

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від _____ № _____

ПОРЯДОК
реалізації програми державних гарантій
медичного обслуговування населення у 2020 році

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 з НСЗУ (далі – Договір), а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію з НСЗУ.

3. В 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 ДСГ – коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності клінічних випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в рамках однієї діагностично-спорідненої групи щодо загальної середньої вартості профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації клінічного випадку в умовах стаціонару;

гранична сума оплати – максимальна сума, передбачена Договором для оплати надання пакету медичних послуг, яку надавач медичних послуг може отримати за Договором у відповідному періоді;

діагностично-споріднена група (далі – ДСГ) – 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 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, необхідні для надання таких послуг, в 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 випадку 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 (включаючи випадки 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. В межах програми медичних гарантій НСЗУ здійснює реімбурсацію лікарських засобів згідно з переліком станів та лікарських засобів (непатентованих назв), зазначених в 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).



6. НСЗУ у 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», та медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок інших програм державного бюджету».

7. НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, визначеними у 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), 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 щодо наданих медичних послуг, 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 у 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 закупаються за бюджетні кошти» (Офіційний вісник України, 2008 р., № 95, ст. 3138).

9. Визначення медичної послуги як такої, що належить до відповідного пакету 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.

10. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування при наданні 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 виробу медичного призначення» (Офіційний вісник України, 2009 р., № 27, ст. 906), 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 електронну адресу тощо).

11. НСЗУ укладає Договори на підставі поданих надавачами медичних послуг 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).



У разі перевищення розрахункової загальної орієнтовної ціни Договорів за кожним пакетом медичних послуг, розрахованих на підставі поданих надавачами медичних послуг заяв, над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакету 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, 15-26 розділу II цього Порядку, базова ставка за медичні послуги, передбачена цим Порядком, зменшується пропорційно сумі бюджетних асигнувань за відповідним пакетом медичних послуг.

12. У разі, якщо з надавачем медичних послуг укладено Договір, до якого включені одночасно пакети медичних послуг, зазначені в главах 3 або 8 та главах 4 - 7, або 9 - 14, або 16 - 19 розділу II цього Порядку, то розрахунок вартості медичних послуг здійснюється в рамках пакетів медичних послуг, зазначених в главах 4 - 7 або 9 - 14, або 16 - 19 розділу II цього Порядку.

13. При укладенні Договору про внесення змін до Договору, пов'язаних зі 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.

14. У разі перевищення вартості наданих медичних послуг за місяць за всіма договорами при наданні медичних послуг, зазначених в 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 у наступних звітних періодах у межах загальної суми бюджетних асигнувань, затверджених кошторисом, у частині, пропорційній сумі 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. При наданні медичних послуг, зазначених в 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 у порядку, наведеному в додатку I до цього Порядку.

16. В межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, на початок бюджетного періоду формується резерв коштів в обсязі не більше 1% від обсягу бюджетних асигнувань, передбачених в державному бюджеті за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої реалізується програма медичних гарантій.

Збільшення обсягу резервних коштів, що формуються в межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, протягом бюджетного року може здійснюватися у таких випадках:

за пакетами медичних послуг, передбачених главами 3, 8, 16-19, 22 розділу II цього Порядку, на момент підписання Договорів у разі, якщо запланована вартість медичних послуг за всіма Договорами за певним пакетом медичних послуг, яка розраховується на підставі поданих надавачами медичних послуг заяв, менше від обсягу бюджетних асигнувань, передбачених для оплати такого пакету медичних послуг;

станом на 1 листопада 2020 року у разі, якщо вартість медичних послуг за всіма Договорами за певним пакетом медичних послуг менше від обсягу бюджетних асигнувань, передбачених для оплати такого пакету медичних послуг.

Резерв коштів формується для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій та використовується у першу чергу у разі потреби за напрямками передбаченими у главах 1, 3-7, 15-17, 22-26 розділу II цього Порядку.

У разі, якщо кількість фактично наданих медичних послуг надавачем, згідно даних, які містяться в електронній системі охорони



здоров'я, більша за заплановану кількість медичних послуг, зазначених у заяві при укладенні Договорів, НСЗУ має право ініціювати внесення змін до Договору щодо збільшення вартості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг за рахунок резерву коштів.

