



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від “___” _____ 2020 р.

Київ

№ _____

Про затвердження Алгоритму опрацювання Національною службою здоров'я України звернень, пов'язаних з отриманням медичної допомоги, та Схеми маршруту розгляду звернень, пов'язаних з отриманням медичної допомоги, та опрацювання їх результатів у Національній службі здоров'я України

З метою оптимізації роботи з розгляду звернень в Національній службі здоров'я України, керуючись пунктом 9 та підпунктом 27 пункту 11 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Алгоритм опрацювання Національною службою здоров'я України звернень, пов'язаних з отриманням медичної допомоги, що додається.
2. Затвердити Схему маршруту розгляду звернень, пов'язаних з отриманням медичної допомоги, та опрацювання їх результатів у Національній службі здоров'я України, що додається.
3. Керівникам структурних підрозділів в межах компетенції забезпечити використання вказаних алгоритму та схеми у роботі.
4. Визнати таким, що втратив чинність наказ Національної служби здоров'я України від 19.10.2021 № 488 «Про затвердження Алгоритму опрацювання Національною службою здоров'я України скарг пацієнтів, пов'язаних з отриманням медичної допомоги».
5. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Голова

Наталія ГУСАК



ДОКУМЕНТ СЕД АСКОД
Сертифікат 58E2D9E7F900307B0400000078663300EFDC9B00
Підписувач Гусак Наталія Борисівна
Дійсний з 24.11.2021 0:00:00 по 23.11.2023 23:59:59

Національна служба здоров'я України



№ 22 від 14.01.2022

АЛГОРИТМ
опрацювання Національною службою здоров'я України звернень,
пов'язаних з отриманням медичної допомоги

1. Орієнтовний перелік типових тематик звернень до НСЗУ з питань, пов'язаних з отриманням медичної допомоги:

1) Надання неякісних медичних послуг передбачених програмою медичних гарантій (далі – ПМГ);

2) Недотримання електронної черги або запису на прийом за телефоном до обраного лікаря;

3) Недотримання надавачем медичних послуг (далі – Надавач) графіку роботи;

4) Неетичне поводження з пацієнтом;

5) Незабезпечення Надавачем консультативної допомоги пацієнтам в телефонному режимі (у тому числі у зв'язку з оголошенням надзвичайної ситуації щодо захворюваності на коронавірусну хворобу);

6) Вимагання коштів за надання медичних послуг, витратних матеріалів та лікарських засобів передбачених ПМГ;

7) Відмова у наданні медичних послуг передбачених ПМГ;

8) Внесення в декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – декларація), недостовірних або некоректних даних пацієнта;

9) Надання медичних послуг передбачених ПМГ у неповному обсязі;

10) Неповідомлення пацієнта про звільнення обраного ним лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – ПМД) та припинення декларації, неповідомлення про можливість обрати іншого лікаря;

11) Незабезпечення надання ПМД у період тимчасової відсутності обраного лікаря;

12) Ненадання медичної допомоги за місцем проживання;

13) Ненадання невідкладної допомоги у закладі охорони здоров'я;

14) Обмеження пацієнта у записі на прийом до обраного лікаря (обмеження кількості безоплатних прийомів);

15) Примушування пацієнта обрати іншого лікаря, який надає ПМД (при наданні медичної допомоги у період тимчасової відсутності обраного лікаря, у зв'язку з отриманням вторинної медичної допомоги);

16) Створення фіктивних електронних медичних записів, декларацій;

17) Інші порушення при наданні медичних послуг за ПМГ.



1.1. Посадова особа, визначена головним виконавцем звернення, вносить усю інформацію про нього до модулю «Скарги» відомчої системи електронного документообігу АСКОД.

2. При опрацюванні звернень, тематика яких відповідає позиціям 1) – 5) пункту 1 цього алгоритму, авторам таких звернень надаються відповідні роз'яснення в залежності від суті порушеного питання.

3. При опрацюванні звернень, тематика яких відповідає позиціям 6) – 17) пункту 1 цього алгоритму, застосовується наступний порядок дій.

3.1. Встановлюється, чи достатньо наданої автором звернення інформації для здійснення заходів реагування з боку НСЗУ.

