



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

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

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

від _____ 20__ р. № _____

На № _____ від _____ 20__ р.

Закладам охорони здоров'я (за
списком)

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) висловлює свою повагу та надає роз'яснення щодо правил обліку та кодування надання медичних послуг за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах».

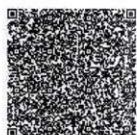
Повідомляємо, що відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 р. № 1503 (далі - Порядок) тариф на медичні послуги з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць, яка розраховується як сума добутків кількості послуг відповідної групи амбулаторних медичних послуг та класу (класів) медичних послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 155 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти.

І. Щодо обліку надання медичних послуг за сервісом «Консультування та лікування»

Відповідно до Порядку та вимог за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» визначено 40 класів сервісу «Консультування та лікування». Зазначаємо, що відповідно до Порядку оплата буде проводитися за комплексну послугу, а не за окремі інтервенції. **В один день НСЗУ оплачує одну послугу одному пацієнту в межах одного класу**, тобто якщо пацієнту надали послуги декілька лікарів-спеціалістів, які відносяться до різних класів, то ці послуги будуть оплачені. Звертаємо увагу на дотримання правил обліку при наданні послуг в межах сервісу «Консультування та лікування»:

1. Лікар-спеціаліст, зареєстрований в ЕСОЗ обліковує свої дії в межах своїх професійних компетенцій, зокрема:

- а. код посади в ЕСОЗ повинен відповідати визначеним інтервенціям (наприклад, лікар-спеціаліст з кодом в ЕСОЗ Р98 Лікар-офтальмолог обліковує тільки інтервенцію F67002 «Консультація Офтальмолога» з інтервенцій рубрики «консультування» і не обліковує інтервенції, що стосуються консультування іншими спеціалістами. Щодо обліку дій клінічними психологами, то будуть надані додаткові роз'яснення;
- б. основний діагноз, зазначений в ЕСОЗ, повинен відноситися до основної діагностичної категорії (далі ОДК), яка відповідає професійним компетенціям лікаря-спеціаліста, про що вказано в додатку 1 і розміщено



СЕД АСКОД - Національна служба здоров'я України
Документ № 4882/6-15-25 від 03.02.2025
Сертифікат: 3FAA9288358EC003040000007866330044EAD800
Підписувач: Гусак Наталія Борисівна
Дійсний з: 13.09.2024 00:00:00 по 12.09.2026 23:59:59

на сайті НСЗУ за посиланням https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-1_1738206594.pdf.

Амбулаторні ОДК ідентичні ОДК, які використовуються для визначення ДСГ під час стаціонарного лікування (пакети «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» та «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»).

2. Плани лікування створюються лікарями у таких випадках:
 - а. при взятті пацієнта з хронічним діагнозом на облік, при цьому звертаємо увагу на коректність кодування основного діагнозу, оскільки це може спричинити скасування попереднього плану лікування, створеного іншим лікарем;
 - б. при гострих станах – у випадку призначення пацієнту наступного візиту, обстежень та лікування;
 - с. **при станах, що потребують планової медичної допомоги.**
Зазначаємо, що при наданні медичних послуг упродовж однієї доби (відкритий та закритий епізод в один день) план лікування не створюється.
3. При обліку послуг в межах деяких класів потрібно:
 - а. зазначати додаткові коди інтервенцій, наприклад Консультація лікаря-анестезіолога або лікаря-анестезіолога дитячого обліковується такими інтервенціями: А67001 Консультація Іншого спеціаліста та 92500-00 або 92500-01, або 92500-02.
 - б. звертати увагу на вік пацієнта, оскільки послуги можуть надаватися визначеній віковій категорії пацієнтів.

4. Лікарі-спеціалісти не повинні дублювати функції лікарів, які надають первинну медичну допомогу, відповідно до кваліфікаційних характеристик професій, визначених наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 зі змінами.

Зазначаємо, що правила обліку послуг за класом «Мультидисциплінарні консилиуми», буде надано дещо пізніше, після налаштування функціональних можливостей в ЕСОЗ.