Резерв коштів не може бути використаний на момент підписання Договорів з метою визначення запланованої вартості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг за Договорами.

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

Глава 1. Первинна медична допомога

1. В межах програми медичних гарантій здійснюється оплата надання медичних послуг з надання первинної медичної допомоги (далі – медичні послуги з ПМД), передбачених Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

2. Тариф на медичні послуги з ПМД встановлюється як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та становить 600,48 гривень на рік.

3. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, який 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.

4. Якщо медичне обслуговування пацієнта, який 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 3 глави 1 розділу II цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

5. До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, які 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, 370
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 і всі наступні

0

Розподіл пацієнтів, які подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 3 глави 1 розділу II цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, які 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.

6. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пункті 3 глави 1 Розділу II цього Порядку, не застосовуються до тарифу за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію на надання медичних послуг з ПМД понад ліміт.

7. Тарифи, встановлені у пункті 3 глави 1 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

Глава 2. Екстрена медична допомога

1. НСЗУ укладає Договори щодо надання екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД), з одним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, який відповідає умовам закупівлі та визначений Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласною державною адміністрацією або міськими державними адміністраціями міста Києва чи Севастополя.

2. Тариф на медичні послуги з ЕМД, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка, що розрахована на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з ЕМД протягом 9 місяців для 100 осіб, та становить 11 661,24 гривень.



Запланована вартість медичних послуг з ЕМД розраховується як добуток кількості населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення та даних Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 01 січня 2019 року.

3. Фактична вартість медичних послуг з ЕМД за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з ЕМД за останній місяць року 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 поточного року.

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

1. НСЗУ укладає Договори щодо хірургічних операцій дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарної допомоги 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.

2. 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 4 563,64 грн, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

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



коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал у порядку, наведеному у додатку 1 до цього Порядку.

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

ваговий коефіцієнт ДСГ, значення якого наведені у додатку 2 до цього Порядку.

Коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово застосовується тільки для пакету 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.

4. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості медичних послуг згідно з даними, що містяться у 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, якщо в період з 01 січня 2019 року до 01 лютого 2020 року відбулися зміни у структурі мережі, що призвела до зміни запланованої кількості та структури медичних послуг в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці, кількість медичних послуг у заяві зазначається на підставі інформації Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації (міської державної адміністрації міст Києва або Севастополя).

Запланована кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” за кожною ДСГ розраховується як заокруглення до цілого числа $\frac{3}{4}$ кількості пролікованих випадків за кожною групою, зазначених у заяві, розрахованих 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 ДСГ розраховується як заокруглення до цілого числа $3/4$ кількості пролікованих випадків за кожною групою, зазначена у заяві, розрахована відповідно до суми кількості послуг у графах 1, 3, 4, 7 таблиці 3220 Звіту, крім:

рядку 2.2, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 19 розділу II цього Порядку;

рядків 3.0, 3.1 та 3.2 якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 16 або 17 розділу II цього Порядку;

рядку 6.0, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 18 розділу II цього Порядку;

рядку 10.6, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 5 розділу II цього Порядку;

рядку 10.9-10.11, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 4 розділу II цього Порядку;

рядку 16.0, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 6 розділу II цього Порядку;

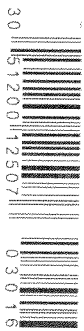
рядку 17.0 за виключенням даних поданих у заяві за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 7 розділу II цього Порядку,

до якої застосовується коефіцієнт, який розраховується за формулою:

$$K = 1 - (S / T), \text{ де:}$$

K - 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 в стаціонарних умовах, зазначена в таблиці 3220 Звіту.

5. Запланована вартість медичних послуг, передбачених цими пакетами медичних послуг, за місяць, встановлюється як комбінація глобальної ставки (PPGplan) та ставки на пролікований випадок на основі ДСГ (PPDplan) в такому порядку:

Місяць	Частка глобальної ставки (PPGplan), %	Частка ставки на пролікований випадок (PPDplan), %
квітень	100	0
травень	90	10
червень	75	25
липень	60	40
серпень	60	40
вересень	60	40
жовтень	60	40
листопад	60	40
грудень	60	40

Глобальна ставка за місяць розраховується за формулою:

$$\Sigma_{glob_i} = Cases_{plan_i} \times BR \times CMI_{plan_i} \times R_{plan_i} \times PPG_{plan_i},$$

