЛІКУ ОСНОВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. ЛІКИ, ЯКІ ЗАКЛАД ОТРИМУЄ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРАЛІЗОВАНІ ЗАКУПІВЛІ, НЕ ВКЛЮЧЕНІ ДО ТАРИФУ. У 2020 РОЦІ ТАКІ ЛІКИ БУДУТЬ ПОСТАЧАТИСЯ В ЗАКЛАДИ ТАК САМО, ЯК І У 2019 РОЦІ.

Для цього пакету послуг застосовуються додаткові умови. Якщо заклад відповідає додатковим умовам, то до тарифу буде застосовано підвищуючий коригувальний коефіцієнт. Якщо заклад не відповідає додатковим умовам, то до тарифу підвищуючий коефіцієнт не буде застосований. При цьому відповідність / невідповідність додатковим умовам не впливає на можливість закладу укласти договори з НСЗУ.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Хірургічні операції, які проводилися пацієнтам в амбулаторних умовах будуть оплачені за рахунок «амбулаторного» пакету
- Госпіталізації до відділень хірургічного профілю, в межах яких пацієнту не було надано хірургічної допомоги, покриватимуться за рахунок терапевтичного пакету медичних послуг
- Госпіталізації, визначені в Постанові КМУ №1138

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Наявність направлення від лікаря
- Перебування пацієнтів в ургентному стані

Тобто, якщо людина не перебуває в невідкладному стані і не має направлення від лікаря (ПМД або лікуючого лікаря), таку госпіталізацію можна здійснювати як платну послугу (якщо заклад має відповідні затверджені тарифи).

Детальніше підстави для надання послуг за цим пакетом описані в умовах закупівлі.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ТІЛЬКИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Послуги з лікування в денному стаціонарі враховуються в амбулаторному пакеті.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

В оголошенні до цього пакету вказано, що відповідність умовам закупівлі має «відстрочений» характер. Тобто заклад може укласти договір без повної відповідності вимогам і має визначений період часу для того, щоб привести фактичні умови надання послуг до відповідності з умовами закупівлі НСЗУ. Але відстрочені вимоги не стосуються додаткових умов закупівлі.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ДЛЯ ОПЛАТИ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ КОМБІНАЦІЯ ТАРИФІВ ГЛОБАЛЬНОЇ СТАВКИ (РОЗРАХОВАНОЇ НА ОСНОВІ СТАВКИ ЗА ПРОЛІКОВАНІЙ ВИПАДОК) ТА СТАВКИ ЗА ПРОЛІКОВАНІЙ ВИПАДОК (АБО ЗА ДСГ).

Оплата за ДСГ буде запроваджуватися поступово. Раніше ви могли чути про те, що послуги будуть оплачені одразу через комбінацію 60% глобального бюджету і 40% за ДСГ. Але, як ви можете побачити в порядку реалізації програми медичних гарантій, впровадження ДСГ буде етапним. Це означає, що в квітні частка глобальної ставки буде складати 100%, тобто заклад на початку квітня отримає глобальну ставку за квітень як аванс. У травні частка глобальної ставки буде складати 90%, ці кошти заклад отримає на початку травня як аванс. 10% оплати буде обчислено на основі ДСГ, тобто відповідно до пролікованих випадків. У червні, відповідно, 75% складатиме глобальний бюджет, а 25% - оплата за ДСГ. З липня і в наступні місяці глобальна ставка складатиме 60%, а оплата за ДСГ – 40%. Сума оплати за пролікований випадок формуватиметься виходячи з фактично пролікованих випадків за місяць, базової ставки, індексу структури випадків, що є середньозваженим значенням всіх коефіцієнтів ДСГ за пролікованими випадками за місяць, та інших коефіцієнтів, які діятимуть у відповідному місяці.

До цього пакету послуг застосовуються додаткові умови закупівлі. Якщо заклад відповідає цим вимогам, то до всіх госпіталізацій, що будуть оплачені за глобальною ставкою та за ДСГ, застосовуються коефіцієнт 1.3. Якщо заклад не відповідає додатковим умовам, то цей коефіцієнт не застосовується.

СТАВКА за пролікований випадок, яку ви бачите в Постанові, є середньозваженою. До таких ставок застосовуються коригувальні коефіцієнти відповідно до того, до якої діагностично-спорідненої групи належать медичні послуги в межах госпіталізації. При переході на фінансування за ДСГ дуже важливе правильне кодування в медичній документації. Якщо ви бажаєте детальніше розібратися з принципами кодування – Академія НСЗУ пропонує окремий курс по клінічному кодуванню.

ПРОГНОЗНІ БЮДЖЕТИ БУДУТЬ РОЗРАХОВАНІ НА ОСНОВІ ДАНИХ ЗВІТНОЇ ФОРМИ 20, ЯКІ ВИ БУДЕТЕ ВКАЗУВАТИ ПРИ ПОДАЧІ ЗАЯВИ. ТУТ ВАЖЛИВО ЗАЗНАЧИТИ, ЩО ЯКЩО ВАШ ЗАКЛАД БУЛО РЕОРГАНІЗОВАНО В РЕЗУЛЬТАТІ ОБ'ЄДНАННЯ, ТО В ЗАЯВІ ВИ МАЄТЕ ВКАЗУВАТИ СУМАРНІ ДАНІ РЕОРГАНІЗОВАНИХ ЗАКЛАДІВ. ЯКЩО ВАШ ЗАКЛАД НОВИЙ АБО ЯКЩО У ВАШОМУ ЗАКЛАДІ ЗА 2019-2020 РОКИ ВІДБУЛИСЯ ІНШІ СУТТЄВІ ЗМІНИ У СТРУКТУРІ ТА КІЛЬКОСТІ ПОСЛУГ – ТО ІНФОРМАЦІЮ ЩОДО ПЕРЕРОЗПОДІЛУ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ В МЕЖАХ ОБЛАСТІ МАЄ НАДАТИ ДОЗ ОДА.