3.2. Якщо наданої інформації недостатньо – безпосередній виконавець зв'язується із заявником телефоном чи електронною поштою (у разі наявності) з метою уточнення необхідної інформації. Про результати такої комунікації безпосереднім виконавцем робиться відповідний запис у реєстраційній картці звернення. У разі неможливості зв'язатися із заявником готується лист-відповідь на звернення з проханням надати необхідну інформацію.

3.2.1. Перелік обов'язкової інформації, необхідної для здійснення заходів реагування за зверненням:

- прізвище, ім'я та по батькові, дата народження пацієнта (у форматі день, місяць, рік народження), номер телефону, поштова адреса, електронна адреса (у разі наявності);
- повна назва та адреса закладу охорони здоров'я, де мала місце подія, про яку йдеться у зверненні;
- максимально детальний опис події (у наданні якої саме послуги було відмовлено або за яку вимагали сплату коштів, за можливості зазначити суми коштів, які довелося витратити або які вимагали тощо).

3.2.2. Перелік бажаної інформації, необхідної для здійснення заходів реагування за зверненням:

- індивідуальний податковий номер (ІПН) пацієнта;
- дата (або період) протягом якого мали місце описані у зверненні події;
- посада, прізвище, ім'я та по батькові особи, яка відмовилася надати медичну допомогу, вимагала оплати за медичні послуги, лікарські засоби чи витратні матеріали тощо;
- копії розрахункових документів, що підтверджують понесені витрати, копії медичної документації тощо.

3.3. Якщо наданої інформації достатньо – здійснюються наступні заходи реагування в залежності від ситуації:

- направлення відповідного запиту до Надавача та до власника Надавача;
- інформування правоохоронних органів.

3.3.1. Надавачам та власникам Надавачів направляються запити з проханням надати пояснення щодо описаних заявником подій (даний пункт є загальним для всіх запитів), а також проханням (відповідно до ситуації):

- поновити права пацієнта на медичне обслуговування за ПМГ;
- повернути кошти, які були неправомірно затребувані у пацієнта за надання медичних послуг, лікарських засобів та витратних матеріалів, які передбачені ПМГ;

Довідково: зазначене прохання вказується у запиті за наявності підстав вважати, що пацієнтом дійсно здійснювалась відповідна оплата, про що можна зробити висновок з розрахункових документів;

прохання щодо повернення коштів зазначається навіть за відсутності у володінні НСЗУ розрахункових документів, виходячи з того, що у разі відсутності факту вимагання Надавач у будь-якому випадку поінформує НСЗУ про своє бачення ситуації, а у випадку визнання факту порушення – права пацієнта будуть поновлені більш оперативно.

- поновити право пацієнта на вільний вибір лікаря тощо;
- у строк не більше 15 календарних днів поінформувати на електронну адресу заявника та у копії НСЗУ про вжиті заходи реагування.

3.3.2. У разі ненадання відповіді у запропонований строк запит направляється повторно з проханням надати відповідь у максимально короткий строк.

3.3.3. У випадку наявності підстав стверджувати про вимагання у пацієнта коштів та іншої неправомірної вигоди за надання медичних послуг, лікарських засобів та витратних матеріалів здійснюється інформування правоохоронних органів шляхом направлення відповідних листів.

3.3.4. Інформування правоохоронних органів супроводжується одночасним направленням запиту до Надавача та власника Надавача.

3.3.5. У листах до правоохоронних органів висловлюється прохання у максимально короткий строк поінформувати заявника та у копії НСЗУ про вжиті заходи реагування.

3.3.6. У разі потреби направлення листів до правоохоронних органів може передувати комунікація безпосереднього виконавця з постраждалою особою (її родичами, близькими), про результати якої ним робиться відповідний запис у реєстраційній картці звернення.