де:



Σ_{glob_i} – сума глобальної ставки у місяці i ;

$Cases_{plan_i}$ – запланована кількість пролікованих випадків у місяці i ;

BR – базова ставка;

CMI_{plan_i} – запланований індекс структури випадків у місяці i ;

R_{plan_i} – запланований коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у місяці i ;

PPG_{plan_i} – запланована частка глобальної ставки у місяці i ;

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

$$\Sigma_{DRG_i} = Cases_{plan_i} \times BR \times CMI_{plan_i} \times R_{plan_i} \times PPD_{plan_i},$$

де:

Σ_{DRG_i} – сума оплати за проліковані випадки у місяці i ;

$Cases_{plan_i}$ – запланована кількість пролікованих випадків у місяці i ;

BR – базова ставка;

CMI_{plan_i} – запланований індекс структури випадків у місяці i ;

R_{plan_i} – коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у місяці i ;

PPD_{plan_i} – запланована частка ставки на пролікований випадок у місяці i .



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

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

де:

CMI_{plan} – запланований індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг;

$\sum Cases_{plan_i}$ – запланована кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за ДСГ i ;

RW_i – ваговий коефіцієнт ДСГ i ;

$Cases_{plan}$ – загальна запланована кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.

6. Фактична вартість медичних послуг, передбачених цими пакетами медичних послуг за місяць розраховується як сума розміру глобальної ставки на медичні послуги за місяць та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною ДСГ протягом місяця, базової ставки, фактичного індексу структури випадків, коефіцієнту збалансованості бюджету та інших коефіцієнтів, що застосовуються у відповідному періоді.

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

$$\sum_{drg_i} = Cases_{fact_i} \times BR \times CMI_{fact_i} \times R_{fact_i} \times PPD_{fact_i}$$

де:

\sum_{drg_i} – фактична сума оплати за проліковані випадки у місяці i ;

$Cases_{fact_i}$ – фактична кількість пролікованих випадків у місяці i ;



BR – базова ставка;

CMI_{fact_i} – фактичний індекс структури випадків у місяці i ;

R_{fact_i} – коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у місяці i ;

PPD_{fact_i} – частка ставки на пролікований випадок у місяці i .

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

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

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 ДСГ i ;

RW_i – ваговий коефіцієнт ДСГ i ;

$Cases_{plan}$ – загальна фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.

7. Тарифи, встановлені у пункті 2 глави 3 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень, та ставку на оплату медичної реабілітації у гострому періоді.

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

1. 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 19 332,31 грн.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на пролікований випадок.

3. 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

1. 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 16 001,43 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості медичних послуг згідно з заявою та ставки на пролікований випадок.

3. 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

1. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при пологах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, яка становить 8 136,03 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості медичних послуг згідно з заявою та ставки на пролікований випадок.

3. 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



1. 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 29 678,86 грн, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

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

при наданні медичних послуг новонародженим з масою тіла

до 1 500 г – 3,320;

при наданні медичних послуг новонародженим з масою тіла
більше 1 500 г – 0,879.

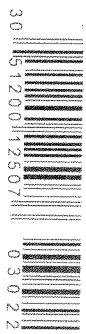
4. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

5. 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

1. 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 (далі – АМД), передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати 100 послуг АМД, що розрахована на основі базової ставки на медичні послуги, яка становить 4 942,00 грн, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

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



за хірургічні втручання, проведені амбулаторно – 9,713;

за консультації, проведені амбулаторно – 1,000;

за стоматологічну допомогу – 0,186.

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

4. Фактична вартість медичних послуг з АМД за місяць за кожним Договором розраховується як $\frac{1}{9}$ від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з АМД за останній місяць за кожним Договором розраховується як різниця між запланованою вартістю послуг відповідно до Договору та сумою вартості медичних послуги з АМД за періоди до 1 числа останнього місяця.

5. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 8 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

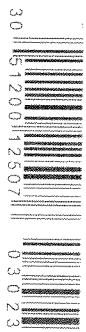
Глава 9. Мамографія

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

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу.

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

Глава 10. Гістероскопія



1. Тариф на медичні послуги з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу, яка становить 1 965,60 грн, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,35 у випадку проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

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

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 10 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, включаючи лабораторні дослідження.

