

**ПОРЯДОК**  
**реалізації програми державних гарантій медичного**  
**обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021**  
**року**

*{Назва Порядку із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 1299 від 21.12.2020](#)}*

**I. Загальна частина**

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році (далі - програма медичних гарантій).

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб - підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій із НСЗУ (далі - договір), а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ.

3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

базова ставка - середня вартість медичної послуги, що розрахована як співвідношення обсягу бюджетних коштів та прогнозованої кількості медичних послуг за відповідним напрямом;

ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи - коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності пролікованих випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в рамках однієї діагностично-спорідненої групи відносно загальної середньої вартості профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації клінічного випадку в умовах стаціонару;

гранична сума оплати - максимальна сума, передбачена договором для оплати надання пакета медичних послуг, яку надавач медичних послуг може отримати за договором у відповідному періоді;

діагностично-споріднена група - група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в умовах стаціонару;

індекс структури випадків - середньозважене значення всіх вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп за всіма пролікованими випадками за відповідний період;

капітаційна ставка - розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою протягом визначеного періоду;

ліміт - оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ;

пакет медичних послуг - перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором;

принцип екстериторіальності - надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від зареєстрованого місця проживання або перебування;

принцип нейтральності бюджету - відповідність тарифів та запланованої кількості медичних послуг загальному обсягу бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій;

пролікований випадок - комплекс наданих медичних послуг пацієнту, у разі потреби цілодобового лікарського нагляду, за умови його госпіталізації до стаціонару на одну добу або на більший строк для профілактики та/або діагностики, та/або лікування, та/або медичної реабілітації, що завершується вибуттям пацієнта із стаціонару (у тому числі у разі смерті в стаціонарних умовах протягом 24 годин з моменту госпіталізації за умови документального підтвердження таких випадків).

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в [Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України](#) "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".

4. Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, пов'язані з наданням за принципом екстериторіальності:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

5. У межах програми медичних гарантій НСЗУ здійснює реімбурсацію лікарських засобів згідно з переліком станів та лікарських засобів (непатентованих назв), зазначених у розділі III цього Порядку, відповідно до [Порядку реімбурсації лікарських засобів](#), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 "Про забезпечення доступності лікарських засобів" (Офіційний вісник України, 2017 р., № 26, ст. 749; 2019 р., № 21, ст. 716).

6. НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про медичне обслуговування населення щодо надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, крім медичних послуг, включених до [переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах](#), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах" (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501; Офіційний вісник України, 2016 р., № 77, ст. 2567) (крім випадку, визначеного пунктом 40 розділу I цього переліку), та медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок інших програм державного бюджету.

{Пункт 6 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 513 від 19.06.2020](#)}

7. НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, визначеними в цьому Порядку, на підставі звітів про медичні послуги, що складаються в порядку, передбаченому [Типовою формою договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій](#), затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2020 р., № 2, ст. 59), відповідно до укладеного договору в межах бюджетних асигнувань, визначених у плані асигнувань на відповідний період за відповідним напрямом. Вимагати та отримувати оплату від пацієнтів або їх представників за такі медичні послуги забороняється.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, які оплачено за рахунок коштів інших джерел, не передбачених договором. Інформація про надані медичні послуги, які оплачуються за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, вноситься надавачами до електронної системи охорони здоров'я.

До тарифу на медичні послуги не включено вартість лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які забезпечуються у централізованому порядку за рахунок інших програм державного бюджету.

8. Попередня оплата медичних послуг за договорами здійснюється в порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2019 р. [№ 1070](#) “Деякі питання здійснення розпорядниками (одержувачами) бюджетних коштів попередньої оплати товарів, робіт і послуг, що закуповуються за бюджетні кошти” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 2, ст. 64).

Попередня оплата за надання медичних послуг, передбачених у [главах 27-30](#) цього Порядку, здійснюється насамперед для виконання керівниками закладів охорони здоров'я вимог законодавства у сфері оплати праці медичних та інших працівників, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, зокрема в частині встановлення передбачених законодавством доплат та надбавок до посадових окладів.

*{Пункт 8 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ [№ 331 від 24.04.2020](#) - застосовується з 1 квітня 2020 року та діє у період карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 календарних днів після його відміни}*

9. Визначення медичної послуги як такої, що належить до відповідного пакета медичних послуг, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом та/або проведеними медичними процедурами або хірургічними операціями, зазначеними у відповідному медичному записі, внесеному в електронну систему охорони здоров'я, відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2019 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я” та/або національного класифікатора НК 026:2019 “Класифікатор медичних інтервенцій”, затверджених Мінекономіки.

У період з 1 квітня по 30 червня 2020 р. включно підтвердження надання медичної послуги як такої, що належить до пакетів медичних послуг, зазначених у [главі 3](#) розділу II цього Порядку, здійснюється НСЗУ на підставі звітів про медичні послуги, що складаються в порядку, передбаченому [Типовою формою договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій](#), затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2019 р., № 20, ст. 682).

*{Пункт 9 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

Підтвердження надання медичної послуги як такої, що належить до пакета медичних послуг, зазначеного в [главі 30](#) цього Порядку, здійснюється на підставі звітів про медичні послуги, що складаються в порядку, передбаченому [Типовою формою договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій](#), затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2019 р., № 20, ст. 682).

*{Пункт 9 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ № 331 від 24.04.2020 - застосовується з 1 квітня 2020 року та діє у період карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 календарних днів після його відміни}*

10. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування під час надання пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, всіх медичних виробів, витратних матеріалів та лікарських засобів, передбачених [Національним переліком основних лікарських засобів](#), затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 “Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення” (Офіційний вісник України, 2009 р., № 27, ст. 906; 2018 р., № 4, ст. 157), необхідних для надання таких послуг відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та специфікацій.

Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити за умови наявності технічних можливостей, які забезпечує НСЗУ, та за згодою пацієнта надання йому додаткових послуг (сервісів), пов'язаних з наданням медичних послуг та виписуванням електронного рецепта (надсилання повідомлень через засоби мобільного зв'язку, на адресу електронної пошти тощо).

11. НСЗУ укладає договори на підставі поданих заяв про укладення договорів (далі - заява), поданих разом з необхідними документами, та інформації, внесеної до системи, відповідно до [Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій](#), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2020 р., № 2, ст. 59).

У разі перевищення розрахункової загальної орієнтовної ціни договорів за кожним пакетом медичних послуг, розрахованої на підставі поданих заяв, над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг на відповідний бюджетний рік:

для пакетів медичних послуг, зазначених у [главах 3-7, 9-14](#) розділу II цього Порядку, запланована кількість медичних послуг кожного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг зменшується пропорційно до загальної запланованої НСЗУ кількості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг;

для пакетів медичних послуг, зазначених у [главах 8, 15-29](#) розділу II цього Порядку, базова ставка за медичні послуги, передбачена цим Порядком, зменшується пропорційно до суми бюджетних асигнувань за відповідним пакетом медичних послуг.

*{Абзац четвертий пункту 11 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 929 від 09.10.2020}*

11<sup>1</sup>. Якщо строк дії договору становить менше дев'яти місяців, за кожним пакетом медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій, зазначеним у [главах 2-26](#) розділу II цього Порядку, включеним до такого договору, до запланованої вартості медичних послуг застосовується коефіцієнт, який обчислюється за формулою

*{Абзац перший пункту 11<sup>1</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 929 від 09.10.2020}*

де N - кількість місяців строку дії такого договору.

*{Порядок доповнено пунктом 11<sup>1</sup> згідно з Постановою КМ № 700 від 12.08.2020}*

11<sup>2</sup>. Якщо строк дії договору становить менше дев'яти місяців, за пакетами медичних послуг, визначених у главах 8, 15-26 розділу II цього Порядку, до фактичної вартості таких медичних послуг за місяць застосовується коефіцієнт, який обчислюється за формулою

$$9/N,$$

де N - кількість місяців строку дії договору.

*{Порядок доповнено пунктом 11<sup>2</sup> згідно з Постановою КМ № 700 від 12.08.2020}*

12. У разі коли з надавачем медичних послуг укладено договір, до якого включені одночасно пакети медичних послуг, зазначені в [главах 3](#) або [8](#) і [главах 4-7](#), або [9-14](#), або [16-19](#) розділу II цього Порядку, то розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені різними пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакетів медичних послуг, зазначених у главах 4-7 або 9-14, або 16-19 розділу II цього Порядку.

До договору не можуть бути включені одночасно пакети медичних послуг, передбачені [главами 27](#) і [30](#) цього Порядку.

