|  |  |
| --- | --- |
| http://zakonst.rada.gov.ua/images/gerb.gif | |
| **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**  **НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ** | |
| **НАКАЗ** | |
| **28.08.2017  № 967/58** | |
|  | **Зареєстровано в Міністерстві**  **юстиції України**  **20 вересня 2017 р.**  **за № 1160/31028** |

**Про затвердження нормативно-правових актів МОЗ України та НАМН України щодо реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 14 червня 2017 року № 425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук»**

На виконання [пункту 7](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/425-2017-%D0%BF/paran20#n20) постанови Кабінету Міністрів України від 14 червня 2017 року № 425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук» **НАКАЗУЄМО:**

1. Затвердити такі, що додаються:

1) [Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань в заклади охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту, та надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у таких закладах](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1160-17#n17);

2) [Перелік послуг з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1161-17/paran4#n4).

2. Керівникам державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України», державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», державної установи «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», структурних підрозділів з питань охорони здоров’я обласних, Київської міської державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

3. Управлінню координації центрів реформ Міністерства охорони здоров’я України (Карпінська Л.Г.) забезпечити у встановленому порядку подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я України Ковтонюка П.А. та Віце-президента Національної академії медичних наук України Коваленка В.М.

5. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

|  |  |
| --- | --- |
| **В.о. Міністра**  **охорони здоров’я України** | **У. Супрун** |
| **Президент Національної**  **академії медичних наук**  **України** | **В. Цимбалюк** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Наказ Міністерства**  **охорони здоров'я України,**  **Національної академії**  **медичних наук України**  **28.08.2017  № 967/58** |
|  | **Зареєстровано в Міністерстві**  **юстиції України**  **20 вересня 2017 р.**  **за № 1160/31028** |

**ПОРЯДОК**  
**направлення пацієнтів відповідно до медичних показань в заклади охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту, та надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у таких закладах**

1. Цей Порядок визначає основні організаційні засади направлення пацієнтів відповідно до медичних показань в заклади охорони здоров’я, які надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ЗОЗ НАМН), та надання у ЗОЗ НАМН третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (далі - ТМД) для реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук України (далі - пілотний проект).

2. Цей Порядок не регулює направлення пацієнтів до ЗОЗ НАМН для надання екстреної медичної допомоги. Госпіталізація пацієнтів до ЗОЗ НАМН у невідкладному стані для надання екстреної медичної допомоги здійснюється без направлення відповідно до [Закону України](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5081-17) «Про екстрену медичну допомогу».

3. Направлення пацієнтів до ЗОЗ НАМН за наявності показань для госпіталізації (консультації) щодо надання ТМД здійснюється у плановому порядку лікуючим лікарем відповідного профілю закладу охорони здоров’я державної або комунальної форм власності, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - заклади ВМД) або третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - заклади ТМД).

4. Направлення пацієнта відповідно до медичних показань для діагностики та/або лікування наявного у нього захворювання/стану до ЗОЗ НАМН здійснюється у таких випадках:

необхідність застосування високотехнологічних методів, які не можуть бути застосовані або можуть бути застосовані обмежено у закладах ВМД та/або ТМД відповідної спеціалізації;

відсутність у закладах ВМД та/або ТМД відповідних умов, фахівців, обладнання або дія обставин непереборної сили.

5. Скерування на госпіталізацію (консультацію) до ЗОЗ НАМН здійснюється лікуючим лікарем за погодженням з керівником (заступником керівника) цього закладу на підставі направлення на госпіталізацію (консультацію) за формою, наведеною у [додатку 1](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1160-17#n40) до цього Порядку, яке разом із [формою первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого»](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0682-12/paran3#n3), затвердженою наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року [№ 110](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, видається лікуючим лікарем пацієнту, законному представнику пацієнта або особі, що супроводжує пацієнта.

6. Планова госпіталізація пацієнта до ЗОЗ НАМН здійснюється в попередньо погоджений лікуючим лікарем термін (у тому числі через засоби електронного зв’язку). У разі неможливості здійснити планову госпіталізацію пацієнта в попередньо погоджений термін керівник підрозділу, що забезпечує планування госпіталізації в ЗОЗ НАМН, не пізніше ніж за 3 доби до запланованої дати госпіталізації повідомляє нову (скориговану) дату планової госпіталізації лікуючому лікарю, який у свою чергу інформує пацієнта.