Глава 11. Езофагогастродуоденоскопія

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

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Фактична вартість медичних послуг з проведення езофагодуоденоскопії в амбулаторних умовах за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу, з урахуванням відповідних коефіцієнтів, та кількості фактично наданих послуг за місяць.

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 11 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, включаючи лабораторні дослідження.



Глава 12. Колоноскопія

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

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

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

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 12 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, включаючи лабораторні дослідження.

Глава 13. Цистоскопія

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

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

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

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 13 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, включаючи лабораторні дослідження.



Глава 14. Бронхоскопія

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

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Фактична вартість медичних послуг з проведенням бронхоскопії в амбулаторних умовах за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу, з урахуванням відповідних коефіцієнтів, та кількості фактично наданих послуг за місяць.

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 14 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг, включаючи лабораторні дослідження.

Глава 15. Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах

1. Тариф на медичні послуги з лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах (далі – гемодіаліз), передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги гемодіалізу, що розрахована на основі ставки на медичну послугу, яка становить 1 894,16 грн.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу.

3. Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом гемодіалізу за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом гемодіалізу 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.

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 15 розділу II 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

1. Тариф на медичні послуги з діагностики та хіміотерапевтичного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей (далі – хіміотерапія), передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги хіміотерапії, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 17 843,96 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості пролікованих осіб згідно з заявою та капітаційної ставки.

3. Фактична вартість медичних послуг з хіміотерапії за кожним Договором за місяць розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з хіміотерапії 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.

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 16 розділу II 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

1. Тариф на медичні послуги з діагностики та радіологічного лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей (далі –



радіотерапія), передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги радіотерапії, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 30 327,75 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості пролікованих осіб згідно з заявою та капітаційної ставки.

3. Фактична вартість медичних послуг з радіотерапії за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з радіотерапії, 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.

4. Тарифи, встановлені у пункті 1 глави 17 розділу II цього Порядку, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень, включаючи непідтвержені випадки злоякісних новоутворень.

Глава 18. Психіатрична допомога дорослим та дітям

1. Тариф на медичні послуги з наданням психіатричної допомоги дорослим та дітям, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги психіатричної допомоги, що розрахована на основі базової ставки на пролікований випадок, яка становить 7 406,40 грн, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

2. 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.

3. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток 3/4 від кількості пролікованих



випадків згідно з інформацією зазначеною у заяві, що розрахована за даними Звіту, та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

Запланована кількість пролікованих випадків визначається відповідно кількості послуг, зазначених у графах 1, 3, 4, 7 рядку 6.0 таблиці 3220 Звіту та за виключенням кількості пролікованих осіб, щодо яких застосовуються примусові заходи медичного характеру.

4. Фактична вартість медичних послуг з надання психіатричної допомоги за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку 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

1. Тариф на медичні послуги з лікування туберкульозу, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги лікування туберкульозу, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 20 663,68 грн, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти.

2. 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;

3. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток кількості осіб, які пройшли лікування у 2019 році осіб із туберкульозом згідно з даними заяви та капітаційної ставки з урахуванням відповідних коефіцієнтів.



4. Фактична вартість медичних послуг з лікування туберкульозу за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від загальної орієнтовної ціни Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з лікування туберкульозу за останній місяць за кожним Договором розраховується як різниця між запланованою вартістю медичних послуг відповідно до Договору та сумою вартості медичних послуг за періоди до 1 числа останнього місяця.

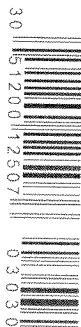
Глава 20. Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини

1. Тариф на медичні послуги з діагностики, лікування та супроводу осіб із вірусом імунодефіциту людини, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги особам з ВІЛ, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 1 500,05 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток суми запланованої кількості осіб, які отримуватимуть антиретровірусну терапію у 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, департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації (міської державної адміністрації міст Києва чи Севастополя) та капітаційної ставки.

3. Фактична вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку 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 періоди до 1 числа останнього місяця.