ПРІОРИТЕТНІ ПОСЛУГИ В СТАЦІОНАРІ

Чотири окремі пакети – це пріоритетні послуги в стаціонарі:

Ці послуги оплачуються повністю за пролікований випадок.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

МЕДИЧНА ДОПОМОГА В ПОЛОГАХ

МЕДИЧНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ У СКЛАДНИХ
НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКАХ

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Діагностика
 - Лікування та рання реабілітація людей з ішемічним і геморагічним мозковими інсультами
 - Проведення системної тромболітичної терапії (при ішемічному інсульті), включаючи забезпечення необхідних лікарських засобів
- Тобто тариф передбачає, що у випадку нестачі ліків, які закупаються централізовано за рахунок коштів державного бюджету, ліки можуть бути придбані закладом самостійно

ВАРТО ЗАЗНАЧИТИ, ЩО ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ІНСУЛЬТУ ЗАКЛАД МАТИМЕ РОБИТИ БІЛЬШЕ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙ, НІЖ БУДЕ ДІАГНОСТОВАНО ІНСУЛЬТІВ. ЯКЩО В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ БУДЕ ВИЗНАЧЕНО, ЩО ПАЦІЄНТ НЕ МАЄ ІНСУЛЬТУ І ЯКЩО ТАКИЙ ПАЦІЄНТ БУДЕ ГОСПІТАЛІЗОВАНИЙ, ТО ОПЛАТА ПОСЛУГ БУДЕ ВІДБУВАТИСЯ НЕ ЗА ПАКЕТОМ ЛІКУВАННЯ ІНСУЛЬТУ, А ЗА ПАКЕТОМ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Реабілітація в підгострому періоді, вона оплачується через інший пакет послуг (медична реабілітація пацієнтів з ураженням нервової системи)
- Оплата госпіталізацій, пов'язаних з інсультом, у закладах, які не відповідають умовам закупівлі за пакетом «лікування гострого мозкового інсульту». Якщо такий ЗОЗ законтракований на терапевтичні госпіталізації, то така госпіталізація буде оплачена через комбінацію глобальної ставки та ДСГ за пакетом «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій».

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Самозвернення у невідкладному стані
- Доставлення бригадою ЕМД
- Направлення з іншого клінічного підрозділу закладу або іншого закладу

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Послуги за цим пакетом надаються виключно в умовах стаціонару
- Обладнання для проведення нейровізуалізації має бути за місцем надання послуг

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ. Вони ґрунтуються на сучасних підходах до діагностики та лікування інсультів, які відповідають українським галузевим стандартам, а також міжнародним рекомендаціям.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

За цим пакетом не дозволяється заключати договір з іншим закладом для проведення нейровізуалізації, якщо обладнання знаходиться поза місцем надання послуг. Тобто пацієнта не можна вести в інше місце для проведення діагностики. При цьому, якщо в місці надання послуг є обладнання, яке заклад орендує, така ситуація прирівнюється до того, що заклад має обладнання. Ще одна важлива умова – заклад має мати можливість проводити нейровізуалізацію 24 години 7 днів на тиждень, а також відповідати умовам щодо лікарів, які будуть залучені до надання такої допомоги.

Лікарі, які надають допомогу при гострому мозковому інсульті повинні пройти відповідну підготовку, що також є обов'язковою умовою для контракування.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ПОСЛУГИ за цим пакетом будуть оплачені повністю за пролікований випадок, тобто глобальна ставка за цим пакетом не передбачена. Для оплати за пріоритетним тарифом заклад має мати договір з НСЗУ за цим пакетом, а також звітувати щодо госпіталізації в ЕСОЗ.

Прогнозні бюджети будуть розраховані на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я вкаже в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період. За цим пакетом заклад буде отримувати аванс на початку місяця. Фінальна **СУМА ОПЛАТИ** за місяць буде залежати від кількості фактично наданих послуг в межах визначеної в Договорі граничної суми Договору на відповідний місяць. Послуги понад цю суму будуть оплачені в наступному місяці.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДУ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Діагностика
- Повний спектр медичної допомоги для проведення екстрених катетеризацій коронарних артерій серця і відновлення кровотоку по інфаркт-залежній артерії
- Медикаментозне забезпечення
- Реабілітація в гострому періоді

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Реабілітація в підгострому періоді

ТАКА РЕАБІЛІТАЦІЯ МОЖЕ ЗДІЙСНЮВАТИСЯ В МЕЖАХ «АМБУЛАТОРНОГО» ПАКЕТУ. ДО ОПЛАТИ ЗА НАДАНІ ПОСЛУГИ НЕ ВХОДИТЬ ВАРТІСТЬ МЕДИКАМЕНТІВ, ЯКІ ЗАКУПОВУЮТЬСЯ МОЗ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРАЛІЗОВАНІ ЗАКУПІВЛІ, ЗОКРЕМА ВАРТІСТЬ СТЕНТІВ. У 2020 РОЦІ ЗАКЛАД ОТРИМУВАТИМЕ ЦІ МЕДИЧНІ ВИРОБИ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРАЛІЗОВАНЕ ПОСТАЧАННЯ.

- Оплата госпіталізацій, пов'язаних з гострим інфарктом міокарда, які будуть відбуватися в закладах, які не мають договору з НСЗУ за даним пакетом

Такі госпіталізації будуть оплачені в межах “терапевтичного” і “хірургічного” пакету в залежності від наданої допомоги. Тобто, щоб отримати фінансування за підвищеним тарифом, заклад має відповідати вимогам, а також мати відповідний пакет в Договорі з НСЗУ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Самозвернення у невідкладному стані
- Доставлення бригадою ЕМД
- Направлення з іншого клінічного підрозділу закладу або іншого закладу

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ВИКЛЮЧНО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ. Вони ґрунтуються на сучасних підходах до діагностики та лікування інфаркту, які відповідають українським галузевим стандартам, а також міжнародним рекомендаціям.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

Лікарі, які надають допомогу при гострому інфаркті міокарда повинні пройти відповідну підготовку, що також є обов'язковою умовою для контракування.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ПОСЛУГИ за цим пакетом будуть оплачені повністю за пролікований випадок, тобто глобальна ставка за цим пакетом не передбачена. Для оплати за пріоритетним тарифом заклад має мати договір з НСЗУ за цим пакетом, а також звітувати щодо госпіталізацій в ЕСОЗ.