*{Пункт 12 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ № 331 від 24.04.2020 - застосовується з 1 квітня 2020 року та діє у період карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 календарних днів після його відміни}*

13. Під час укладення договору про внесення змін до договору, пов'язаних із зміною запланованої вартості медичних послуг та/або граничної суми оплати на наступні місяці, використовуються дані про надані медичні послуги, які містяться в електронній системі охорони здоров'я.

Укладення договору про внесення змін до договору, пов'язаних із зміною запланованої вартості медичних послуг та/або граничної суми оплати на наступні місяці, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені в [главах 27-29](#) розділу II цього Порядку, здійснюється у разі відсутності залишку коштів у межах запланованої вартості медичних послуг згідно з діючим договором, достатнього для здійснення повної оплати фактичної вартості медичних послуг за відповідний місяць.

*{Пункт 13 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ № 1108 від 29.10.2020 - застосовується з 1 жовтня 2020 р.}*

14. У разі перевищення вартості наданих медичних послуг за місяць за всіма договорами під час надання медичних послуг, зазначених у [главах 3-7](#) розділу II цього Порядку, над сумою бюджетних асигнувань, передбачених на відповідний період за відповідним пакетом медичних послуг, несплачений залишок підлягає сплаті НСЗУ в наступних звітних періодах у межах загальної суми бюджетних асигнувань, затверджених кошторисом, у частині, пропорційній до суми таких залишків за всіма договорами. При цьому оплата несплаченого залишку здійснюється за тарифом із застосуванням коригувальних коефіцієнтів, що діяли у періоді, протягом якого відповідні медичні послуги надавалися.

15. Під час надання медичних послуг, зазначених у [главі 3](#) розділу II цього Порядку, з метою дотримання принципу нейтральності бюджету під час розрахунку вартості таких медичних послуг до базової ставки на пролікований випадок застосовується коефіцієнт збалансованості бюджету, який розраховується в порядку, наведеному в [додатку 1](#) до цього Порядку.

16. У разі зміни кількості фактично наданих медичних послуг, зазначених у [главах 4-7, 9-14](#) розділу II цього Порядку, у порівнянні з плановою відповідно до договору, що виявлено за результатами аналізу інформації про кількість фактично наданих медичних послуг за попередні три місяці дії договору, внесеної до електронної системи охорони здоров'я, НСЗУ має право ініціювати внесення змін до договору в порядку, передбаченому договором. Прогнозна кількість медичних послуг у наступному періоді визначається на рівні середньомісячної кількості фактично наданих послуг протягом попередніх трьох місяців з урахуванням динаміки кількості наданих послуг щомісяця. Перерахунок проводиться в межах бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг на відповідний бюджетний період. У разі перевищення суми перерахунку над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг, скоригована кількість медичних послуг кожного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг зменшується пропорційно до загальної запланованої НСЗУ кількості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.

*{Пункт 16 в редакції Постанов КМ [№ 1108 від 29.10.2020](#) - застосовується з 1 жовтня 2020 р., [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

17. У межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, на початок бюджетного періоду формується резерв коштів в обсязі не більше одного відсотка обсягу бюджетних асигнувань, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої реалізується програма медичних гарантій.

Резерв коштів формується для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій, та використовується НСЗУ за погодженням з МОЗ насамперед у разі потреби за напрямками, передбаченими у [главах 1-7, 15-17, 23-26](#) розділу II цього Порядку.

*{Абзац другий пункту 17 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

Резерв коштів може бути використаний НСЗУ понад тарифи та коригувальні коефіцієнти, визначені у [розділі II](#) цього Порядку, за відповідними напрямками.

*{Абзац третій пункту 17 в редакції Постанови КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

17<sup>1</sup>. У разі коли з надавачем медичних послуг укладено договір, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені в [главах 27-30](#) цього Порядку, надавач зобов'язується неухильно дотримуватися вимог законодавства у сфері оплати праці медичних та інших працівників, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, зокрема в частині встановлення передбачених законодавством доплат та надбавок до посадових окладів.

У разі отримання НСЗУ інформації щодо порушення надавачем зазначених вимог законодавства НСЗУ має право звернутися до уповноважених органів державної влади та передати таку інформацію для вжиття відповідних заходів реагування.

*{Порядок доповнено пунктом 17<sup>1</sup> згідно з Постановою КМ [№ 331 від 24.04.2020](#) - застосовується з 1 квітня 2020 року та діє у період карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 календарних днів після його відміни}*

17<sup>2</sup>. Відбір зразків та лікування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, або підозрою на неї під час самостійного звернення пацієнта до лікаря, який надає первинну медичну допомогу, здійснюється незалежно від наявності у пацієнта поданої [декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу](#).

Надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу, мають в обов'язковому порядку вести всі електронні записи щодо пацієнтів з підозрою або підтвердженим діагнозом гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

*{Порядок доповнено пунктом 17<sup>2</sup> згідно з Постановою КМ [№ 1108 від 29.10.2020](#) - застосовується з 1 листопада 2020 р.}*

17<sup>3</sup>. Протягом періоду з 1 січня до 31 березня 2021 р.:

запланована вартість медичних послуг відповідно до кожного договору для послуг, передбачених [главами 2, 8, 15-26](#) розділу II цього Порядку, розраховується як добуток граничної суми оплати за договором за грудень 2020 р. та кількості місяців строку дії договору у 2021 році;

запланована вартість медичних послуг, передбачених главою 3 розділу II цього Порядку, розраховується як добуток граничної суми оплати за договором з НСЗУ за грудень 2020 р. та кількості місяців, що входять до зазначеного періоду, яка дорівнює 3. Для надавачів медичних послуг, для яких під час розрахунку запланованої вартості медичних послуг, передбачених [главою 3](#) розділу II цього Порядку для пакета медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, у грудні 2020 р. за відповідним договором не застосовувався коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово, що становить 1,3, протягом періоду з 1 по 31 березня 2021 р. застосовується зазначений коефіцієнт за умови відповідності надавача медичних послуг додатковим умовам закупівлі, визначеним в оголошенні НСЗУ про укладення договорів;

для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідних медичних послуг за договором з НСЗУ, запланована вартість медичних послуг розраховується відповідно до порядку, передбаченого для розрахунку договорів до 31 грудня 2020 р., пропорційно до строку дії договору у 2021 році;

фактична вартість медичних послуг для кожного договору для послуг, передбачених [главами 2, 8, 15-26](#) розділу II цього Порядку, за один місяць дорівнює граничній сумі оплати за договором за грудень 2020 р.;

фактична вартість медичних послуг, передбачених [главою 3](#) розділу II цього Порядку, у період з 1 січня по 28 лютого 2021 р. за кожен місяць дорівнює граничній сумі оплати за договором за грудень 2020 р.;

фактична вартість медичних послуг, передбачених [главою 3](#) розділу II цього Порядку, в березні 2021 р. дорівнює граничній сумі оплати за договором за грудень 2020 р., до якої застосовується коригувальний коефіцієнт на умовах, наведених в абзаці третьому цього пункту;

для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідних медичних послуг за договором з НСЗУ, фактична вартість медичних послуг розраховується як  $1/n$  від запланованої вартості зазначених медичних послуг, розрахованої згідно з абзацом четвертим цього пункту, заокруглена до другого знака після коми, де  $n$  - кількість місяців строку дії договору;

фактична вартість медичних послуг для кожного договору для послуг, передбачених [главами 2, 8, 15-26](#) розділу II цього Порядку, за останній місяць строку дії договору за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця дії договору;

для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги за договором з НСЗУ, порядок розрахунку запланованої та фактичної вартості медичних послуг, наведений в главах [2, 8, 15-26](#) розділу II цього Порядку, не застосовується.

*{Порядок доповнено пунктом 17<sup>а</sup> згідно з Постановою КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 120 від 15.02.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року; в редакції Постанови КМ [№ 229 від 09.03.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

17<sup>а</sup>. Протягом періоду з 1 січня до 31 березня 2021 р.:

запланована вартість медичних послуг, зазначених у [главах 4-7, 9-14](#) розділу II цього Порядку, відповідно до договору розраховується як добуток середньомісячної фактичної кількості наданих медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг за період протягом квітня - грудня 2020 р., ставки на пролікований випадок та кількості місяців строку дії договору протягом I кварталу 2021 р.;

для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідних медичних послуг за договором з НСЗУ, запланована вартість медичних послуг розраховується відповідно до порядку, передбаченого для розрахунку договорів до 31 грудня 2020 р., пропорційно до строку дії договору у 2021 році;

порядок розрахунку запланованої вартості медичних послуг, наведений в [главах 4-7, 9-14](#) розділу II цього Порядку, не застосовується.