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

1. Тариф на медичні послуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії (далі – лікування осіб на ЗПТ), передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги лікування особам на ЗПТ, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 1 635,46 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості осіб, які отримуватимуть ЗПТ у надавача медичних послуг, зазначених у заяві на підставі інформації Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації (міської державної адміністрації міст Києва чи Севастополя), та капітаційної ставки.

3. Фактична вартість медичних послуг з лікування осіб на ЗПТ за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з лікування осіб на ЗПТ за останній місяць за кожним Договором розраховується як різниця між запланованою вартістю медичних послуг відповідно до Договору та сумою вартості медичних послуг за періоди до 1 числа останнього місяця.

Глава 22. Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям

1. Тариф на медичні послуги, пов'язані з паліативною медичною допомогою дорослим та дітям у стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги паліативної медичної допомоги, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 7 865,64 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості паліативних хворих, які отримують паліативну допомогу у стаціонарних умовах, згідно з заявою та капітаційної ставки.



3. Фактична вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку 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 періоди до 1 числа останнього місяця.

Глава 23. Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям

1. Тариф за надання медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим та дітям, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги паліативної медичної допомоги, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 9 832,05 гривень.

2. Запланована вартість зазначених послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості паліативних хворих, які отримують мобільну паліативну допомогу, згідно з заявою та капітаційної ставки.

3. Фактична вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку 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 періоди до 1 числа останнього місяця.

Глава 24. Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя

1. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років



життя, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги медичної реабілітації, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 6 554,73 гривень.

2. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток запланованої кількості дітей, які отримують послуги медичної реабілітації згідно з заявою та капітаційної ставки.

3. Фактична вартість медичної послуги з медичної реабілітації немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя, за місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж 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 періоди до 1 числа останнього місяця.

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

1. 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 9 місяців за готовність надати послуги медичної реабілітації, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 6 554,73 гривень.

2. 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 з заявою та капітаційної ставки.

3. 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 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку 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 періоди до 1 числа останнього місяця.

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

1. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги медичної реабілітації, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 6 554,73 грн.

2. 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 з заявою та капітаційної ставки.

3. 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 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку 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 періоди до 1 числа останнього місяця.

III. Реімбурсація

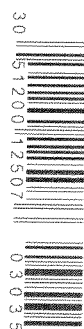
НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про реімбурсацію таких лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми:



Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
-----------------------------------	---------------

Серцево-судинні захворювання

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)	-“-



Нітрогліцерин (Glyceryl trinitrate)	таблетки (сублінгвальні)
Симвастатин (Simvastatin)	таблетки
Спіронолактон (Spironolactone)	-“-
Фуросемід (Furosemide)	-“-

Цукровий діабет II типу

Глібенкламід (Glibenclamide)	-“-
Гліклазид (Gliclazide)	-“-
Метформін (Metformin)	-“-

Бронхіальна астма

Беклометазон (Beclometasone)	аерозоль для інгаляцій
Будесонід (Budesonide)	порошок для інгаляцій дозований, суспензія для розпилення
Сальбутамол (Salbutamol)	аерозоль для інгаляцій, розчин для інгаляцій



Коефіцієнт збалансованості бюджету розраховується за такою формулою:

$$BRC_{plan} = \frac{Bud_{total} - Bud_{act} - Bud_{plan}}{\sum (Cases_{plan_i} \times Coef_{plan_i})} \times \frac{1}{BR},$$

де:

BRC_{plan} – коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного та подальших звітних періодів;

Bud_{total} – сума використаних у попередніх звітних періодах резервних коштів за пакетами, визначеними у главах 3 – 7 розділу II Порядку, та обсягів бюджетних асигнувань, передбачених для оплати медичних послуг, включених до пакетів медичних послуг, визначених у главах 3 – 7 розділу II Порядку.

Bud_{act} – добуток кількості фактично наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма Договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і відповідних коригувальних коефіцієнтів визначених у главах 3 – 7 розділу II Порядку;

Bud_{plan} – сума загального обсягу граничних сум оплати, передбачених на поточний та наступні звітні періоди дії Договорів за пакетами медичних послуг, визначених у главах 4 – 7 розділу II Порядку, та загального обсягу глобальних бюджетів, передбачених на поточний та наступні звітні періоди дії Договорів за пакетами медичних послуг, визначеними у главі 3 розділу II Порядку;

$Cases_{plan_i}$ – запланована кількість медичних послуг за пакетами, визначеними у главі 3 розділу II Порядку у поточному та подальших звітних періодах за договором i ;

$Coef_{plan_i}$ – заплановане середнє значення коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 5 глави 3 розділу II Порядку у поточному та подальших звітних періодах за договором i ;

BR - добуток базової ставки на пролікований випадок, визначеної у пункті 2 глави 3 розділу II Порядку та частки ставки на пролікований випадок у поточному звітному періоді, визначеної в пункті 5 глави 3 розділу II Порядку.