II. Щодо обліку надання медичних послуг за сервісом «Інструментальна діагностика»

Відповідно до Порядку в межах сервісу «Інструментальна діагностика» визначено 5 класів, серед яких клас «Магнітно-резонансна томографія», клас «Комп'ютерна томографія», клас «Рентгенологічні дослідження», клас «Ультразвукове дослідження» та клас «Клінічні інструментальні дослідження». НСЗУ оплачує одне обстеження одному пацієнту в один день в межах одного класу за сервісом «Інструментальні діагностика», тобто якщо пацієнту проведено, рентгенологічне обстеження, УЗД, КТ або МРТ і ще виконано одне клінічне інструментальне обстеження (наприклад ЕКГ або холтеровське дослідження, або аудіометрію), то ці послуги будуть оплачені. **Для дітей кількість обстежень в межах цього сервісу не обмежується.** Перелік інструментальних обстежень в межах кожного класу представлено в додатку 2 і розміщено на сайті НСЗУ за посиланням https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-2_1738206598.pdf. Звертаємо увагу на такі важливі моменти обліку наданих послуг в межах даного сервісу:

- діагностичні інтервенції, які проводяться пацієнту, повинен обліковувати лікар або інший фахівець, який виконав інструментальне обстеження пацієнту, і який має право його проводити відповідно до кваліфікаційних

характеристик професій, визначених наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 зі змінами;

- діагностичне обстеження обліковується шляхом створення ЕМЗ «Діагностичний звіт»;
- діагностичне обстеження може обліковуватися як у межах епізоду типів «Лікування», так і в межах епізоду типу «Діагностика». В межах епізоду типу «Профілактика» обліковуються діагностичні обстеження, визначені Порядком. Так, у взаємодії, куди вкладається діагностичний звіт про проведення обстеження, основним діагнозом повинен бути зазначений діагноз з переліку пункту VI даного листа.

III. Щодо обліку надання медичних послуг за сервісом «Лабораторна діагностика»

Відповідно до Порядку в межах сервісу «Лабораторна діагностика» визначено 8 класів, зокрема Клас «Гематологія», клас «Біохімія», клас «Мікробіологія», клас «Імунологія», клас «Тканинна патологія», клас «Цитологія», клас «Генетика» та клас «Інші дослідження». Кожен клас у свою чергу розподілений на три підгрупи: загальні дослідження (основні лабораторні дослідження), специфічні лабораторні дослідження, високоспецифічні (інші лабораторні дослідження). Розподіл лабораторних досліджень на класи та підгрупи представлено в додатку 3 і розміщено на сайті НСЗУ за посиланням https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-3_1738206601.pdf. Лабораторні дослідження одному пацієнту в один день у межах сервісу «Лабораторна діагностика» можуть проводитися без обмежень. Звертаємо увагу на такі важливі моменти обліку наданих послуг в межах даного сервісу:

- лабораторні дослідження, які проводяться пацієнту, повинен обліковувати лікар або інший фахівець, який виконав лабораторне дослідження, і який має право його проводити відповідно до кваліфікаційних характеристик професій, визначених наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 зі змінами (додаток і розміщено на сайті НСЗУ за посиланням https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-4_1738206604.pdf);
- лабораторне дослідження обліковується шляхом створення ЕМЗ «Діагностичний звіт»;
- лабораторне дослідження може обліковуватися як к межах епізоду типів «Лікування», так і в межах епізоду типу «Діагностика». В межах епізоду типу «Профілактика» обліковуються лабораторні дослідження, які проведені пацієнтам у випадках визначених Порядком. Так, у взаємодії, куди вкладається діагностичний звіт про проведення лабораторного дослідження, основним діагнозом повинен бути зазначений діагноз з переліку пункту VI даного листа;
- загальні правила щодо визначення лабораторних досліджень, які потрапляють у звіт на оплату, наведено у додатку 5 і розміщено на сайті НСЗУ за посиланням https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-5_1738206578.pdf.

Наголошуємо, що розподіл лабораторних обстежень за групами (основні, специфічні, високоспецифічні) буде надано пізніше, після запровадження кодів спостереження в ЕСОЗ.

IV. Щодо обліку надання медичних послуг за сервісом «Процедури»

Відповідно до Порядку в межах сервісу «Процедури» визначено 10 класів, зокрема клас «Ендоскопія гастроінтестинальна», клас «Ендоскопія урологічна/гінекологічна», клас «Ендоскопія ортопедична», клас «Ендоскопія органів дихання та ЛОР-органів», клас «Гіпербарична терапія», клас «Інтервенційна візуалізація», клас «Амбулаторна хірургія», клас «Медичні процедури», клас «Менеджмент болю» та клас «Анестезіологічне забезпечення». **НСЗУ оплачує одну послугу одному пацієнту в один день в межах одного класу.** Це означає, що в один день одному пацієнту, наприклад, може бути виконано бронхоскопію під анестезією, перев'язку рани та внутрішньовенну ін'єкцію, то НСЗУ оплатить ці всі послуги надавачу. Перелік інтервенцій представлено у додатку 6 та розміщено на сайті НСЗУ за посиланням <https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-6.pdf>. Звертаємо увагу на такі важливі моменти обліку наданих послуг в межах даного сервісу:

- процедури, які проводяться пацієнту, повинен обліковувати лікар або інший фахівець, який виконав дану процедуру пацієнту, і який має право її проводити відповідно до кваліфікаційних характеристик професій, визначених наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 зі змінами;
- інтервенції в межах даного сервісу обліковуються як шляхом створення ЕМЗ «Діагностичний звіт», так і «Процедури»;
- послуги в межах цього сервісу можуть обліковуватися в межах епізоду типу «Лікування» та «Діагностика».

V. Щодо обліку надання медичних послуг при ургентних станах під час перебування пацієнта/пацієнтки в приймальному відділенні або відділенні екстреної та невідкладної допомоги, або травмпункті

Відповідно до Порядку медичні послуги з надання цілодобової спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам при ургентних (невідкладних) станах відповідно до групи захворювань під час перебування їх в приймальному відділенні або відділенні екстреної та невідкладної допомоги чи травмпункті **в кластерних або надкластерних** закладах охорони здоров'я у разі переведення в інший заклад або надання допомоги без подальшої госпіталізації **оплачуються з відповідними коефіцієнтами** зазначеними у Порядку.

Зазначаємо, що для обліку надання медичних послуг при ургентних станах створюється епізод з назвою, яка залежить від структури закладу охорони здоров'я. Так:

1. Медичний персонал цілодобового травматологічного пункту структурно відокремленого від приймального відділення або відділення екстреної та невідкладної допомоги (наявні різні журнали обліку) лікарні створює епізод з назвою «Травмпункт», а медичний персонал приймальних відділень – епізод з назвою «Приймальне відділення».
2. Медичний персонал єдиного структурного підрозділу, що включає і цілодобовий травматологічний пункт і приймальне відділення або відділення екстреної та невідкладної допомоги (ведеться один журнал обліку) створює епізод з назвою: «Приймальне відділення/травмпункт».
3. Медичний персонал ЗОЗ, де є приймальне відділення або відділення екстреної та невідкладної допомоги, але відсутній цілодобовий травматологічний пункт створює епізод з назвою «Приймальне відділення».

Важливо. Назву потрібно вказувати в епізодах, в яких медичний персонал обліковує свої дії у разі надання пацієнту медичної допомоги у місці(ях) надання послуг (МНП), що відповідає додатковим умовам закупівлі на ці послуги.

Наголошуємо на основних моментах обліку надання допомоги в приймальних відділеннях або відділеннях екстреної та невідкладної допомоги або травматологічних пунктах:

- Назва епізоду «Травмпункт» зазначається медичним персоналом структурних підрозділів, які включені в клінічні маршрути надання ортопедо-травматологічної допомоги, які затверджені ДОЗ.
- Епізод відкривається лікарем, який перший оглянув пацієнта та призначив обстеження або надав допомогу пацієнту.
- Епізод може відкриватися та закриватися в той же день, план лікування при цьому створювати не потрібно.
- В амбулаторній взаємодії зазначається основний діагноз, який у подальшому є критерієм для віднесення пацієнтів до ургентної ДСГ (додаток 7 та розміщено на сайті НСЗУ за посиланням <https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-7.pdf>).
- В амбулаторній взаємодії зазначаються обстеження, які можна облікувати кодами національного класифікатора НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій», кодуються у взаємодії. Проте зазначаємо, що ці обстеження не будуть підлягати оплаті, оскільки вони включені у середньозважений коригуючий коефіцієнт.
- Медичний персонал закладів загального профілю, які мають приймальні відділення, обліковує свої дії при наданні допомоги в приймальному відділенні за загальними правилами, при цьому оплата буде здійснюватися в межах амбулаторного пакету.

VI. Щодо обліку наданої медичної допомоги дорослим і дітям за епізодом типу «ПРОФІЛАКТИКА»

Епізоди типу «Профілактика» створюються при проведенні обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей, а також інших визначених груп населення відповідно до чинного законодавства.

