

Пакет. 24.

Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям

НСЗУ: ДОКУМЕНТ 3008/6-15-25 ВІД 21.01.2025

Щодо критеріїв визначення окремих послуг з надання паліативної допомоги за пакетами за напрямом «Паліативна допомога».

У межах пакету «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» визначено такі послуги та критерії віднесення до них, зокрема:

1. *РА1 – Надання паліативної допомоги дорослим. Наявність усіх критеріїв:*

- вік пацієнта: 18 років та більше;
- наявність діагнозів та станів, наведених у додатку 2 Наказу МОЗ від 04 листопада 2024 року № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги»;
- шкала PPS 30% та менше.

2. *РА2 – Надання паліативної допомоги дітям. Наявність усіх критеріїв:*

- вік пацієнта: до 18 років;
- наявність діагнозів та станів, наведених у додатку 3 Наказу МОЗ від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні».

3. *РА3 – Надання паліативної допомоги дітям та дорослим, які залежать механізмів та пристроїв, які підтримують життєдіяльність органів або систем та вкрай важким пацієнтам:*

- наявність діагнозів та станів, наведених у додатку 2 Наказу МОЗ від 04 листопада 2024 року № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги» або у додатку 3 Наказу МОЗ від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» та щонайменше один діагноз з переліку (Z99.1, Z99.4, Z99.8, R40.3) або шкала PPS < 20%;
- щонайменше один діагноз з переліку (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5) та шкала PPS < 30%.

4. *РА4 – Надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку, які її потребують. Наявність усіх критеріїв:*

- вік пацієнта: старше за 65 років;
- наявність діагнозів та станів, наведених у додатку 2 Наказу МОЗ від 04 листопада 2024 року № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги»;
- індекс Бартел < 25 балів;
- оцінка за шкалою коморбідності від 1,9 до 7,3 балів.

5. *РА5 – Надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку, які її потребують. Наявність усіх критеріїв:*

- вік пацієнта: старше за 65 років;
- наявність діагнозів та станів, наведених у додатку 2 Наказу МОЗ від 04 листопада 2024 року № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги»;
- індекс Бартел < 25 балів;
- оцінка за шкалою коморбідності 7,4 бали та більше.

6. *РА6 – надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку, які її потребують. Наявність усіх критеріїв:*

- вік пацієнта: старше за 65 років;

- діагнози F00 – F04;
- шкала MMSE<11 балів.

Щодо обліку діагнозів та оцінювання пацієнтів за шкалами в ЕСОЗ за напрямом «Паліативна допомога».

Пояснюємо алгоритм обліку надання медичної допомоги пацієнтам, які потребують паліативної допомоги.

1. Правила кодування основного та додаткових діагнозів.

У додатку 1 наведено коди діагнозів та станів, які є критеріями віднесення пацієнта з певним діагнозом до категорії пацієнтів, які потребують паліативної допомоги. Зазначаємо, що відповідно до Порядку надання паліативної допомоги (Наказ від 4 листопада 2024 № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги») (далі – Порядок надання паліативної допомоги) для кожного діагнозу визначено свої функціональні клінічні ознаки та показники. Для потрапляння пролікованого випадку в будь-яку послугу паліативної допомоги повинен бути закодований діагноз захворювання (*додаток 7, табл.1*), який може бути як основним, так і додатковим, а також ознаки та показники (*додаток 1, табл.3*), які відносяться до відповідного діагнозу додатку 2 Порядку надання паліативної допомоги, і які також можуть бути як основним, так і додатковими діагнозами. Окремо в *додатку 7, табл. 2* надано діагнози, які розшифровують пункт 12 таблиці 1 додатку 1, і які стосуються як дорослих, так і дітей.

Правила обліку наданої допомоги та кодування основного та додаткового діагнозів залишаються незмінними. Наголошуємо на необхідності дотримання стандартів кодування основного та додаткових діагнозів. Зокрема, у стандарті 0002 Австралійських стандартів кодування сказано: «Для потреб кодування супутні діагнози слід розглядати як стани, що впливають на ведення пацієнта з точки зору потреби в будь-яких з наведених нижче дій: а) початок, зміна або коригування лікування; б) діагностичні процедури; в) інтенсивне

надання допомоги та / або моніторинг». Тобто супутні діагнози кодуються тільки ті, відносно яких були здійснені певні дії, наприклад, діагноз, який було встановлено під час даного епізоду госпіталізації, або діагнози відносно яких проводилась корекція лікування або проводилися певні інтервенції, а також діагнози, відповідно до яких проводився моніторинг стану пацієнта. Зазначаємо, що супутні діагнози є важливими для оцінювання пацієнта за шкалою коморбідності, яку надано у специфікаціях до пакету. Закодовані діагнози будуть співвідноситися зі шкалою коморбідності, на основі якої буде визначено загальну суму балів, що стане підґрунтям віднесення особи старше за 65 років до послуги P14 або P15.

2. Правила обліку оцінювання пацієнта за шкалами, які наведено у Порядку надання паліативної допомоги.