У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить більше одиниці, його значення приймається за одиницю в усіх випадках, окрім випадку, коли він застосується у грудні 2020 року

У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить менше одиниці, він підлягає корегуванню. Корегування здійснюється шляхом додавання до показника Bud_{total} невикористаного залишку резервних коштів, визначених згідно пункту 16 розділу I Порядку для пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3 – 7 розділу II Порядку, у розмірі, необхідному для досягнення значення коефіцієнта збалансованості бюджету – 1.

У разі наявності залишку невикористаних резервних коштів визначених згідно пункту 16 розділу I Порядку для пакетів медичних послуг, передбачених у главах 3 – 7 станом на 01 грудня 2020 року під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету, такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету.

Для пакетів медичних послуг, передбачених в підрозділі 2.3 розділу II цього Порядку, застосовуються наступні вагові коефіцієнти ДСГ:

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт ДСГ
1	A01A	Інші інфекційні та паразитарні хвороби у дорослих від 18 років і старше	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,894
2	A01C	Інші інфекційні та паразитарні хвороби у дітей до 18 років	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,777
3	A02	Діагностика туберкульозу легенів та позалегеновий туберкульоз органів дихання	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,588
4	A03	Менінгококова інфекція та септицемії	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,745
5	B01	Хронічний вірусний гепатит В і С	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,373
6	B03	Інші вірусні гепатити	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,429

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
7	C01A	Діагностика злоякісних новоутворення у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,922
8	C01C	Діагностика злоякісних новоутворень у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,122
9	C02A	Діагностика злоякісних новоутворень лімфоїдної, кровотворної та споріднених з ними тканин у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,035
10	C02C	Діагностика злоякісних новоутворень лімфоїдної, кровотворної та споріднених з ними тканин у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,144
11	C03A	Доброякісні новоутворення у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,730
12	C03C	Доброякісні новоутворення у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,110
13	D01A	Анемії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,577
14	D01C	Анемії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям	1,128

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
			без проведення хірургічних операцій	
15	D02A	Інші хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,933
16	D02C	Інші хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,789
17	E01	Набутий гіпотиреоз та інші форми порушення ендокринних залоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,605
18	E02A	Цукровий діабет у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,650
19	E02C	Цукровий діабет у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,901
20	E03A	Інші хвороби розладу харчування, порушення обміну речовин у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,592
21	E03C	Інші хвороби розладу харчування, порушення обміну речовин у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,023

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
22	F01A	Розлади психіки та поведінки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,986
23	G01A	Запальні хвороби центральної нервової системи у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,757
24	G01C	Запальні хвороби центральної нервової системи у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,197
25	G02A	Інші хвороби нервової системи у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,705
26	G02C	Інші хвороби нервової системи у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,904
27	H01A	Хвороби ока та його придаткового апарату у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,655
28	H01C	Хвороби ока та його придаткового апарату у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,640
29	H02A	Гострий отит середнього вуха у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям	0,748

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
			без проведення хірургічних операцій	
30	H02C	Гострий отит середнього вуха у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,825
31	H03A	Інші хвороби вуха та соскового відростку у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,745
32	H03C	Інші хвороби вуха та соскового відростку у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,820
33	I01	Гостра ревматична гарячка	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,659
34	I02	Хронічні ревматичні хвороби серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,652
35	I03A	Інші хвороби системи кровообігу у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,650
36	I03C	Інші хвороби системи кровообігу у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,849

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
37	I04	Стенокардія та інші форми ішемічної хвороби серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,644
38	I05	Гострий інфаркт міокарду	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,315
39	I06	Гострий мозковий інсульт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,717
40	I07	Інші цереброваскулярні хвороби	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,649
41	J01A	Пневмонії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,049
42	J01C	Пневмонії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,926
43	J02A	Обструктивні хвороби легень у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,141
44	J02C	Обструктивні хвороби легень у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям	1,425