*{Порядок доповнено пунктом 17<sup>а</sup> згідно з Постановою КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

## **II. Пакети медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій**

### **Глава 1. Первинна медична допомога**

18. У межах програми медичних гарантій здійснюється оплата за надання медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, передбачених Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

19. Тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги встановлюється як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав [декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу](#), та становить:

600,48 гривні на рік - протягом періоду з 1 січня до 31 жовтня 2020 року;

651,6 гривні на рік - протягом періоду з 1 листопада 2020 р. до 31 березня 2021 року.

*{Абзац третій пункту 19 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

*{Пункт 19 в редакції Постанови КМ [№ 1108 від 29.10.2020](#) - застосовується з 1 листопада 2020 р.}*

20. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років - 2,465;

від 6 до 17 років - 1,356;

від 18 до 39 років - 0,616;

від 40 до 64 років - 0,739;

понад 65 років - 1,232.

21. Якщо медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, здійснюється в населених пунктах, яким надано статус

гірських згідно із [Законом України](#) “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у [пункті 20](#) цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

*{Пункт 21 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

22. До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

| Рівень перевищення ліміту                                                  | Коефіцієнт |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| Від 100 відсотків ліміту + одна декларація до 110 відсотків ліміту включно | 0, 616     |
| Від 110 відсотків ліміту + одна декларація до 120 відсотків ліміту включно | 0, 493     |
| Від 120 відсотків ліміту + одна декларація до 130 відсотків ліміту включно | 0, 37      |
| Від 130 відсотків ліміту + одна декларація до 140 відсотків ліміту включно | 0, 246     |
| Від 140 відсотків ліміту + одна декларація до 150 відсотків ліміту включно | 0, 123     |
| Від 150 відсотків ліміту + одна декларація та всі наступні                 | 0          |

Розподіл пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, понад ліміт за віковими групами, зазначеними в [пункті 20](#) цього Порядку, здійснюється за фактичною структурою пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу та працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.

23. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у [пункті 20](#) цього Порядку, не застосовуються до тарифу за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію на надання медичних послуг з надання первинної медичної допомоги понад ліміт.

24. Тарифи, встановлені у [пункті 19](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## Глава 2. Екстрена медична допомога

25. НСЗУ укладає договори про надання екстреної медичної допомоги з одним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі, який відповідає умовам закупівлі та визначений Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласною, Київською та Севастопольською міською держадміністрацією.

26. Тариф на медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, передбачені специфікаціями, встановлюється:

1) протягом періоду з 1 квітня 2020 р. до 31 січня 2021 р. - як глобальна ставка, що розрахована на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, для 100 осіб, та становить:

протягом періоду з 1 квітня до 30 червня 2020 р. - 11661,24 гривні;

протягом періоду з 1 липня 2020 р. до 31 січня 2021 р. - 16393,7 гривні;

2) з 1 лютого до 31 березня 2021 р. - як глобальна ставка, що розраховується на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою одній особі, та становить 235 гривень на рік.

До тарифу на медичні послуги з 1 лютого 2021 р. застосовується коригувальний коефіцієнт за готовність надавати допомогу пацієнтам з підозрою або встановленим захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, який становить:

1,08 - за виявлення на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, підтвердженою протягом відповідного звітного періоду у кількості менше 100 осіб на 100000 населення;

1,16 - за виявлення на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, підтвердженою протягом відповідного звітного періоду у кількості від 100 до 200 осіб на 100000 населення;

1,24 - за виявлення на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, підтвердженою протягом відповідного звітного періоду у кількості від 200 до 300 осіб на 100000 населення;

1,32 - за виявлення на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, підтвердженою протягом відповідного звітного періоду у кількості більше 300 осіб на 100000 населення.

Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, з 1 квітня по 31 грудня 2020 р. розраховується як добуток базової капітаційної ставки, чисельності населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення та даними Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня 2019 р., розділеної на 100.

Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, за січень 2021 р. встановлюється як гранична сума оплати за договором за грудень 2020 року.

Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, з 1 лютого 2020 р. по 31 березня 2021 р. розраховується як добуток 1/12 базової капітаційної ставки, коригувального коефіцієнта за готовність надавати допомогу пацієнтам з підозрою або встановленим захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, який становить 1,24, чисельності населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення та даними Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-

територіальної одиниці станом на 1 січня 2020 р. та кількості місяців, що залишилися до закінчення дії договору (з 1 лютого 2021 р.), із заокругленням до двох знаків після коми.

*{Пункт 26 в редакції Постанов КМ [№ 513 від 19.06.2020](#), [№ 120 від 15.02.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

27. Фактична вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, за один місяць за кожним договором з 1 квітня по 31 грудня 2020 р. розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, із заокругленням до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг за січень 2021 р. дорівнює граничній сумі оплати за договором за грудень 2020 року.

Фактична вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, за один місяць за кожним договором з 1 лютого по 31 березня 2021 р. розраховується як добуток 1/12 базової капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнту за готовність надавати допомогу пацієнтам з підозрою або встановленим захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, чисельності населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення та даними Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня 2020 р., із заокругленням до двох знаків після коми.

*{Пункт 27 в редакції Постанови КМ [№ 120 від 15.02.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

### **Глава 3. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій**

28. НСЗУ укладає договори про хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарну допомогу дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій за двома пакетами медичних послуг:

хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;

стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій.

29. Тариф на медичні послуги, які включені до цих пакетів медичних послуг, передбачені специфікаціями, встановлюється як комбінація глобальної ставки та ставки на пролікований випадок, що розраховані на основі базової ставки на пролікований випадок, що становить 4563,64 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

30. До базової ставки на пролікований випадок застосовуються коригувальні коефіцієнти:

коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал у порядку, наведеному в [додатку 1](#) до цього Порядку;

коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово, що становить 1,3;

ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи, значення якого наведено в [додатку 2](#) до цього Порядку.

Коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово застосовується тільки для пакета медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” за умови відповідності надавача медичних послуг додатковим умовам закупівлі, визначеним в оголошенні НСЗУ про укладення договорів.

31. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості медичних послуг згідно з даними, що містяться в заяві, визначеними на підставі звіту юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за 2018 рік, за [формою звітності № 20](#), затвердженою МОЗ (далі - звіт), та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

У разі коли в період з 1 січня 2019 р. до 1 лютого 2020 р. відбулися зміни у структурі мережі, що призвели до зміни запланованої кількості та структури медичних послуг у межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці, кількість медичних послуг у заяві зазначається на підставі інформації Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської держадміністрації.

Запланована кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” за кожною діагностично-спорідненою групою розраховується як заокруглення до цілого числа 3/4 зазначеної в заяві кількості пролікованих випадків за кожною групою, розрахованої відповідно до таблиці 3500 звіту (крім рядків 14.1-14.3), до якої застосовується коефіцієнт, який розраховується як співвідношення загальної кількості оперованих хворих, зазначеної в таблиці 3501 звіту, до загальної кількості операцій, проведених у стаціонарних умовах, зазначеної в таблиці 3500 звіту.

Планова кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” за кожною діагностично-спорідненою групою розраховується як заокруглення до цілого числа 3/4 зазначеної в заяві кількості пролікованих випадків за кожною групою, розрахованої відповідно до суми кількості послуг у графах 1, 3, 4, 7 таблиці 3220 звіту, крім:

рядка 2.2, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 19](#) розділу II цього Порядку;

рядків 3.0, 3.1 і 3.2, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 16](#) або [17](#) розділу II цього Порядку;

рядка 6.0, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 18](#) розділу II цього Порядку;

рядка 10.6, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 5](#) розділу II цього Порядку;

рядків 10.9-10.11, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 4](#) розділу II цього Порядку;

кількості послуг, визначених у рядку 16.0, зменшених на кількість медичних послуг та підтверджених заявою за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 6](#) розділу II цього Порядку;

*{Абзац десятий пункту 31 в редакції Постанови КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

кількості послуг, визначених у рядку 17.0, зменшених на кількість медичних послуг та підтверджених заявою за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 7](#) розділу II цього Порядку,

*{Абзац одинадцятий пункту 31 в редакції Постанови КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

до якої застосовується коефіцієнт, який розраховується за формулою:

$$K = 1 - (S/T),$$

де:

К - коригувальний коефіцієнт для розрахунку кількості пролікованих випадків у стаціонарних умовах;

S - загальна кількість оперованих хворих, зазначена в таблиці 3501 звіту;

T - загальна кількість пролікованих хворих у стаціонарних умовах, зазначена в таблиці 3220 звіту.

32. Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць встановлюється як комбінація глобальної ставки (PPGplan) та ставки на пролікований випадок (PPDplan) таким чином:

| Місяць   | Частка глобальної ставки (PPGplan), відсотків | Частка ставки на пролікований випадок (PPDplan), відсотків |
|----------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Квітень  | 100                                           | 0                                                          |
| Травень  | 100                                           | 0                                                          |
| Червень  | 100                                           | 0                                                          |
| Липень   | 100                                           | 0                                                          |
| Серпень  | 100                                           | 0                                                          |
| Вересень | 100                                           | 0                                                          |
| Жовтень  | 100                                           | 0                                                          |
| Листопад | 100                                           | 0                                                          |
| Грудень  | 100                                           | 0                                                          |

{Абзац перший пункту 32 в редакції Постанов КМ [№ 513 від 19.06.2020](#), [№ 845 від 16.09.2020](#) - застосовується з 1 вересня 2020 року}

Глобальна ставка за місяць розраховується за формулою:

$$\sum glob_i = Cases_{plan} \times BR \times CMI_{plan} \times R_{plan} \times PPG_{plan},$$

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| де:                                                                                 |
| $\sum glob_i$ - сума глобальної ставки у відповідному місяці;                       |
| $Cases_{plan}$ - запланована кількість пролікованих випадків у відповідному місяці; |
| BR - базова ставка;                                                                 |
| $CMI_{plan}$ - запланований індекс структури випадків у відповідному місяці;        |

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| $R_{plan}$ - запланований коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у відповідному місяці; |
| $PPD_{plan}$ - запланована частка глобальної ставки у відповідному місяці.                                  |

Розрахунок запланованої суми оплати за проліковані випадки за місяць здійснюється за формулою:

$$\sum DRG_i = Cases_{plan} \times BR \times CMI_{plan} \times R_{plan} \times PPD_{plan}$$

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| де:                                                                                            |
| $\sum DRG_i$ - сума оплати за проліковані випадки у відповідному місяці;                       |
| $Cases_{plan}$ - запланована кількість пролікованих випадків у відповідному місяці;            |
| $BR$ - базова ставка;                                                                          |
| $CMI_{plan}$ - запланований індекс структури випадків у відповідному місяці;                   |
| $R_{plan}$ - коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у відповідному місяці; |
| $PPD_{plan}$ - запланована частка ставки на пролікований випадок у відповідному місяці.        |

Запланований індекс структури випадків відповідного для надавача медичних послуг розраховується за формулою:

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan} \times RW_i}{Cases_{plan}}$$

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| де:                                                                                                                                                     |
| $CMI_{plan}$ - запланований індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг;                                                        |
| $Cases_{plan}$ - запланована кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідною діагностично-спорідненою групою;  |
| $RW_i$ - ваговий коефіцієнт за відповідною діагностично-спорідненою групою;                                                                             |
| $Cases_{plan}$ - загальна запланована кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг. |

{Пункт 32 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}

33. Фактична вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць розраховується як сума розміру глобальної ставки на медичні послуги за місяць та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця, базової ставки, фактичного індексу структури випадків, коефіцієнта збалансованості бюджету та інших коефіцієнтів, що застосовуються у відповідному періоді.

Розрахунок фактичної суми оплати за проліковані випадки за місяць здійснюється за формулою:

$$\sum drg_i = Cases_{fact} \times BR \times CMI_{fact} \times R_{fact} \times PPD_{fact}$$

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| де:                                                                                            |
| $\sum drg_i$ - фактична сума оплати за проліковані випадки у відповідному місяці;              |
| $Cases_{fact}$ - фактична кількість пролікованих випадків у відповідному місяці;               |
| $BR$ - базова ставка;                                                                          |
| $CMI_{fact}$ - фактичний індекс структури випадків у відповідному місяці;                      |
| $R_{fact}$ - коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у відповідному місяці; |
| $PPD_{fact}$ - частка ставки на пролікований випадок у відповідному місяці.                    |

Фактичний індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг розраховується за формулою:

$$CMI_{fact} = \frac{\sum Cases_{fact,i} \times RW_i}{Cases_{fact}}$$

|                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| де:                                                                                                                                                        |
| $CMI_{fact}$ - фактичний індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг;                                                              |
| $\sum Cases_{fact,i}$ - фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідною діагностично-спорідненою групою; |
| $RW_i$ - ваговий коефіцієнт за відповідною діагностично-спорідненою групою;                                                                                |
| $Cases_{fact}$ - загальна фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.       |

{Пункт 33 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}

34. Тарифи, встановлені в [пункті 29](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень, та ставку на оплату медичної реабілітації в гострому періоді.

#### Глава 4. Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах

35. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, яка становить:

протягом періоду з 1 квітня до 30 червня 2020 року - 19332,31 гривні;

протягом періоду з 1 липня 2020 р. до 31 березня 2021 року - 26947 гривень.

*{Абзац третій пункту 35 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

*{Пункт 35 в редакції Постанови КМ [№ 513 від 19.06.2020](#)}*

36. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на пролікований випадок.

37. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах за місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

## **Глава 5. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда**

38. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, яка становить:

протягом періоду з 1 квітня до 30 червня 2020 року - 16001,43 гривні;

протягом періоду з 1 липня 2020 р. до 31 березня 2021 року - 30108 гривень.

*{Абзац третій пункту 38 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

*{Пункт 38 в редакції Постанови КМ [№ 513 від 19.06.2020](#)}*

39. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості медичних послуг згідно із заявою та ставки на пролікований випадок.

40. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах за місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

## **Глава 6. Медична допомога при пологах**

41. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при пологах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, яка становить 8136,03 гривні.

42. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості медичних послуг згідно із заявою та ставки на пролікований випадок.

43. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах за місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

## **Глава 7. Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках**

44. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, що розраховується на основі базової ставки на пролікований випадок, яка становить 29678,86 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

45. Коригувальні коефіцієнти залежно від складності наданої медичної послуги становлять:

під час надання медичних послуг новонародженим з масою тіла до 1500 грамів - 3,32;

під час надання медичних послуг новонародженим з масою тіла 1500 грамів і більше - 0,879.

*{Абзац третій пункту 45 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

46. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

47. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках за місяць за кожним договором розраховується як добуток базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

## **Глава 8. Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу**

48. Тариф на медичні послуги з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та/або медичної реабілітації, та/або ургентної стоматологічної допомоги, та/або планової стоматологічної допомоги дітям до 16 років, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати 100 послуг з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та/або медичної реабілітації, та/або ургентної стоматологічної допомоги, та/або планової стоматологічної допомоги дітям до 16 років, що розрахована на основі базової ставки на медичні послуги, яка становить 4942 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

49. Коригувальні коефіцієнти залежно від складності наданої медичної послуги становлять:

за хірургічні втручання, проведені амбулаторно, - 9,713;

за консультації, проведені амбулаторно, - 1;

за стоматологічну допомогу - 0,186.

50. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток заокругленої до цілого числа  $\frac{3}{4}$  кількості медичних послуг, що містяться у заяві згідно з даними звіту, базової ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

*{Пункт 50 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

51. Фактична вартість медичних послуг з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та/або медичної реабілітації, та/або ургентної стоматологічної допомоги, та/або планової стоматологічної допомоги дітям до 16 років за місяць за кожним договором розраховується як  $\frac{1}{9}$  запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та/або медичної реабілітації, та/або ургентної стоматологічної допомоги, та/або планової стоматологічної допомоги дітям до 16 років за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та/або медичної реабілітації, та/або ургентної стоматологічної допомоги, та/або планової стоматологічної допомоги дітям до 16 років за період до 1 числа останнього місяця.

52. Тарифи, встановлені у [пункті 48](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## Глава 9. Мамографія

53. Тариф на медичні послуги з проведення мамографії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 204,12 гривні.

54. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу.

55. Фактична вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах на один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг за відповідний місяць.

*{Пункт 55 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

## Глава 10. Гістероскопія

56. Тариф на медичні послуги з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 1965,6 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,35 у разі проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції.

57. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта.

58. Фактична вартість медичних послуг з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за місяць.

59. Тарифи, встановлені у [пункті 56](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## Глава 11. Езофагогастродуоденоскопія

60. Тариф на медичні послуги з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 749,52 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,35 у разі проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції.

61. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта.

62. Фактична вартість медичних послуг з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки

на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за один місяць.