7. Планова госпіталізація у рамках пілотного проекту передбачає подання пацієнтом:

документа, що посвідчує особу;

направлення на госпіталізацію (консультацію);

[форми первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого»](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0682-12/paran3" \l "n3" \t "_blank), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року [№ 110](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

За наявності пацієнт також подає до ЗОЗ НАМН медичну документацію, яка підтверджує результати медичних досліджень.

8. Інформація про надання послуг з ТМД за пілотним проектом розміщується на веб-сайтах НАМН, ЗОЗ НАМН, закладів ВМД і ТМД та у доступних для пацієнтів у ЗОЗ НАМН, закладах ВМД та ТМД місцях - реєстратурі, приймальному відділенні, приміщеннях для очікування.

9. Організація госпіталізації в кожному ЗОЗ НАМН визначається правилами внутрішнього розпорядку роботи відповідного ЗОЗ НАМН, затвердженими керівником закладу. Зазначені правила мають бути доступні для ознайомлення кожним пацієнтом (інформаційні матеріали в реєстратурі та/або приймальному відділенні, приміщеннях для очікування).

10. Медичний працівник приймального відділення ЗОЗ НАМН інформує пацієнта про лікувально-охоронний режим, надає в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих медичних досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. Медичне втручання здійснюється за умови надання пацієнтом згоди відповідно до форми первинної облікової документації [№ 003-6/о](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0697-12/paran3#n3) «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року [№ 110](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 697/21010 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 08 серпня 2014 року № 549).

11. ТМД у ЗОЗ НАМН надається відповідно до медичних стандартів, що впроваджуються згідно із [Методикою розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12/paran22#n22), затвердженою наказом Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованою у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, та іншими галузевими стандартами у сфері охорони здоров’я.

12. Пацієнт має право добровільно надати інформацію про якість медичного обслуговування за формою, наведеною у [додатку 2](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1160-17#n42) до цього Порядку.

13. Облік пацієнтів, яким за пілотним проектом надаються послуги з ТМД у ЗОЗ НАМН, та обсягів витрачених коштів для надання цих послуг пацієнтам здійснюється ЗОЗ НАМН та Лікувально-організаційним управлінням НАМН.

|  |  |
| --- | --- |
| **Заступник Міністра**  **охорони здоров'я України** | **П. Ковтонюк** |
| **Віце-президент**  **Національної академії**  **медичних наук України** | **В. Коваленко** |

Додаток 1

до Порядку направлення пацієнтів відповідно до медичних показань в заклади охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту, та надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у таких закладах

(пункт 5)

**Направлення**

**на госпіталізацію (консультацію)**

до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування закладу охорони здоров’я НАМН)

Пацієнт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б., місце проживання, контактний телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заклад, який направляє\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування)

Діагнозклінічний (код МКХ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Діагноз супутній\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ускладнення\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мета направлення (позначити потрібне):

підтвердити патологію

провести оперативне втручання

визначити потребу в оперативному втручанні

інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підстави для встановлення діагнозу (позначити потрібне):

клінічний протокол надання медичної допомоги

інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Узгоджений закладом охорони здоров’я НАМН термін госпіталізації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(час, число, місяць, рік)

Скоригований термін госпіталізації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(час, число, місяць, рік)

Додатки (результати досліджень за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. Лікуючий лікар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові, контактний телефон)

Погоджено:

Керівник (заступник керівника)

закладу охорони здоров’я, що направляє пацієнта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові)

Додаток 2

до Порядку направлення пацієнтів відповідно до медичних показань в заклади охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту, та надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у таких закладах

(пункт 12)

**Інформація про якість медичного обслуговування**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, ім’я, по батькові пацієнта)

повідомляю, що станом на «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року не маю/маю\* претензії щодо якості та обсягів медичного обслуговування, яке було отримано мною у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування ЗОЗ НАМН)

за рахунок коштів державного/місцевого бюджету у період з «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ року по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

Під час перебування на лікуванні мною витрачено:

на медичні послуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн;

лікарські засоби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн;

вироби медичного призначення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грн;

інше (вказати) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн.

Копії квитанцій додаються (за наявності).

\*Претензії (за наявності) викладаються власноруч на окремому аркуші, про що робиться відповідна помітка.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (номер телефону)