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
			без проведення хірургічних операцій	
45	J04	Інші хвороби органів дихання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,691
46	K01	Гастро-езофагеальний рефлюкс, гастрит та дуоденіт, диспепсії, синдром подразненого кишечника	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,524
47	K02	Виразка шлунку та 12-палої кишки, гострі гастрити, хвороби підшлункової залози та інші хвороби органів травлення	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,679
48	K03	Проривна виразка шлунку та 12-палої кишки, защемлена грижа (з непрохідністю, гангrenoю), гострий холецистит, жовчно-кам'яна хвороба, холецистит, холангіт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,299
49	K04	Гострий апендицит та грижа	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,341
50	K05	Хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, цироз печінки, гострий панкреатит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,603
51	K06	Хвороби ротової порожнини, залоз та щелеп	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,628

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коefficient
52	L01	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,540
53	M01A	Запальні артропатії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,626
54	M01C	Запальні артропатії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,390
55	M02	Ревматоїдний артрит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,823
56	M03A	Остеомієліт у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,554
57	M03C	Остеомієліт у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,218
58	M04A	Інші дорсопатії, спондилопатії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,664
59	M04C	Інші дорсопатії, спондилопатії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям	0,843

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
			без проведення хірургічних операцій	
60	M05	Інші хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,762
61	N01	Гострий гломерулонефрит	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,519
62	N02	Хронічний гломерулонефрит	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,183
63	N03	Хвороби передміхурової залози	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,761
64	N04C	Інші інфекції нирок у дітей до 18 років	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,816
65	N04A	Інші інфекції нирок у дорослих від 18 років і старше	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,066
66	N05	Каміні нирок і сечоводу	Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,620

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
67	N06A	Інші хвороби сечостатевої системи у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,913
68	N06C	Інші хвороби сечостатевої системи у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,724
69	O01	Вагітність та післяпологовий період	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,136
70	P01	Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,093
71	Q01	Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,874
72	R01	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,337
73	S01A	Переломи кісток черепа, хребта, кісток тулуба, переломи в декількох ділянках тіла у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,941
74	S01C	Переломи кісток черепа, хребта, кісток тулуба, переломи в декількох	Стаціонарна допомога дорослим та дітям	1,753

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
		ділянках тіла у дітей до 18 років	без проведення хірургічних операцій	
75	S02	Внутрішньочерепні травми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,911
76	S03	Травми інших внутрішніх органів, грудної, черевної порожнини і таза	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,998
77	T01	Термічні та хімічні опіки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,791
78	T02	Отруєння ліками та біологічними речовинами	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,462
79	T03	Інші травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,647
80	2.2.01	Операції на периферичній нервовій системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,638
81	2.1.01	Операції на головному мозку	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,077

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
82	2.0.01	Інші операції на нервовій системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,721
83	3.0.01	Інші операції на ендокринній системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,409
84	4.0.07	Операції на органах зору	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,651
85	5.2.01А	Операції на мигдаликах та аденоїдах у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,585
86	5.2.01С	Операції на мигдаликах та аденоїдах у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,725
87	5.1.01	Операції на вусі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,239
88	5.0.01	Інші операції на органах горла та носа	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,064
89	6.1.01	Пульмонектомія, резекція легені	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,319
90	6.0.04А	Інші операції на органах дихання у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,145

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
91	6.0.04С	Інші операції на органах дихання у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,483
92	7.7.06	Радіочастотна абляція та імплантація кардіостимулятора	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,480
93	7.3.02	Операції з приводу уражень клапанів серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,108
94	7.2.01	Операції на серці з приводу вроджених вад серця дорослих та дітей старше 1 року	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,841
95	7.2.01С0	Операції на серці з приводу вроджених вад серця дітей до 1 року	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,841
96	7.0.08	Інші операції на серці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,351
97	8.3.10	Операції на венах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,667
98	8.2.09	Операції на брахіоцефальних судинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,339
99	8.1.09	Операції на артеріях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,927