63. Тарифи, встановлені у [пункті 60](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## Глава 12. Колоноскопія

64. Тариф на медичні послуги з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 943,92 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,35 у разі проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції.

65. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта.

66. Фактична вартість медичних послуг з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за один місяць.

67. Тарифи, встановлені у [пункті 64](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## Глава 13. Цистоскопія

68. Тариф на медичні послуги з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 802,44 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,35 у разі проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції.

69. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта.

70. Фактична вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за відповідний місяць.

*{Пункт 70 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

71. Тарифи, встановлені у [пункті 68](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## Глава 14. Бронхоскопія

72. Тариф на медичні послуги з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 968,76 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,35 у разі проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції.

73. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта.

74. Фактична вартість медичних послуг з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за один місяць.

75. Тарифи, встановлені у [пункті 72](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## **Глава 15. Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах**

76. Тариф на медичні послуги з лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах, що розрахована на основі ставки на медичну послугу, яка становить 1894,16 гривні.

77. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно із заявою та ставки на медичну послугу.

78. Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах за один місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

79. Тарифи, встановлені у [пункті 76](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

## **Глава 16. Діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей**

80. Тариф на медичні послуги з діагностики та хіміотерапевтичного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з діагностики та хіміотерапевтичного лікування онкологічних захворювань, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 17843,96 гривні.

До тарифу з 1 вересня 2020 р. застосовується коригувальний коефіцієнт за готовність лікувати онкологічні захворювання у дітей віком до 18 років, який становить 4,7.

*{Пункт 80 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ [№ 845 від 16.09.2020](#)}*

81. Запланована вартість медичних послуг за місяць відповідно до договору розраховується:

до 31 серпня 2020 р. - як 1/9 добутку запланованої кількості пролікованих осіб згідно із заявою та капітаційної ставки, заокруглена до другого знака після коми;

з 1 вересня до 31 грудня 2020 р. - за формулою:

$$Ch_{plan} = ((P_{ch_{plan}} - P_{ch}) \times BR_{ch} + P_{ch} \times BR_{ch} \times K_{ch}) / T_{ch},$$

де  $Ch_{plan}$  - запланована вартість медичних послуг за місяць за діагностику та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;

$P_{ch_{plan}}$  - запланована кількість пролікованих осіб згідно із заявою;

$P_{ch}$  - кількість дітей віком до 18 років із онкологічними захворюваннями, які пройшли спеціальне хіміотерапевтичне (імуно-, гормотерапевтичне) лікування у надавача медичних послуг протягом 2019 року, за даними Національного канцер-реєстру України за 2019 рік;

$BR_{ch}$  - капітаційна ставка за діагностику та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;

$K_{ch}$  - коригувальний коефіцієнт за готовність лікувати онкологічні захворювання у дітей віком до 18 років, який становить 4,7;

$T_{ch}$  - строк дії договору в повних місяцях.

Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за весь період дії договору розраховується як сума запланованих вартостей медичних послуг за місяць всіх місяців протягом строку дії договору.

*{Пункт 81 в редакції Постанови КМ № 845 від 16.09.2020}*

82. Фактична вартість медичних послуг з діагностики та хіміотерапевтичного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей за кожним договором за місяць розраховується:

до 31 серпня 2020 р. - як  $1/9$  добутку запланованої кількості пролікованих осіб згідно із заявою та капітаційної ставки, заокруглена до другого знака після коми;

з 1 вересня до 31 грудня 2020 р. - за формулою:

$$Ch_{fact} = ((P_{chplan} - P_{ch}) \times BR_{ch} + P_{ch} \times BR_{ch} \times K_{ch}) / T_{ch},$$

де  $Ch_{fact}$  - фактична вартість медичних послуг за діагностику та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей за місяць;

$P_{chplan}$ ,  $P_{ch}$ ,  $BR_{ch}$ ,  $K_{ch}$ ,  $T_{ch}$  - визначено в [пункті 81](#) цього Порядку.

*{Пункт 82 в редакції Постанови КМ № 845 від 16.09.2020}*

83. Тарифи, встановлені у [пункті 80](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень, включаючи непідтверджені випадки злоякісних новоутворень.

## **Глава 17. Діагностика та радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей**

84. Тариф на медичні послуги з діагностики та радіологічного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з діагностики та радіологічного лікування онкологічних захворювань, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 30327,75 гривні.

85. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості пролікованих осіб згідно із заявою та капітаційної ставки.

86. Фактична вартість медичних послуг з діагностики та радіологічного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей за місяць за кожним договором розраховується як  $1/9$  запланованої вартості медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з діагностики та радіологічного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг

відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

87. Тарифи, встановлені у [пункті 84](#) цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень, включаючи непідтверджені випадки злоякісних новоутворень.

## **Глава 18. Психіатрична допомога дорослим та дітям**

88. Тариф на медичні послуги з надання психіатричної допомоги дорослим та дітям, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з психіатричної допомоги, що розрахована на основі базової ставки на пролікований випадок, яка становить 7406,4 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

89. Коригувальні коефіцієнти залежно від спроможності закладу надавати медичні послуги в умовах інтенсивної терапії становлять:

за готовність надавати послуги в умовах інтенсивної терапії відповідно до додаткових умов закупівлі - 1,102;

за готовність надавати послуги без інтенсивної терапії - 0,982.

90. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток заокругленої до цілого числа  $\frac{3}{4}$  кількості пролікованих випадків згідно з інформацією, зазначеною у заяві, що розрахована за даними звіту, та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

*{Абзац перший пункту 90 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 267 від 08.04.2020](#)}*

Запланована кількість пролікованих випадків визначається відповідно до кількості послуг, зазначених у графах 1, 3, 4, 7 рядка 6.0 таблиці 3220 звіту, за винятком кількості пролікованих осіб, щодо яких застосовуються примусові заходи медичного характеру.

91. Фактична вартість медичних послуг з надання психіатричної допомоги за один місяць за кожним договором розраховується як  $\frac{1}{9}$  запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з надання психіатричної допомоги за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за періоди до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 19. Лікування дорослих та дітей із туберкульозом**

92. Тариф на медичні послуги з лікування туберкульозу, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з лікування туберкульозу, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 20663,68 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

93. Коригувальні коефіцієнти залежно від спроможності закладу проводити хірургічні втручання становлять:

за готовність проводити хірургічні втручання відповідно до додаткових умов закупівлі - 1,056;

за готовність надавати послуги без хірургічних втручань - 0,956.

До тарифу з 1 вересня 2020 р. застосовується коригувальний коефіцієнт за готовність лікувати мультирезистентний туберкульоз та здійснювати координацію заходів з профілактики та виявлення мультирезистентного туберкульозу на регіональному рівні, який

становить 1,4 та застосовується під час розрахунку запланованої вартості медичних послуг, які надаються одним надавачем медичних послуг на території Автономної Республіки Крим, кожної області, м. Києва та Севастополя, за даними державної установи “Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України”.

*{Пункт 93 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ № 845 від 16.09.2020}*

94. Запланована вартість зазначених медичних послуг за місяць відповідно до договору розраховується:

до 31 серпня 2020 р. - як 1/9 добутку кількості осіб, хворих на туберкульоз, які пройшли лікування у 2019 році згідно з даними заяви, та капітаційної ставки з урахуванням відповідних коефіцієнтів, заокруглена до другого знака після коми;

з 1 вересня до 31 грудня 2020 р. - за формулою:

$$TB_{plan} = ((P_{tbplan} - P_{mr tb}) \times BR_{tb} + P_{mr tb} \times BR_{tb} \times K_{mr tb}) \times K_s / T_{tb},$$

де  $TB_{plan}$  - запланована вартість медичних послуг за лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз;

$P_{tbplan}$  - кількість осіб, хворих на туберкульоз, які пройшли лікування у 2019 році, згідно з даними заяви;

$P_{mr tb}$  - кількість осіб, хворих на мультирезистентний туберкульоз, які отримали лікування туберкульозу в надавача медичних послуг протягом 2019 року, за даними державної установи “Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України”;

$BR_{tb}$  - капітаційна ставка за лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз;

$K_{mr tb}$  - коригувальний коефіцієнт за готовність лікувати мультирезистентний туберкульоз та здійснювати координацію заходів з профілактики та виявлення мультирезистентного туберкульозу на регіональному рівні, який становить 1,4;

$K_s$  - коригувальний коефіцієнт з урахуванням спроможності закладу проводити хірургічні втручання;

$T_{tb}$  - строк дії договору в повних місяцях.

Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за весь період дії договору розраховується як сума запланованих вартостей медичних послуг за місяць всіх місяців протягом строку дії договору.