Профілактичні заходи, проведені пацієнтам з хронічними та гострими захворюваннями, кодуються в рамках епізоду «Лікування» пакету «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» або за пакетом «Первинна медична допомога». **Зазначаємо**, що профілактичні огляди ініціюються лікарями закладів/ФОП первинної медичної допомоги, зокрема саме вони створюють епізод «Профілактика», в рамках якого видають направлення на консультації та обстеження. Лікарі закладів спеціалізованої медичної допомоги на підставі електронного направлення, виданого лікарем закладу/ФОП первинної медичної допомоги або іншим лікарем-спеціалістом обліковують свої дії шляхом створення епізоду типу «Профілактика» та інших електронних медичних записів (ЕМЗ). В окремих випадках лікарі-спеціалісти також можуть ініціювати проведення профілактичних заходів пацієнту і створення, відповідно, епізодів типу «Профілактика».

Зазначаємо, що відповідно до Порядку **один раз на рік для одного пацієнта** оплачуються послуги, які обліковані типом епізоду «Профілактика», зокрема:

- Гінекологічне обстеження (код Z01.4 Гінекологічне обстеження (загальне) (чергове) один раз на рік). Підставою для отримання послуги, крім електронного направлення може бути само звернення. В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Рентгенологічне обстеження (код Z01.6 Радіологічне обстеження, не класифіковане в інших рубриках+ інтервенція 58500-00 Рентгенографія грудної клітки). В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Обстеження очей та зору (код Z01.0 Обстеження очей та зору). В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Обстеження слуху (Z01.1 Обстеження вух та слуху). В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Z10.3 Чергове загальне медичне обстеження здоров'я членів спортивних команд (непрофесійних команд, дитячих). **Стосується осіб старше за 18 років.** В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Z02.2 Обстеження для допуску до проживання в закладах тривалого перебування. В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Z10.8 Чергове загальне медичне обстеження здоров'я інших певних груп населення: школярів та студентів. **Стосується осіб старше за 18 років.** У межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.

Профілактичні огляди **дітей** проводяться згідно з галузевими стандартами. Відповідно до МКХ-10-АМ та австралійських стандартів кодування при проведенні профілактичних оглядів основним діагнозом може бути:

- Z00.1 Чергове обстеження стану здоров'я дитини (проведення тестів для оцінки розвитку дитини грудного та раннього віку). В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Z00.2 Обстеження в період швидкого росту в дитинстві. В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Z00.3 Обстеження з метою оцінки стану розвитку підлітків. Стан пубертатного розвитку. В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.

Також при профілактичних оглядах дорослих відповідних категорій та дітей в рамках епізоду «Профілактика» обліковуються консультації та обстеження за такими діагнозами:

- Z00.0 Загальний медичний огляд. В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.
- Z02.0 Обстеження у зв'язку з вступом: (до навчального закладу, до дошкільного (навчального) закладу. В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде

- Z02.5 Обстеження для участі у спортивних змаганнях (для членів не професійних спортивних команд). **Без обмеження кількості оглядів за рік для дітей.** У межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде
- Z02.8 Інші обстеження з адміністративною метою обстеження перед поїздкою до літнього табору (для дітей) або для усиновлення. **Без обмеження кількості оглядів за рік для дітей.** В межах інших типів епізодів даний діагноз в якості основного діагнозу оплачуватися не буде.

Акцентуємо увагу, що оплата в рамках пакету «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» здійснюється за глобальним бюджетом, який розраховано на дані квітня-вересня 2024 року. Наступні перерахунки глобального бюджету можуть відбутися після повного запровадження нових правил маркування й фінансування упродовж перехідного періоду та після аналізу надання послуг за даним пакетом, який відповідно до Порядку повинен бути проведений до 1 червня 2025 року.

Додатково наголошуємо на необхідності обліковувати **всі** свої дії при наданні медичних послуг, особливо за сервісами «Консультування та лікування», «Процедури» та при ургентних станах, адже це допоможе при розрахунках тарифів для програми медичних гарантій на 2026 рік.

У разі виникнення питань щодо не включення певних хвороб/станів, інтервенцій, посад у запропонований перелік класів та сервісів, просимо до 10 лютого 2025 року надати свої пропозиції щодо доповнення вказаних переліків.

Пріоритет діяльності НСЗУ – ефективна реалізація програми медичних гарантій в інтересах усіх пацієнтів, щоб кожен мав доступне та належне лікування.

Працюємо разом заради Перемоги України та здоров'я наших людей!

Голова

Наталія ГУСАК