Прогнозні бюджети будуть розраховані на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я вкаже в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період. За цим пакетом заклад буде отримувати аванс на початку місяця. **СУМА ОПЛАТИ** за місяць буде залежати від кількості фактично наданих послуг в межах визначеної в Договорі граничної суми Договору на відповідний місяць. Послуги понад цю суму будуть оплачені в наступному місяці.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Медична допомога при пологах, яка надається черговою акушерською бригадою
- Ведення нормальних пологів
- Ведення інструментальних пологів
- Ведення планового та ургентних кесарських розтинів
- Надання допомоги в разі ускладнень
- Нагляд за здоровою дитиною протягом тривалості перебування у стаціонарі
- Вакцинація згідно з календарем щеплень
- Заходи з первинної реанімації та стабілізації стану новонароджених

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Перебування пацієнта в стаціонарі у зв'язку з патологією вагітності

ТАКІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ОПЛАЧУЮТЬСЯ В МЕЖАХ “ТЕРАПЕВТИЧНОГО” ПАКЕТУ. ДО ОПЛАТИ ЗА НАДАНІ ПОСЛУГИ НЕ ВХОДИТЬ ВАРТІСТЬ МЕДИКАМЕНТІВ, ЯКІ ЗАКУПОВУЮТЬСЯ МОЗ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРАЛІЗОВАНІ ЗАКУПІВЛІ. У 2020 РОЦІ ЗАКЛАД ОТРИМУВАТИМЕ ЦІ МЕДИЧНІ ВИРОБИ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРАЛІЗОВАНЕ ПОСТАЧАННЯ.

- Акушерська допомога, яка буде надаватись в закладах, які не мають договору з нсзу за цим пріоритетним пакетом

ТАКІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ БУДУТЬ ОПЛАЧЕНІ В МЕЖАХ “ТЕРАПЕВТИЧНОГО” І “ХІРУРГІЧНОГО” ПАКЕТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАДАНОЇ ДОПОМОГИ. ТОБТО, ЩОБ ОТРИМАТИ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ПІДВИЩЕНИМ ТАРИФОМ, ЗАКЛАД МАЄ ВІДПОВІДАТИ ВИМОГАМ, ТАКОЖ МАТИ ВІДПОВІДНИЙ ПАКЕТ В ДОГОВОРІ З НСЗУ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Самозвернення
- Доставлення бригадою ЕМД
- Направлення лікуючого лікаря

ЗАУВАЖЕМО, ЩО НАЯВНІСТЬ АБО ВІДСУТНІСТЬ ДЕКЛАРАЦІЇ З ВИБОРУ ЛІКАРЯ ПМД НЕ МАЄ ЗНАЧЕННЯ ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ПОСЛУГИ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ НАДАЮТЬСЯ ВИКЛЮЧНО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ. Вони ґрунтуються на сучасних підходах до надання акушерської допомоги, які відповідають українським галузевим стандартам, а також міжнародним рекомендаціям.

Детальніше з умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ПОСЛУГИ за цим пакетом будуть оплачені повністю за пролікований випадок, тобто глобальна ставка за цим пакетом не передбачена. Для оплати за пріоритетним тарифом заклад має мати договір з НСЗУ за цим пакетом, а також звітувати щодо госпіталізацій в ЕСОЗ.

Прогнозні бюджети будуть розраховані на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я вкаже в заяві на укладення договору. Заклад має вказати кількість випадків з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період. За цим пакетом заклад буде отримувати аванс на початку місяця.

СУМА ОПЛАТИ за місяць буде залежати від кількості фактично наданих послуг в межах визначеної в Договорі граничної суми Договору на відповідний місяць. Послуги понад цю суму будуть оплачені в наступному місяці.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ У СКЛАДНИХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКАХ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Первинний огляд пацієнтів
- Проведення інтенсивної терапії
- Проведення респіраторної підтримки
- Парентеральне харчування
- Виходжування новонароджених
- Проведення досліджень та відповідних скринінгів
- Транспортування дитини виїзною неонатальною бригадою

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Заходи з первинної реанімації та стабілізації стану новонароджених
- Вакцинація здорової дитини та спостереження за нею

ЦЕ ОЗНАЧАЄ, ЩО ЯКЩО ДИТИНА НАРОДЖУЄТЬСЯ ПЕРЕДЧАСНО, З ПАТОЛОГІЄЮ АБО УСКЛАДНЕННЯМ, ТО СТАБІЛІЗАЦІЯ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНОГО ВХОДИТЬ ДО ПАКЕТУ ЗА ПОЛОГАМИ. У ВИПАДКУ НЕОБХІДНОСТІ ПЕРЕВЕДЕННЯ ДИТИНИ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ ТА ВИХОДЖУВАННЯ В ІНШИЙ ЗАКЛАД, ТО ЗАКЛАД, В ЯКИЙ ПЕРЕВОДИТЬСЯ ДИТИНА, ОТРИМАЄ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ТРАНСПОРТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ТАКОЇ ДИТИНИ ЗА ПІДВИЩЕНИМ ТАРИФОМ У РАЗІ ВІДПОВІДНОСТІ ВИМОГАМ.

- Вартість медикаментів та медичних виробів, які закупаються МОЗ через централізовані закупівлі

У 2020 році заклад отримуватиме ці ліки та медичні вироби через централізоване постачання.