Зазначаємо, що оцінювання пацієнта за шкалами, наведеними у додатку 2 Порядку надання паліативної допомоги, потребує обліку в ЕСОЗ. Приклади обліку наведено у *додатку 2* до даного листа. Зазначаємо, що оцінювання стану пацієнта за шкалами обліковується шляхом створення ЕМЗ «Спостереження» або шляхом формування ЕМЗ «діагностичний звіт», при цьому в текстовому полі останнього слід зазначити назву шкали та цифрове значення з одиницями виміру (*додаток 2*). Акцентуємо вашу увагу на тому, що:

- до повного запровадження компонентів Підсумкової оцінки Індекс Бартел (код 96761-2), в ЕМЗ «Спостереження», треба вказувати загальну оцінку балів. Після запровадження в ЕСОЗ усіх компонентів шкали, обліковувати потрібно буде кожен компонент шкали за визначеним кодом;
- до закриття коду 72106-8 «Загальна оцінка за Шкалою MMSE» в ЕСОЗ (чутливі дані) облік оцінювання пацієнта за шкалою слід проводити шляхом формування ЕМЗ «Діагностичний звіт» (*додаток 2*), після

- закриття - шляхом формування ЕМЗ «Спостереження», яке повинно вкладатися у стаціонарну або амбулаторну взаємодію;
- текстові поля ЕМЗ «Діагностичний звіт» повинні бути заповнені відповідно до прикладів, наведених у *додатку 2*. При недотриманні правил заповнення текстового поля, випадок не буде потрапляти до оплати;
 - у разі кодування діагнозу R52.2 Постійний біль, потрібно обліковувати оцінювання інтенсивності больового синдрому у пацієнта за шкалами оцінки інтенсивності больового синдрому (*додаток 2*);
 - у первинній обліковій медичній документації (план спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги та/або Форма № 003/о) повинні бути вказані результати оцінювання за шкалами, представленими у Порядку надання паліативної допомоги;
 - оцінювання стану пацієнта за шкалами обліковується один раз у взаємодії при відкритті епізоду або в подальшому при зміні стану пацієнта, за умови надання послуг за місцем перебування пацієнта (*пакет «Мобільна паліативна допомога дорослим та дітям»*);
 - при наданні медичної паліативної допомоги в стаціонарних або амбулаторних/за місцем перебування пацієнта умовах завжди заповнюється «План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги» (друкована форма), який вкладається в первинну медичну документацію;
 - при наданні медичної паліативної допомоги в стаціонарних або амбулаторних/за місцем перебування пацієнта умовах завжди заповнюється форма повного обстеження пацієнта за шкалами (наявна заповнена форма, а не вказання загальної кількості балів), яка вкладається в первинну медичну документацію;
 - при наданні медичної паліативної допомоги за місцем перебування пацієнта облік відбувається через ЕМЗ «План лікування» (*пакет*

«Мобільна паліативна допомога дорослим та дітям»), який створюється один раз при відкритті епізоду.

Медична сестра може обліковувати взаємодію за послугами РАІ, РА4-РА6, але не більше 50% від усіх записів.

Щодо алгоритму визначення тривалості лікування та застосування коригуючих коефіцієнтів, що стосуються тривалості лікування.

Інформацію щодо застосування коригуючих коефіцієнтів, що стосуються тривалості лікування, надано у додатку 3.

У Порядку вказано визначення референтних значень мінімальної та максимальної тривалості лікування одного пролікованого випадку (госпіталізації) для кожної послуги. Якщо розглядати послугу РІ1, то референтні значення тривалості лікування становлять: мінімальна тривалість — 11 діб, максимальна тривалість — 25 діб. Тобто до всіх пролікованих випадків тривалістю в межах вказаних значень буде застосовуватися коефіцієнт 1,35. Якщо пацієнт потребує лікування більше, ніж 25 діб, то до основного коефіцієнта (1,35) буде застосовуватися додатковий коефіцієнт +0,0386 за кожен день лікування пацієнта понад 25 діб. Наприклад, пацієнт потребував спеціалізованої паліативної допомоги упродовж 28 діб, перебільшення максимального референтного значення становить 3 дні, отже, коефіцієнт у такому випадку буде дорівнювати $1,35 + (0,0386 * 3) = 1.4658$.

Якщо пацієнт отримував лікування менше 11 діб, то з основного коефіцієнта (1,35) буде відніматися додатковий коефіцієнт (- 0,135) за кожен день лікування пацієнта менше 11 діб.

Наприклад, пацієнт отримував паліативну допомогу в стаціонарних умовах 8 діб, тобто лікування було на 2 доби менше за мінімальне референтне значення (9-10 доба до референтного значення).

У такому випадку коефіцієнта 1,35 віднімається коефіцієнт (- 0,135) помножений на 2. Отже, коефіцієнт буде дорівнювати $1,35 - (2 * 0,135) = 1,08$.

Аналогічна методологія застосовується до усіх інших послуг паліативної допомоги.