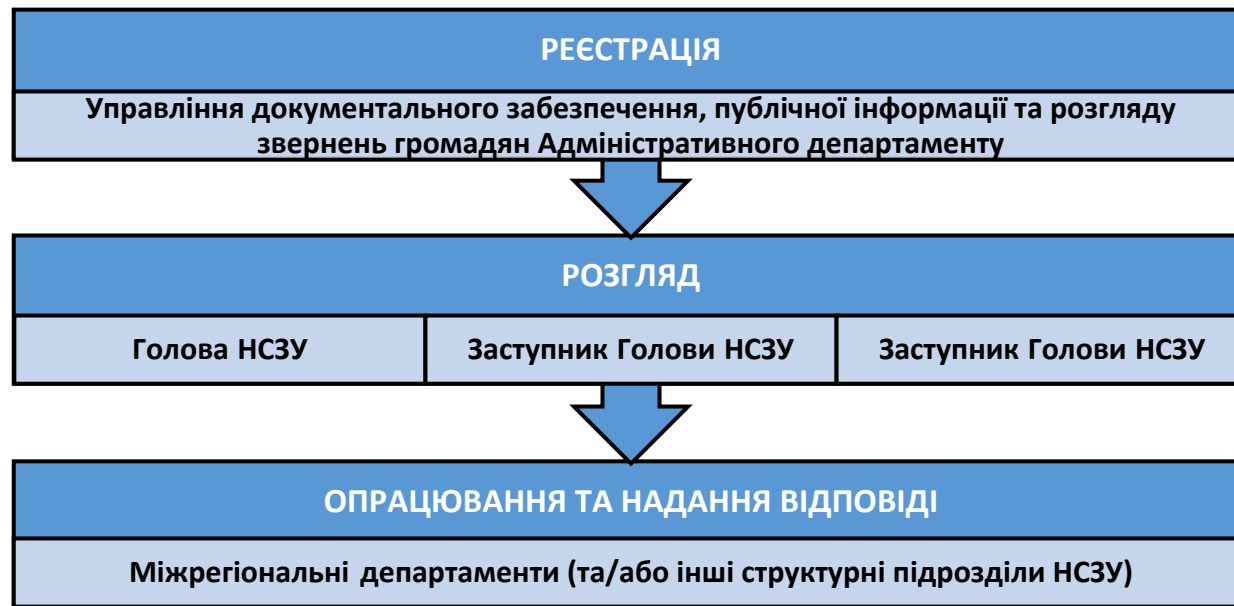
3.4. Авторіві звернення в установлений законодавством строк надається відповідь про здійснені заходи реагування.

3.4.1. У відповіді наводиться інформація про стан розгляду звернення та вказується загальна інформація щодо медичної реформи, повноважень НСЗУ, інформація щодо обов'язків Надавача, про недопустимість вимагання незаконної винагороди в будь-якій формі з боку Надавача, щодо повернення коштів, про можливі заходи реагування з боку НСЗУ.

3.5. Після отримання відповідей на листи НСЗУ, направлені в рамках реагування на звернення, проводиться їх аналіз та, у максимально короткий строк, здійснюється інформування автора звернення (з наданням копій вказаних відповідей та необхідних роз'яснень) в залежності від ситуації про:

- позитивне вирішення порушеного питання (поновлення прав, компенсація коштів тощо);
 - часткове поновлення прав;
 - заперечення з боку Надавача, власника Надавача, правоохоронних органів, як наслідок – неможливість вжиття інших заходів з боку НСЗУ;
 - відсутність підтвердження описаних автором звернення обставин.
-

**СХЕМА
МАРШРУТУ РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ОТРИМАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ,
ТА ОПРАЦЮВАННЯ ЇХ РЕЗУЛЬТАТІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ СЛУЖБІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**



Розгляд звернення по суті, вжиття заходів реагування у разі необхідності:
контактування щодо порушених питань із ЗОЗ, власниками ЗОЗ та ДОЗ ОДА;
інформування правоохоронних органів у випадку наявності



ДОКУМЕНТ СЕД АСКОД
Сертифікат 58E2D9E7F900307B0400000078663300EFD9C9B00
Підписувач Гусак Наталія Борисівна
Дійсний з 24.11.2021 0:00:00 по 23.11.2023 23:59:59

Внесення інформації про звернення до модулю «Скарги» системи електронного документообігу АСКОД

Департамент моніторингу:
Включає інформацію про звернення із модуля «Скарги» системи електронного документообігу АСКОД до Системи показників, що можуть підтвердити або спростувати факт наявності ризиків в діяльності надавачів медичних послуг;
інформацією про звернення у сфері ЗОЗ

Національна служба здоров'я України

№ 22 від 14.01.2022