ЩЕ ОДНИМ ВАЖЛИВИМ МОМЕНТОМ Є ОПЛАТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ, ПОВ'ЯЗАНИХ З СКЛАДНИМИ НЕОНАТАЛЬНИМИ ВИПАДКАМИ, ЯКІ БУДУТЬ ВІДБУВАТИСЯ В ЗАКЛАДАХ, ЯКІ НЕ МАЮТЬ ДОГОВОРУ З НСЗУ ЗА ЦИМ ПРІОРИТЕТНИМ ПАКЕТОМ. ТАКІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ БУДУТЬ ОПЛАЧЕНІ В МЕЖАХ “ТЕРАПЕВТИЧНОГО” ПАКЕТУ. ТОБТО, ЩОБ ОТРИМАТИ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ПІДВИЩЕНИМ ТАРИФОМ, ЗАКЛАД МАЄ ВІДПОВІДАТИ ВИМОГАМ, ТАКОЖ МАТИ ВІДПОВІДНИЙ ПАКЕТ В ДОГОВОРІ З НСЗУ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Доставлення виїзною неонатальною бригадою, бригадою ЕМД
- Направлення лікуючого лікаря

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ВИКЛЮЧНО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ. Вони ґрунтуються на сучасних підходах до діагностики, виходжування та лікування захворювань та станів у новонароджених, що відповідають українським галузевим стандартам, а також міжнародним рекомендаціям. Детальніше з фінальними умовами закупівлі ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ПОСЛУГИ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ БУДУТЬ ОПЛАЧЕНІ ПОВНІСТЮ ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК.

Для оплати за пріоритетним тарифом заклад має мати договір з НСЗУ за цим пакетом, а також відповідно заповнювати інформацію щодо госпіталізації. Пакет з надання неонатальної допомоги - єдиний з пріоритетних пакетів стаціонарної допомоги, який передбачає застосування коригувальних коефіцієнтів.

ОПЛАТА за надану допомогу буде залежати від маси тіла немовля: при наданні медичних послуг новонародженим з масою тіла до 1 500 г, до ставки за пролікований випадок буде застосовуватися коефіцієнт 3,320; при наданні медичних послуг новонародженим з масою тіла більше 1 500 г – 0,879.

Прогнозні бюджети будуть розраховані на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я вкаже у заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період. За цим пакетом заклад буде отримувати аванс на початку місяця.

СУМА ОПЛАТИ за місяць буде залежати від кількості фактично наданих послуг в межах визначеної в Договорі граничної суми Договору на відповідний місяць. Послуги понад цю суму будуть оплачені в наступному місяці.

ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ОКРЕМИМИ СТАНАМИ

Окрема підгрупа пакетів для **спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги** - пакети, які стосуються окремих станів / захворювань. Ці пакети стосуються галузей медицини, в яких історично існують вертикальні систем надання послуг.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

ДІАГНОСТИКА ТА РАДІОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ

ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ОСІБ ІЗ ВІРУСОМ
ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

ЛІКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ
РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ОПОЇДІВ ІЗ
ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ЗАМІСНОЇ
ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ (ЛІКУВАННЯ ОСІБ НА ЗПТ)

ДІАГНОСТИКА ТА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Консультування / діагностика людей з підозрою на новоутворення
- Медикаментозне лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія, таргетна терапія)
- Догляд
- Знеболення пацієнтів з підтвердженим діагнозом
- Медична реабілітація у гострому стані

Детальніше зі специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

Пакет послуг з діагностики та проведення хіміотерапевтичного лікування - це пакет, який мають розглянути заклади, які в своєму складі мають гематологічні відділення або хіміотерапевтичні відділення і надають відповідне лікування онкологічних захворювань.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО В МЕЖАХ ЦЬОГО ПАКЕТУ ЗАКЛАД МАЄ ЗАБЕЗПЕЧИТИ МЕДИЧНІ ВИРОБИ, ВИТРАТНІ МАТЕРІАЛИ ТА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ З НАЦІОНАЛЬНОГО ПЕРЕЛІКУ ОСНОВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.
ДЕТАЛЬНІШЕ З СПЕЦИФІКАЦІЄЮ ПОСЛУГ ВИ МОЖЕТЕ ОЗНАЙОМИТИСЯ НА САЙТІ НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Амбулаторний прийом лікарів-онкологів в районних / міських багатопрофільних закладах, які не надають весь спектр послуг, описаних в специфікаціях

Якщо в такому закладі, наприклад, веде амбулаторний прийом лікар-онколог, проте інші послуги не надаються, то амбулаторний прийом лікаря-онколога буде оплачено в межах «амбулаторного» пакету.

- Вартість медичних виробів та медикаментів, які закуповуються МОЗ через централізовані закупівлі

У 2020 році заклад отримуватиме ці медикаменти через централізоване постачання. Зокрема мова йде про хіміотерапевтичні препарати.

- Хірургічні операції, які пов'язані з новоутвореннями

Такі послуги будуть оплачені в межах "хірургічного" пакету.

ЩЕ ОДНИМ ВАЖЛИВИМ МОМЕНТОМ Є ОПЛАТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ, ЯКІ БУДУТЬ ВІДБУВАТИСЯ В БАГАТОПРОФІЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ, ЯКІ НЕ МАЮТЬ ВСЬОГО КОМПЛЕКСУ ПОСЛУГ, ОПИСАНОГО У СПЕЦИФІКАЦІЯХ ДЛЯ ЗАКЛЮЧЕННЯ ДОГОВОРУ З НСЗУ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ. ЗОКРЕМА ЦЕ МОЖЕ СТОСУВАТИСЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗІВ АБО ЛІКУВАННЯ ОКРЕМИХ УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ ВИНИКЛИ У ЗВ'ЯЗКУ З ОСНОВНИМ ЛІКУВАННЯМ. ТАКІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ БУДУТЬ ОПЛАЧЕНІ В МЕЖАХ “ТЕРАПЕВТИЧНОГО” ПАКЕТУ. В ПЕРЕЛІКУ ГРУП ДСГ ВИ МОЖЕТЕ ПОБАЧИТИ ВІДПОВІДНУ ГРУПУ, ДО ЯКОЇ БУДУТЬ ВІДНЕСЕНІ ТАКІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Направлення лікаря ПМД
- Направлення лікуючого лікаря

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- В амбулаторних умовах
- В умовах стаціонару

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів. Таке рішення не впливає на рівень оплати роботи закладу.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЗАКЛАД МОЖЕ ЗАБЕЗПЕЧИТИ ПАЦІЄНТАМ ЧЕРЕЗ ДОГОВОРИ СУБПІДРЯДУ З ІНШИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. В ТАКОМУ ВИПАДКУ ОПЛАТУ ЗА ПРОВЕДЕННЯ ТАКОЇ ДІАГНОСТИКИ ОПЛАЧУЄ ЗАКЛАД, ЯКИЙ МАЄ ДОГОВІР З НСЗУ, А НЕ ПАЦІЄНТ.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

Можливість отримати договір до моменту повної відповідності вимогам через зобов'язання закладу привести умови надання медичних послуг у термін, визначений в оголошенні.