*{Пункт 94 в редакції Постанови КМ № 845 від 16.09.2020}*

95. Фактична вартість медичних послуг з лікування туберкульозу за місяць за кожним договором розраховується:

до 31 серпня 2020 р. - як 1/9 добутку кількості осіб, хворих на туберкульоз, які пройшли лікування у 2019 році згідно з даними заяви, та капітаційної ставки з урахуванням відповідних коефіцієнтів, заокруглена до другого знака після коми;

з 1 вересня до 31 грудня 2020 р. - за формулою:

$$TB_{fact} = ((P_{tbplan} - P_{mr tb}) \times BR_{tb} + P_{mr tb} \times BR_{tb} \times K_{mr tb}) \times K_s / T_{tb},$$

де  $TB_{fact}$  - фактична вартість медичних послуг за лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, за місяць;

$P_{tbplan}$ ,  $P_{mr tb}$ ,  $BR_{tb}$ ,  $K_{mr tb}$ ,  $K_s$ ,  $T_{tb}$  - визначено у [пункті 94](#) цього Порядку.

*{Пункт 95 в редакції Постанови КМ № 845 від 16.09.2020}*

## **Глава 20. Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ**

96. Тариф на медичні послуги з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги особам із ВІЛ, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 1500,05 гривні.

97. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток суми запланованої кількості осіб, які отримуватимуть антиретровірусну терапію в надавача медичних послуг, та кількості дітей до 18 місяців, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями, які перебуватимуть під медичним наглядом у надавача медичних послуг, зазначених у заяві, на підставі інформації Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської держадміністрації та капітаційної ставки.

98. Фактична вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ за один місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 21. Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії**

99. Тариф на медичні послуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 1635,46 гривні.

100. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості осіб, які отримуватимуть послуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії у надавача медичних послуг, зазначених у заяві на підставі інформації Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської держадміністрації та капітаційної ставки.

101. Фактична вартість медичних послуг з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії за один місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 22. Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям**

102. Тариф на медичні послуги, пов'язані з паліативною медичною допомогою дорослим та дітям у стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з паліативної медичної допомоги, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 7865,64 гривні.

103. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості паліативних хворих, які отримають паліативну допомогу у стаціонарних умовах, згідно із заявою та капітаційної ставки.

104. Фактична вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги за один місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 23. Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям**

105. Тариф за надання медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим та дітям, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з паліативної медичної допомоги, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 9832,05 гривні.

106. Запланована вартість зазначених послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості паліативних хворих, які отримають мобільну паліативну допомогу, згідно із заявою та капітаційної ставки.

107. Фактична вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги за один місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 24. Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя**

108. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з медичної реабілітації, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 6554,73 гривні.

109. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості дітей, які отримають послуги з медичної реабілітації, згідно із заявою та капітаційної ставки.

110. Фактична вартість медичної послуги з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, за один місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 25. Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату**

111. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з медичної реабілітації, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 6554,73 гривні.

112. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату, які отримують послуги медичної реабілітації, згідно із заявою та капітаційної ставки.

113. Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату за місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 26. Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи**

114. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на дев'ять місяців за готовність надати послуги з медичної реабілітації, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 6554,73 гривні.

115. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток запланованої кількості дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи, які отримують послуги медичної реабілітації, згідно із заявою та капітаційної ставки.

116. Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи за місяць за кожним договором розраховується як 1/9 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору, заокруглена до другого знака після коми.

Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи за останній місяць за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця.

## **Глава 27. Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2**

116<sup>а</sup>. НСЗУ укладає договори про надання стаціонарної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, з надавачами медичних послуг, які включені до переліку закладів охорони здоров'я,

визначених для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, поданого керівником робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації медико-біологічного характеру державного рівня, пов'язаної з поширенням на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та відповідають умовам закупівлі.

*{Пункт 116<sup>а</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 513 від 19.06.2020}*

116<sup>а</sup>. Тариф на медичні послуги із стаціонарної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, встановлюється як глобальна ставка на місяць, що розрахована як комбінація ставки на медичну послугу за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами, яка становить 498325,65 гривні, та ставки на медичну послугу за готовність надавати медичні послуги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в умовах інтенсивної терапії, яка становить 171167,83 гривні.

116<sup>а</sup>. Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за кожним договором розраховується за такою формулою:

$$Cp = (V \times BRv + T \times BRt) \times Mp,$$

де ***Cp*** - запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2;

***V*** - кількість апаратів штучної вентиляції легень (далі - апарати вентиляції легень), що відповідають умовам закупівлі та визначені для лікування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, у надавача медичних послуг згідно з його заявою на дату її подання;

***BRv*** - ставка на медичну послугу за готовність надавати медичні послуги, пов'язані з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в умовах інтенсивної терапії;

***T*** - кількість команд, що включають лікарів-анестезіологів та/або лікарів-анестезіологів дитячих, лікарів-інфекціоністів/терапевтів/педіатрів, лікарів інших спеціальностей, а також середній, молодший медичний та інший персонал, який не залучений до надання інших медичних послуг за програмою медичних гарантій (далі - медичні команди) та залучені до надання медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, на дату подання надавачем заяви. Після початку надання медичних послуг членом медичної команди пацієнту, якому встановлено гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, такий член медичної команди не може бути залучений до надання інших медичних послуг за програмою медичних гарантій пацієнтам, у яких не встановлено гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2. Якщо в закладі охорони здоров'я створено щонайменше чотири команди (анестезіологічні), до складу яких залучено лікаря-анестезіолога та/або лікаря-анестезіолога дитячого, допускається створення додаткових команд (неанестезіологічних), які формуються з трьох лікарів за спеціальностями "Внутрішні хвороби" та/або "Хірургія", та/або "Педіатрія", та/або лікарів-інтернів (під керівництвом лікаря відповідної команди, призначеного керівником такого лікаря-інтерна на базі стажування), а також дев'яти осіб середнього та молодшого медичного персоналу, але у кількості не більше ніж одна неанестезіологічна команда на одну анестезіологічну. Створення кожної нової неанестезіологічної команди допускається за умови, що навантаження на кожну існуючу команду за попередній місяць становить 20 і більше пацієнтів;

**BRt** - ставка на медичну послугу за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами;

**Mr** - кількість календарних місяців строку дії договору з урахуванням першого та останнього місяців.

*{Пункт 116<sup>3</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 929 від 09.10.2020, № 1108 від 29.10.2020 - застосовується з 1 листопада 2020 р.}*

116<sup>4</sup>. Фактична вартість медичних послуг, пов'язаних з лікуванням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за кожним договором розраховується за такою формулою:

1) за перший місяць дії договору:

$$Cf_1 = (V \times BRv + Pr \times Kc \times BRv \times Kw \times Ki + T \times BRt \times Kit \times Ki) \times Kf_1,$$

де **Cf<sub>1</sub>** - фактична вартість медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за перший місяць;

**V** - кількість апаратів вентиляції легень, що відповідають умовам закупівлі та визначені для лікування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, у надавача медичних послуг згідно з його заявою на дату її подання;

**Pr** - кількість нових підтверджених випадків захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці за звітний період за даними МОЗ;

**Kc** - коефіцієнт, що відображає частку пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, які потребуватимуть інтенсивної терапії, та становить 0,05;

**BRv** - ставка на медичну послугу за готовність надавати медичні послуги, пов'язані з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в умовах інтенсивної терапії;

**Kw** - коефіцієнт, що відображає навантаження на відділення/палату інтенсивної терапії з урахуванням середнього строку перебування одного пацієнта в закладі охорони здоров'я та становить 0,264;

**Ki** - коефіцієнт інтенсивності роботи надавача медичних послуг, що розраховується як заокруглене до трьох знаків після коми співвідношення кількості пацієнтів з підтвердженою гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, які перебували у відділенні/палатах інтенсивної терапії такого надавача медичних послуг, за звітний період до загальної кількості пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, які перебували у відділеннях/палатах інтенсивної терапії надавачів медичних послуг, які надають допомогу пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за програмою медичних гарантій за цим пакетом медичних послуг на відповідній адміністративно-територіальній одиниці, за звітний період. У разі відсутності пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, у відділеннях/палатах інтенсивної терапії відповідного надавача медичних послуг такий коефіцієнт становить 0;

**T** - кількість медичних команд, що залучені до надання медичних послуг, пов'язаних з

гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, станом на останній день звітного періоду;

**$BRt$**  - ставка на медичну послугу за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами;

**$Kf_1$**  - коефіцієнт тривалості дії договору у першому місяці, який становить 1 у разі, коли датою початку дії договору є дата до 15 числа місяця включно, та 0,5 у разі, коли датою початку дії договору є дата після 15 числа відповідного місяця;

**$Kit$**  - коефіцієнт завантаженості команд, який становить:

0,78 - за надання медичної допомоги від 1 до 20 пацієнтам за місяць у розрахунку на одну команду;

1,26 - за надання медичної допомоги від 21 до 40 пацієнтам за місяць у розрахунку на одну команду;

1,74 - за надання медичної допомоги від 41 до 60 пацієнтам за місяць у розрахунку на одну команду;

2,16 - за надання медичної допомоги від 61 і більшої кількості пацієнтів за місяць у розрахунку на одну команду;

**$Kl$**  - коефіцієнт за готовність проводити лабораторну діагностику підтвердження гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, який становить 1 - якщо заклад не має в складі лабораторії, яка проводить тестування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, та 1,038 - якщо заклад має у складі лабораторію, яка проводить тестування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2;

*{Підпункт 1 пункту 116<sup>4</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № [513 від 19.06.2020](#), № [929 від 09.10.2020](#)}*

2) за останній місяць дії договору:

$$Cf_i = (T \times BRt \times Kit \times Kl) \times Kf_i,$$

де  **$Cf_f$**  - фактична вартість медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за останній місяць;

**$T$**  - кількість медичних команд, що залучені до надання медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, станом на останній день звітного періоду;

**$BRt$**  - ставка на медичну послугу за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами;

**$Kf_f$**  - коефіцієнт тривалості дії договору в останньому місяці, який становить 1 у разі, коли датою закінчення дії договору є дата після 15 числа місяця, та 0,5 у разі, коли датою закінчення дії договору є дата до 15 числа відповідного місяця включно;

**$Kit$ ,  $Kl$**  - як визначено в [підпункті 1](#) цього пункту;

*{Підпункт 2 пункту 116<sup>4</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № [929 від 09.10.2020](#)}*

3) за кожен місяць дії договору, крім першого та останнього місяців:

$$Cf_n = Pr \times Kc \times BRv \times Kw \times Ki + V_n \times BRv \times Kf_n + T \times BRt \times Kit \times Kl,$$

де  $Cf_n$  - фактична вартість медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за місяць;

$Pr$  - кількість нових підтверджених випадків захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці за звітний період за даними МОЗ;

$Kc$  - коефіцієнт, що відображає частку осіб, які потребуватимуть інтенсивної терапії, та становить 0,05;

$BRv$  - ставка на медичну послугу за готовність надавати медичні послуги, пов'язані з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в умовах інтенсивної терапії;

$Kw$  - коефіцієнт, що відображає навантаження на відділення/палату інтенсивної терапії з урахуванням середнього строку перебування одного пацієнта в закладі охорони здоров'я та становить 0,264;

$Ki$  - коефіцієнт інтенсивності роботи надавача медичних послуг, що розраховується як заокруглене до трьох знаків після коми співвідношення кількості пацієнтів з підтвердженою гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, які перебували у відділенні/палатах інтенсивної терапії такого надавача медичних послуг, за звітний період до загальної кількості пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, які перебували у відділеннях/палатах інтенсивної терапії надавачів медичних послуг, які надають допомогу пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за програмою медичних гарантій за цим пакетом медичних послуг на відповідній адміністративно-територіальній одиниці, за звітний період. У разі відсутності пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, у відділеннях/палатах інтенсивної терапії відповідного надавача медичних послуг такий коефіцієнт становить 0;

$V_n$  - кількість апаратів вентиляції легень, що відповідають умовам закупівлі та визначені для лікування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, що введені в експлуатацію у надавача медичних послуг за звітний період;

$Kf_n$  - коефіцієнт тривалості функціонування апарата вентиляції легень в закладі охорони здоров'я для надання медичної допомоги, пов'язаної з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, який становить 1 у разі, коли датою введення в експлуатацію апарата вентиляції легень є дата до 15 числа місяця включно, та 0,5 у разі, коли датою введення в експлуатацію апарата вентиляції легень є дата після 15 числа місяця, згідно з інформацією, наданою керівником закладу охорони здоров'я;

$T$  - кількість медичних команд, що залучені до надання медичних послуг, пов'язаних з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, станом на останній день звітного періоду;

$BRt$  - ставка на медичну послугу за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами;

$Kit, Kl$  - як визначено в [підпункті 1](#) цього пункту.

*{Підпункт 3 пункту 116<sup>а</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № [513 від 19.06.2020](#), № [929 від 09.10.2020](#)}*

*{Порядок доповнено главою 27 згідно з Постановою КМ № [331 від 24.04.2020](#) - застосовується з 1 квітня 2020 року та діє у період карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 календарних днів після його відміни}*

*{Главу 28 виключено на підставі Постанови КМ № [120 від 15.02.2021](#) - застосовується з 1 лютого 2021 року}*

## **Глава 29. Медична допомога, яка надається мобільними медичними бригадами, що утворені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2**

116<sup>а</sup>. НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги мобільними медичними бригадами закладів охорони здоров'я з відбору, зберігання та транспортування зразків біологічних матеріалів для тестування на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції (далі - мобільні бригади), укомплектованими штатними медичними працівниками таких закладів, що визначені структурними підрозділами з питань охорони здоров'я відповідних держадміністрацій та відповідають умовам закупівлі, в обсязі, що не перевищує 10 мобільних бригад на кожні 100000 населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

116<sup>б</sup>. Тариф на медичні послуги, які надаються мобільними бригадами, визначається як глобальна ставка на місяць, що розраховується на основі ставки на медичну послугу та становить 50 942,05 гривні.

116<sup>в</sup>. Запланована вартість медичних послуг, які надаються мобільними бригадами, розраховується як добуток кількості мобільних бригад у закладі охорони здоров'я згідно з інформацією, наданою Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я відповідних держадміністрацій, тарифу на медичні послуги, які надаються мобільними бригадами, та кількості місяців строку дії договору з урахуванням першого та останнього місяців.

116<sup>г</sup>. Фактична вартість медичних послуг, які надаються мобільними бригадами, на місяць розраховується як добуток кількості мобільних бригад у закладі охорони здоров'я на дату подання звіту, тарифу на медичні послуги, які надаються мобільними бригадами, і коефіцієнта навантаження мобільних бригад.

Коефіцієнт навантаження мобільних бригад для кожного закладу охорони здоров'я становить:

1 - у разі здійснення 150 і більше відборів зразків біологічних матеріалів для тестування на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції (далі - відбір зразків) протягом відповідного звітнього періоду у розрахунку на одну мобільну бригаду;

0,75 - у разі здійснення від 100 до 150 відборів зразків протягом відповідного звітнього періоду у розрахунку на одну мобільну бригаду;

0,5 - у разі здійснення від 50 до 100 відборів зразків протягом відповідного звітнього періоду у розрахунку на одну мобільну бригаду;

0,25 - у разі здійснення менше 50 відборів зразків протягом відповідного звітнього періоду у розрахунку на одну мобільну бригаду.

Якщо кількість відібраних зразків у закладі за звітний період більше 0, але менше 1 із розрахунку на одну мобільну бригаду у відповідного надавача медичних послуг, то кількість бригад у закладі за звітний період прирівнюється до кількості відібраних зразків усіма

мобільними бригадами закладу, а коефіцієнт навантаження мобільних бригад для такого закладу охорони здоров'я становить 0,25.

*{Пункт 116<sup>12</sup> доповнено новим абзацом згідно з Постановою КМ [№ 513 від 19.06.2020](#)}*

У разі отримання інформації щодо збільшення або зменшення кількості мобільних бригад від структурного підрозділу з питань охорони здоров'я відповідної держадміністрації у встановленому порядку можуть укладатися нові договори щодо надання медичних послуг, передбачених цією главою, або вноситися відповідні зміни до договорів. Договори щодо збільшення кількості мобільних бригад (не більше ніж на одну одиницю) укладаються у разі, коли існуючі мобільні бригади в закладах охорони здоров'я, розташованих на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, здійснюють більше 150 відборів зразків протягом відповідного місяця у розрахунку на одну мобільну бригаду.

У разі, якщо протягом звітнього періоду відбір зразків не здійснювався жодною мобільною бригадою закладу охорони здоров'я, фактична вартість медичних послуг, передбачених цією главою, дорівнює нулю.