Детальніше про це ви можете дізнатися в оголошенні, опублікованому на сайті НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, яка розраховується на основі капітаційної ставки.

Тобто ставка за одного пацієнта, який буде отримувати послуги з хіміотерапевтичного лікування.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО В ЦЬОМУ ПАКЕТІ ПОСЛУГ Є ВІДМІННІСТЬ У ПІДХОДІ ДО РОЗРАХУНКУ СУМИ ДОГОВОРУ І ТОМУ, ЩО ВХОДИТЬ ДО ПАКЕТУ ПОСЛУГ. У МЕЖАХ ГЛОБАЛЬНОГО БЮДЖЕТУ ПЕРЕДБАЧЕНО ОПЛАТУ ДІАГНОСТИКИ ВСІХ ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ ПІДОЗРУ НА НОВОУТВОРЕННЯ. ЦЕ ОЗНАЧАЄ, ЩО РОЗРАХУНКОВИЙ ТАРИФ НА 1 ОСОБУ, ЯКИЙ МАЄ НОВОУТВОРЕННЯ, ВКЛЮЧАЄ В СЕБЕ ДІАГНОСТИКУ ІНШИХ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ НЕ БУДЕ ПІДТВЕРДЖЕНО ДІАГНОЗ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі $1/9$ від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я зазначить в заяві на укладення Договору. Заклад має вказати кількість пацієнтів, які пройшли хіміотерапевтичне лікування, з урахуванням історичних даних щодо кількості пацієнтів, які отримали лікування у закладі за попередній період.

ДІАГНОСТИКА ТА РАДІОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Консультування / діагностика людей з підозрою на новоутворення
- Проведення променевої терапії (дистанційна, контактна)
- Лікування методами ядерної медицини та/або радіонуклідної терапії

ЗАУВАЖТЕ, ЩО В МЕЖАХ ЦЬОГО ПАКЕТУ ЗАКЛАД МАЄ ЗАБЕЗПЕЧИТИ МЕДИЧНІ ВИРОБИ, ВИТРАТНІ МАТЕРІАЛИ ТА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ З НАЦІОНАЛЬНОГО ПЕРЕЛІКУ ОСНОВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Амбулаторний прийом лікарів-онкологів в районних / міських багатoproфільних закладах, які не надають весь спектр послуг, описаних в специфікаціях

Якщо в такому закладі, наприклад, веде амбулаторний прийом лікар-онколог, проте інші послуги не надаються, то амбулаторний прийом лікаря-онколога буде оплачено в межах «амбулаторного» пакету.

- Хірургічні операції, які пов'язані з новоутвореннями. Такі послуги будуть оплачені в межах “хірургічного” пакету
- Вартість радіофармацевтичних препаратів для променевої терапії, а також онкорреагентів, які закуповуються МОЗ через централізовані закупівлі

У 2020 році заклад отримуватиме ці медикаменти через централізоване постачання.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Направлення лікаря ПМД
- Направлення лікуючого лікаря

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- В амбулаторних умовах
- В умовах стаціонару

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів. Таке рішення не впливає на рівень оплати роботи закладу.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЗАКЛАД МОЖЕ ЗАБЕЗПЕЧИТИ ПАЦІЄНТАМ ЧЕРЕЗ ДОГОВОРИ СУБПІДРЯДУ З ІНШИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. В ТАКОМУ ВИПАДКУ ОПЛАТУ ЗА ПРОВЕДЕННЯ ТАКОЇ ДІАГНОСТИКИ ОПЛАЧУЄ ЗАКЛАД, ЯКИЙ МАЄ ДОГОВІР З НСЗУ, А НЕ ПАЦІЄНТ.

ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ, ЛІКУВАННЯ МЕТОДАМИ ЯДЕРНОЇ МЕДИЦИНИ ТА РАДІОНУКЛІДНОЇ ТЕРАПІЇ МАЄ БУТИ ЗА МІСЦЕМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (В ОРЕНДІ АБО У ВЛАСТІ ЗАКЛАДУ, АБО ВІДПОВІДНО ДО ІНШОГО ПРАВА КОРИСТУВАННЯ).

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУВАННЯ

Можливість отримати договір до моменту повної відповідності вимогам через зобов'язання закладу привести умови надання медичних послуг у термін, визначений в оголошенні.

Детальніше про це ви можете дізнатися в оголошенні, опублікованому на сайті НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - капітаційна ставка.

Тобто ставка за одного пацієнта, який буде отримувати послуги з променевої терапії, лікування методами ядерної медицини, радіонуклідної терапії. Зауважте, що в цьому пакеті послуг є відмінність у підході до розрахунку суми договору і тому, що входить до пакету послуг. У межах глобального бюджету передбачено оплату діагностики всіх осіб, які мають підозру на новоутворення. Це означає, що розрахунковий тариф на 1 особу, яка має новоутворення, включає в себе діагностику інших пацієнтів, яким не буде підтверджено діагноз злоякісних новоутворень.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі інформації, яку заклад охорони здоров'я зазначить в заяві на укладення Договору. Заклад має вказати кількість пацієнтів, які пройшли радіологічне лікування, з урахуванням історичних даних щодо кількості пацієнтів, які отримали лікування у закладі за попередній період.

ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Надання психіатричної допомоги, що включає проведення досліджень, психодіагностичних тестів, застосування фармакотерапії, психотерапії, методів психологічного впливу та реабілітації, а також інші послуги відповідно до специфікацій

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ БУДЕ ОПЛАЧЕНО СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ. ЯКЩО ЗАКЛАД НАДАЄ АМБУЛАТОРНУ ДОПОМОГУ, ТАКИЙ ЗАКЛАД МАЄ ПОДАТИ ЗАЯВИ НА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ І ЗА «АМБУЛАТОРНИМ» ПАКЕТОМ.

ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У ЗВ'ЯЗКУ З ЗАГРОЗЛИВИМИ ДЛЯ ЖИТТЯ (НЕВІДКЛАДНИМИ) СТАНАМИ МОЖУТЬ ЗДІЙСНЮВАТИСЯ ЯК В БАГАТОПРОФІЛЬНІ ЗАКЛАДИ (ТОДІ ТАКІ ПОСЛУГИ БУДУТЬ ОПЛАЧЕНІ В МЕЖАХ “ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПАКЕТУ”), ТАК І СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ЗАКЛАДИ У РАЗІ НАЯВНОСТІ В НИХ ПАЛАТ / ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ.

- Лікування залежностей

Адже пацієнти внаслідок зловживання психоактивними речовинами страждають на розлади поведінки і психіки. Тому лікування залежностей нерозривно пов'язане із охороною психічного здоров'я і входить до пакету послуг «Психіатрична допомога», якщо пацієнт потребує стаціонарної допомоги із продовженням лікування амбулаторно, або «Амбулаторна допомога», якщо пацієнту достатньо лише амбулаторної допомоги. У випадку виникнення невідкладних станів, пацієнти із залежностями отримують допомогу у відділеннях або палатах інтенсивної терапії.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Амбулаторний прийом лікарів-психіатрів в районних / міських багатопрофільних закладах, які не надають весь спектр послуг, описаних в специфікаціях

Якщо в такому закладі, наприклад, веде амбулаторний прийом лікар-психіатр, то такі послуги будуть оплачені в межах амбулаторного пакету.

- Примусові заходи медичного характеру та проведення судово-психіатричних експертиз

Такі послуги оплачуються за рахунок перехідної субвенції МОЗ. До того ж до цього пакету не включені послуги, які визначені Кабінетом Міністрів України як платні Постановою №1138.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Направлення лікаря ПМД

- Направлення лікуючого лікаря
- Самозвернення
- Доставлення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги
- Направлення з іншого закладу та/або клінічного підрозділу закладу в разі перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні
- За рішенням суду, у випадку, якщо пацієнт не дає згоди на госпіталізацію відповідно до закону України «про психіатричну допомогу»

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ТА / АБО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, яка буде розрахована на основі ставки за пролікований випадок в стаціонарі.

Якщо заклад відповідає додатковим умовам щодо готовності надавати послуги в умовах інтенсивної терапії, то до тарифу буде застосовано підвищуючий коригувальний коефіцієнт (1,102). Якщо заклад не відповідає додатковим умовам, то тарифу буде застосовано понижуючий коефіцієнт (0,982). При цьому відповідність / невідповідність додатковим умовам не впливає на можливість закладу укласти договори з НСЗУ.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ЯКЩО ДО ТАРИФУ В ДОГОВОРІ ЗАКЛАДУ БУЛО ЗАСТОСОВАНО ПІДВИЩУЮЧИЙ КОЕФІЦІЄНТ, ТО ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТА В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ВХОДЯТЬ ДО ГЛОБАЛЬНОЇ СТАВКИ.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі інформації щодо кількості госпіталізованих хворих відповідно до Звітної форми 20.

ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Консультування / діагностика людей з підозрою на туберкульоз
- Призначення лікування
- Формування плану лікування та спостереження за пацієнтом
- Моніторинг лікування
- Діагностика та лікування супутніх захворювань з моніторингом дотримання призначеного лікування

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЯКЩО ЗАКЛАД ВІДПОВІДАЄ ДОДАТКОВИМ УМОВАМ, ТО МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ МАЮТЬ ВКЛЮЧАТИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В ПАЛАТІ/ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ.

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Амбулаторний прийом лікарів-фтизіатрів в районних / міських багатопрофільних закладах, які не надають весь спектр послуг, описаних в специфікаціях

Якщо в такому закладі, наприклад, веде амбулаторний прийом лікар-фтизіатр або лікар-пульмонолог, то такі послуги будуть оплачені в межах “амбулаторного” пакету.

- Вартість медичних виробів та медикаментів, які закупаються МОЗ через централізовані закупівлі

У 2020 році заклад отримуватиме ці медикаменти через централізоване постачання.

Підставами надання послуг є направлення лікаря ПМД, направлення лікуючого лікаря або самозвернення.

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ ТА / АБО В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів. Таке рішення не впливає на рівень оплати роботи закладу.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - капітаційна ставка.

Тобто ставка за одного пацієнта, який буде отримувати послуги з діагностики та лікування туберкульозу.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ГЛОБАЛЬНА СТАВКА БУДЕ РОЗРАХОВАНА НА ОСНОВІ КАПІТАЦІЙНОЇ СТАВКИ ВІДПОВІДНО ДО КІЛЬКОСТІ ОСІБ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ЛІКУВАННЯ У 2019 РОЦІ, ТА З УРАХУВАННЯМ КОРИГУВАЛЬНИХ КОЕФІЦІЄНТІВ, ЯКІ ВСТАНОВЛЮЮТЬСЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ТОГО ВІДПОВІДАЄ ЗАКЛАД ДОДАТКОВИМ УМОВАМ ЧИ НІ. ПРИ ЦЬОМУ ЦЕЙ БЮДЖЕТ БУДЕ ВКЛЮЧАТИ ДІАГНОСТИЧНІ ПОСЛУГ, ЯКІ ЗАВЕРШИЛИСЬ НЕПІДТВЕРДЖЕНИМИ ВИПАДКАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.