*{Пункт 116<sup>12</sup> доповнено абзацом згідно з Постановою КМ [№ 456 від 27.05.2020](#)}*

*{Порядок доповнено главою 29 згідно з Постановою КМ [№ 331 від 24.04.2020](#) - застосовується з 1 квітня 2020 року та діє у період карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 календарних днів після його відміни}*

*{Главу 30 виключено на підставі Постанови КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

## **Глава 31. Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я**

116<sup>15</sup>. НСЗУ укладає договори про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я відповідно до укладених надавачами медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

116<sup>16</sup>. Тариф на перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я застосовується протягом періоду з 1 липня 2020 р. до 31 березня 2021 року.

*{Пункт 116<sup>16</sup> із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

116<sup>17</sup>. Договори про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я укладаються із закладами, які уклали договір із НСЗУ про надання екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами з квітня 2020 року (для закладів, визначених [пунктом 1<sup>2</sup>](#) постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 "Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528; 2020 р., № 19, ст. 1533), - з липня 2020 року).

116<sup>18</sup>. Протягом періоду з 1 січня по 31 березня 2021 р. запланована вартість на місяць перехідного фінансового забезпечення комплексного надання закладами охорони здоров'я медичних послуг, передбачених цією главою, розраховується як добуток глобальної ставки та кількості місяців строку дії договору.

Глобальна ставка розраховується за такою формулою:

$$\Sigma \text{ glob} = (\text{Budprev} - \text{Budpmg2})/3 + \Sigma \text{ sal},$$

де Budprev - 90 відсотків касових видатків надавача медичних послуг за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам з урахуванням касових видатків закладів охорони здоров'я, які реорганізовані у 2020 році та правонаступником яких він є згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, за даними органів Казначейства (І квартал 2020 року). Для надавачів медичних послуг, фінансування яких здійснювалося в рамках пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в Полтавській області (І квартал 2020 р.), сума фінансування визначається на рівні 90 відсотків суми укладених договорів з НСЗУ;

Budpmg2 - запланована вартість медичних послуг за договором з НСЗУ за період з 1 січня по 31 березня 2021 р. за програмою медичних гарантій, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені у [главах 2-26](#) розділу II цього Порядку;

$\Sigma \text{ sal}$  - гранична сума оплати за грудень 2020 р. надавачу медичних послуг, включаючи надавачів медичних послуг, правонаступником яких є цей надавач, згідно з відомостями, що містяться в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, за медичні послуги, які надавалися за пакетом медичних послуг, визначеним у [главі 31](#) розділу II цього Порядку, за договорами, умови яких застосовуються з 1 вересня 2020 року.

Якщо значення “(Budprev - Budpmg2)/3” менше 0, воно набуває значення 0.

Для спеціалізованих стоматологічних закладів, центрів громадського здоров'я, санаторно-курортних закладів, центрів первинної медико-санітарної допомоги, лікарсько-фізкультурних диспансерів (центрів спортивної медицини) значення “(Budprev - Budpmg2)/3” становить 0.

Фактична вартість медичних послуг перехідного фінансового забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я для кожного договору за один місяць розраховується як  $1/n$  від запланованої вартості зазначених медичних послуг, заокруглена до другого знака після коми, де  $n$  - кількість місяців строку дії договору.

Фактична вартість медичних послуг перехідного фінансового забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я за останній місяць строку дії договору за кожним договором розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця дії договору.

*{Пункт 116<sup>18</sup> в редакції Постанови КМ [№ 22 від 13.01.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 229 від 09.03.2021](#) - застосовується з 1 січня 2021 року}*

*{Порядок доповнено главою 31 згідно з Постановою КМ [№ 513 від 19.06.2020](#); в редакції Постанови КМ [№ 789 від 07.09.2020](#)}*

## **Глава 32. Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2**

116<sup>19</sup>. НСЗУ укладає договори із надавачами медичних послуг, визначеними у переліку, затверджену керівником робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації медико-біологічного характеру державного рівня, пов'язаної з поширенням на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (далі -

керівник робіт), для забезпечення вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (далі - вакцинація), яка здійснюється медичними командами з вакцинації, до складу яких входять співробітники надавача медичних послуг і які функціонують як мобільні команди або команди, що безпосередньо працюють в пунктах щеплень (далі - медичні команди з вакцинації), починаючи з місяця, в якому вакцина від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, буде офіційно зареєстрована в Україні.

116<sup>20</sup>. Тариф на медичні послуги з вакцинації встановлюється як комбінація глобальної ставки та ставки на медичну послугу.

Глобальна ставка сплачується за перший місяць надання медичних послуг, передбачених цією главою, згідно з договором і становить 8247 гривень за кожну медичну команду з вакцинації.

Ставка на медичну послугу становить:

25 гривень - за проведення першого щеплення одному пацієнту (перший раунд вакцинації);

60 гривень - за проведення другого щеплення одному пацієнту (другий раунд вакцинації).

116<sup>21</sup>. Запланована вартість зазначених медичних послуг розраховується як добуток кількості медичних команд з вакцинації, утворених відповідно до наказу керівника робіт, ставки на медичну послугу (за два раунди вакцинації), кількості пацієнтів, яким одна медична команда з вакцинації готова провести вакцинацію протягом місяця відповідно до інформації, зазначеної у пропозиції, але не більше ніж 1320 пацієнтів, кількості місяців, протягом яких надаватимуться зазначені медичні послуги згідно з договором.

116<sup>22</sup>. Фактична вартість зазначених медичних послуг за один місяць за кожним договором розраховується як:

сума глобальної ставки та добутку відповідної ставки на медичну послугу і кількості вакцинованих пацієнтів - для першого місяця надання зазначених медичних послуг;

добутку відповідної ставки на медичну послугу та кількості вакцинованих пацієнтів - для інших місяців надання зазначених медичних послуг.

*{Порядок доповнено главою 32 згідно з Постановою КМ № 120 від 15.02.2021 - застосовується з дати початку здійснення в рамках проведення профілактичних щеплень в Україні широкомасштабної імунізації населення з метою подолання пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2}*

### III. Реімбурсація

117. НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про реімбурсацію таких лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних захворювань включно з первинною та вторинною профілактикою інфарктів та інсультів, цукрового діабету II типу, бронхіальної астми та ревматичних хвороб:

| Міжнародна непатентована назва                                            | Форма випуску |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Первинна, вторинна профілактика та лікування серцево-судинних захворювань |               |
| Аміодарон (Amiodarone)                                                    | таблетки      |

|                                                 |                           |
|-------------------------------------------------|---------------------------|
| Амлодипін (Amlodipine)                          | -"-                       |
| Атенолол (Atenolol)                             | -"-                       |
| Бісопролол (Bisoprolol)                         | -"-                       |
| Верапаміл (Verapamil)                           | -"-                       |
| Гідрохлортіазид (Hydrochlorothiazide)           | -"-                       |
| Дигоксин (Digoxin)                              | таблетки, розчин оральний |
| Еналаприл (Enalapril)                           | таблетки                  |
| Ізосорбїду динїтрат (Isosorbide dinitrate)      | таблетки (сублінгвальні)  |
| Карведилол (Carvedilol)                         | таблетки                  |
| Клопїдогрель (Clopidogrel)                      | -"-                       |
| Лозартан (Losartan)                             | -"-                       |
| Метопролол (Metoprolol)                         | -"-                       |
| Нїтрогліцерин (Glyceryl trinitrate)             | таблетки (сублінгвальні)  |
| Симвастатин (Simvastatin)                       | таблетки                  |
| Спіронолактон (Spironolactone)                  | -"-                       |
| Фуросемїд (Furosemide)                          | -"-                       |
| Варфарин (Warfarin)                             | таблетки                  |
| Нїфедипін (Nifedipine)                          | -“-                       |
| Ацетилсалїцилова кислота (Acetylsalicylic acid) | -“-                       |
| Цукровий діабет II типу                         |                           |
| Глібенкламїд (Glibenclamide)                    | -"-                       |

|                                       |                                                              |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Гліклазид (Gliclazide)                | -"-                                                          |
| Метформін (Metformin)                 | -"-                                                          |
| Бронхіальна астма                     |                                                              |
| Беклометазон (Beclometasone)          | аерозоль для інгаляцій                                       |
| Будесонід (Budesonide)                | порошок для інгаляцій дозований,<br>суспензія для розпилення |
| Сальбутамол (Salbutamol)              | аерозоль для інгаляцій, розчин для<br>інгаляцій              |
| Ревматичні хвороби                    |                                                              |
| Хлорохін (Chloroquine)                | таблетки                                                     |
| Гідроксихлорохін (Hydroxychloroquine) | -"-                                                          |

{Пункт 117 в редакції Постанови КМ [№ 286 від 15.04.2020](#); із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 1299 від 21.12.2020](#)}