В цьому пакеті також є невідповідність між тим як розраховується бюджет і який обсяг послуг передбачено. У межах глобального бюджету передбачено оплату діагностики всіх осіб, які мають підозру на туберкульоз. Це означає, що розрахунковий тариф на 1 особу, який має туберкульоз, включає в себе діагностику інших пацієнтів, яким не буде підтверджено діагноз туберкульоз. Якщо заклад відповідає додатковим умовам щодо готовності проводити хірургічні втручання, то до тарифу буде застосовано підвищуючий коригувальний коефіцієнт (1,056). Якщо заклад не відповідає додатковим умовам, то до тарифу буде застосовано понижуючий коефіцієнт (0,956). При цьому відповідність / невідповідність додатковим умовам не впливає на можливість закладу укласти договори з НСЗУ.

ЗАУВАЖТЕ, ЩО ЯКЩО ДО ТАРИФУ В ДОГОВОРІ ЗАКЛАДУ БУЛО ЗАСТОСОВАНО ПІДВИЩУЮЧИЙ КОЕФІЦІЄНТ, ТО ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ВХОДЯТЬ ДО ТАРИФУ ЗА ОДНОГО ПАЦІЄНТА.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі інформації щодо фактично пролікованих у 2019 році осіб, яку заклад охорони здоров'я вкаже у заяві на укладення договору.

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ОСІБ ІЗ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Тестування осіб з підозрою на ВІЛ
- Призначення антиретровірусної терапії (АРТ)
- Профілактика опортуністичних інфекцій
- Здійснення клінічного моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції та ефективності АРТ
- Супровід дітей, народжених від ВІЛ позитивних матерів (від народження і до віку 18 місяців)
- Організаційно-методична та консультативна робота з питань ВІЛ-інфекції

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Консультативна робота багатопрофільних поліклінік, які надають послуги діагностики
- Консультування та медичного нагляду за особами з ВІЛ, але не здійснюють видачу антиретровірусної терапії
- Консультаційна робота таких закладів оплачується в межах амбулаторного пакету
- Стаціонарна допомога
- Госпіталізації у зв'язку з віл та синдром будуть оплачені в межах терапевтичного пакету
- Вартість діагностичних засобів та ліків, які закуповуються МОЗ через централізовані закупівлі. Заклад отримуватиме ці засоби і медикаменти через централізоване постачання і надалі.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- Направлення лікаря ПМД
- Направлення лікуючого лікаря
- Самозвернення

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі прогнозованої інформації про кількість пацієнтів на АРТ та кількість дітей до 18 місяців, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями, які перебуватимуть під медичним наглядом в кожному закладі. Оскільки надання послуг за цим пакетом тісно пов'язано з розподілом препаратів для АРТ, то даними для визначення кількості пацієнтів в кожному закладі будуть дані Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації (міської державної адміністрації міст Києва чи Севастополя). При подачі заяви на укладення договору з НСЗУ за цим пакетом медичних послуг, заклад матиме в якості додатку долучити до заяви інформацію від МОЗ АРК або департаменту охорони здоров'я з інформацією щодо планової кількості пацієнтів протягом квітня-грудня 2020 року.

ЛІКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ОПІОЇДІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ (ЛІКУВАННЯ ОСІБ НА ЗПТ)

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Видача препаратів ЗПТ
- Складання плану спостереження та лікування
- Моніторинг лікування
- Скринінги та консультування пацієнтів

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Діагностика розладів психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів

Така діагностика здійснюється в межах інших пакетів медичних послуг (наприклад, амбулаторного лікування, або надання психіатричної допомоги).

- Вартість діагностичних засобів та ліків, які закуповуються МОЗ через централізовані закупівлі

Заклад отримуватиме ці засоби і медикаменти через централізоване постачання і надалі.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

ПРОТЕ, ЯКЩО ПАЦІЄНТ ПЕРЕБУВАЄ В СТАЦІОНАРІ З ІНШИХ ПРИЧИН, ТАКИЙ ПАЦІЄНТ МОЖЕ ПРОДОВЖУВАТИ ОТРИМУВАТИ ПРЕПАРАТИ ЗПТ В МЕЖАХ ЦЬОГО ПАКЕТУ. ТОБТО, ЗАКЛАД, ЯКИЙ МАЄ ДОГОВІР З НСЗУ, МОЖЕ ЗАБЕЗПЕЧУВАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ПЕРЕБУВАЄ НА ЛІКУВАННІ В ІНШОМУ ЗАКЛАДІ.

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі прогнозної інформації про кількість пацієнтів на ЗПТ. Оскільки надання послуг за цим пакетом тісно пов'язано з розподілом препаратів ЗПТ, то даними для визначення кількості пацієнтів в кожному закладі будуть дані Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації (міської державної адміністрації міст Києва чи Севастополя). При подачі заяви на укладення договору з НСЗУ за цим пакетом медичних послуг, заклад матиме в якості додатку долучити до заяви інформацію від МОЗ АРК або департаменту охорони здоров'я з інформацією щодо планової кількості пацієнтів протягом квітня-грудня 2020 року.

ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В якості окремих пакетів медичних послуг до програми медичних гарантій на 2020 рік включені три напрями реабілітації:

Інші види реабілітації, які надаються закладами охорони здоров'я, включені до інших пакетів медичних послуг (наприклад, амбулаторний пакет)

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕМОВЛЯТ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ
ПЕРЕДЧАСНО ТА/АБО ХВОРИМИ, УПРОДОВЖ ПЕРШИХ
ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ВІД
ТРЬОХ РОКІВ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО
АПАРАТУ

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ВІД
ТРЬОХ РОКІВ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕМОВЛЯТ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ПЕРЕДЧАСНО ТА/АБО ХВОРИМИ, УПРОДОВЖ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Первинний огляд та консультація
- Постановка реабілітаційного діагнозу та визначення прогнозу
- Складання індивідуальної програми реабілітації
- Надання послуг з медичної реабілітації
- Проведення відповідних скринінгів

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ПМД АБО ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ АБО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів. Таке рішення не впливає на рівень оплати роботи закладу

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ. Звертаємо увагу на необхідність забезпечення роботи мультидисциплінарної команди для надання послуг за цим пакетом.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі запланованої кількості дітей, які пройдуть медичну реабілітацію у закладі протягом квітня-грудня 2020 року. Заклад має вказати кількість пацієнтів в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ВІД ТРЬОХ РОКІВ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Первинний огляд та консультація
- Постановка реабілітаційного діагнозу та визначення прогнозу
- Складання індивідуальної програми реабілітації
- Надання послуг з медичної реабілітації за напрямом опорно-рухової реабілітації

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Реабілітація пацієнтів в гострому періоді, яким проводились хірургічні втручання

Така реабілітація включена до хірургічного пакету послуг.

- Оздоровчий масаж
- Гімнастика
- Бальнеологічні процедури з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення (відповідно до постанови КМУ №1138)

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ПМД АБО ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ АБО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів. Таке рішення не впливає на рівень оплати роботи закладу

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗВЕРТАЄМО УВАГУ НЕ НЕОБХІДНІСТЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі запланованої кількості осіб з ураженнями опорно-рухового апарату, які пройдуть медичну реабілітацію у закладі протягом квітня-грудня 2020 року. Заклад має вказати кількість пацієнтів в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ВІД ТРЬОХ РОКІВ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Первинний огляд та консультація
- Постановка реабілітаційного діагнозу та визначення прогнозу
- Складання індивідуальної програми реабілітації
- Надання послуг з медичної реабілітації за напрямом нейрореабілітації

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Реабілітація пацієнтів з гострим мозковим інсультом в гострому періоді

Така реабілітація включена до послуг з лікування пацієнтів з гострим мозковим інсультом.

- Реабілітація пацієнтів в гострому періоді, яким проводились хірургічні втручання

Така реабілітація включена до хірургічного пакету послуг.

- Оздоровчий масаж
- Гімнастика
- Бальнеологічні процедури з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення (відповідно до постанови КМУ №1138)

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ПМД АБО ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ АБО В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Рішення щодо госпіталізації або проведення амбулаторного лікування приймає лікуючий лікар відповідно до потреб пацієнтів. Таке рішення не впливає на рівень оплати роботи закладу

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗВЕРТАЄМО УВАГУ НЕ НЕОБХІДНІСТЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ ЗА ЦИМ ПАКЕТОМ.

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі запланованої кількості осіб з ураженням нервової системи, які пройдуть медичну реабілітацію у закладі протягом квітня-грудня 2020 року. Заклад має вказати кількість пацієнтів в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період.

ПАКЕТИ ПОСЛУГ ДЛЯ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В якості окремих пакетів медичних послуг до програми медичних гарантій на 2020 рік включені:

СТАЦІОНАРНА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ

МОБІЛЬНА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ

СТАЦІОНАРНА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Надання цілодобової паліативної медичної допомоги і лікарського догляду
- Оцінка, запобігання та лікування хронічного больового синдрому (в тому числі надання пацієнту медичних препаратів)
- Надання психологічної допомоги
- Надання нутритивної підтримки (в тому числі, ентеральне та перентеральне харчування)
- Надання респіраторної підтримки
- Забезпечення пацієнтів асистивними технологіями для мобільності (на період перебування в закладі)

Детальніше з специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

- Паліативна допомога вдома
- Амбулаторні консультації з питань паліативної допомоги

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ПМД АБО ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗВЕРТАЄМО УВАГУ, ЩО НАЗВА ВІДДІЛЕННЯ, ЯКЕ НАДАВАТИМЕ ВІДПОВІДНІ ПОСЛУГИ, НЕ МАЄ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ЗА ДАНИМ ПАКЕТОМ ПОСЛУГ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі запланованої кількості осіб, які отримають стаціонарну паліативну допомогу у закладі протягом квітня-грудня 2020 року. Заклад має вказати кількість пацієнтів в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період.

МОБІЛЬНА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ

ДО ПАКЕТУ ВХОДИТЬ

- Надання цілодобової паліативної допомоги пацієнту
- Оцінка, запобігання та лікування хронічного больового синдрому (призначення наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів та/або надання препаратів та знеболення ненаркотичними знеболювальними препаратами)
- Надання психологічної допомоги
- Надання консультація з питань нутритивної підтримки (служба має мати помпу для ентрального харчування та витратні матеріали для неї і надавати їх в користування пацієнтам на необхідний пацієнтам період)
- Надання респіраторної підтримки (служба має мати дихальний мішок типу амбу з кисневою трубкою та кисневі концентратори і надавати їх в користування пацієнтам на необхідний пацієнтам період)
- Забезпечення пацієнтів асистивними технологіями для мобільності (на період надання пацієнту паліативної допомоги)

Детальніше зі специфікацією послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ДО ПАКЕТУ НЕ ВХОДИТЬ

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

ПІДСТАВИ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

НАПРАВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ПМД АБО ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ

УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ЗА МІСЦЕМ ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТА ТА З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАСОБІВ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЇ

З умовами закупівлі за цим пакетом послуг ви можете ознайомитися на сайті НСЗУ.

ЗВЕРТАЄМО УВАГУ, МОБІЛЬНА ПАЛІАТИВНА БРИГАДА МОЖЕ БУТИ ЧАСТИНОЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, АБО ОКРЕМОЮ ЮРИДИЧНОЮ ОСОБОЮ.

ЯК БУДУТЬ ОПЛАЧУВАТИСЯ

ТИП ТАРИФУ, який використовується для оплати послуг за цим пакетом - глобальна ставка, що буде розрахована на основі капітаційної ставки.

ГЛОБАЛЬНА СТАВКА буде розрахована на 9 місяців. При цьому оплати будуть здійснюватися щомісяця у розмірі 1/9 від загального бюджету за глобальною ставкою.

СУМА ДОГОВОРУ буде розрахована на основі запланованої кількості осіб, які отримають мобільну паліативну допомогу у закладі протягом квітня-грудня 2020 року. Заклад має вказати кількість пацієнтів в заяві на укладення договору, з урахуванням історичних даних щодо кількості наданих послуг за попередній період.