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
100	8.0.11	Інші операції на судинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,241
101	9.7.03	Операції з приводу незащемленої грижі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,330
102	9.6.02	Операції на підшлунковій залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,707
103	9.5.02	Операції на жовчних протоках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,208
104	9.4.03	Холецистектомія при хронічних холециститах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,442
105	9.3.03	Апендектомія при апендициті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,320
106	9.2.02	Операції на шлунку з приводу виразкової хвороби	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,194
107	9.10.03	Лапаротомії діагностичні	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,535
108	9.1.01	Операції на стравоході	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,848

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
109	9.0.03А	Інші операції на органах травлення та черевної порожнини у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,884
110	9.0.03С	Інші операції на органах травлення та черевної порожнини у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,383
111	10.0.03	Операції при непухлинних захворюваннях прямої кишки	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,584
112	11.0.02А	Інші операції на нирках і сечоводах у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,302
113	11.0.02С	Інші операції на нирках і сечоводах у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,716
114	12.0.01	Операції на передміхуровій залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,925
115	13.2.02	Інші операції на жіночих статевих органах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,080
116	13.1.01	Вишкрібання матки (крім штучного переривання вагітності)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,527
117	14.6.01	Інші вишкрібання матки, які пов'язані з вагітністю (крім штучного переривання вагітності)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,581

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
118	14.5.01	Штучне переривання вагітності	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,332
119	14.0.01	Інші акушерські операції	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,704
120	15.5.04	Операції на кістково-м'язовій системі з приводу ендопротезування суглобів	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,895
121	15.4.01	Ампутації кінцівок при цукровому діабеті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,907
122	15.2.02	Інші ампутації кінцівок	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,900
123	15.0.05А	Інші операції на кістково-м'язовій системі у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,895
124	15.0.05С	Інші операції на кістково-м'язовій системі у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,240
125	16.1.01	Операції на молочній залозі при злоякісних пухлинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,661
126	16.0.01	Інші операції на молочній залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,054

№ з/п	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт
127	17.0.01	Операції на шкірі та підшкірній клітковині	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,043
128	18.1.01A	Операції з приводу хвороб ротової порожнини, залоз та щелеп у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,297
129	18.1.01C	Операції з приводу хвороб ротової порожнини, залоз та щелеп у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,456
130	18.0.01A	Інші операції у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,503
131	18.0.01C	Інші операції у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,927

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від _____ № _____

**ЗМІНИ,
що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України**

1. У Порядку реімбурсації лікарських засобів, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 “Про забезпечення доступності лікарських засобів” (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 135) (Офіційний вісник України, 2017 р., № 26, ст. 749, 2019 р., № 21, ст. 716):

абзац перший пункту 2 викласти в такій редакції:

“2. Реімбурсації підлягають зареєстровані в Україні готові лікарські засоби, які використовуються для лікування медичних станів (захворювань), визначених Кабінетом Міністрів України, і включені до:”;

пункт 3 виключити.

2. Пункт 33 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 134) (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2019 р., № 20, ст. 682) доповнити реченням такого змісту:

“Порядок розрахунку запланованої вартості медичних послуг визначається Порядком реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у кожному році, затвердженим Кабінетом Міністрів України.”.

3. В пункті 1 постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1119 “Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 5, ст. 1):

абзац другий викласти у такій редакції:

“для первинної медичної допомоги із застосуванням тарифів та коригувальних коефіцієнтів згідно з Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на 2020 рік, затвердженим Кабінетом Міністрів України, – з 1 січня до 31 грудня 2020 р.;”;

доповнити пункт після абзацу третього новим абзацом такого змісту:

«для відшкодування вартості інсулінів для лікування цукрового діабету та лікарських засобів для лікування нецукрового діабету в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України – з 1 жовтня до 31 грудня 2020 року;».

У зв'язку з цим, абзаци четвертий – п'ятий вважати, відповідно, абзацами п'ятим – шостим;

абзац шостий викласти в такій редакції:

«для 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 згідно з Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на 2020 рік, затвердженим Кабінетом Міністрів України, – з 1 квітня до 31 грудня 2020 року.

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від _____ № _____

ПЕРЕЛІК
постанов Кабінету Міністрів України, які втратили чинність

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117 “Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік” (Офіційний вісник України, 2019 р., № 9, ст. 305).
 2. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 січня 2019 р. № 26 “Про внесення змін до пункту 10 Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік” (Офіційний вісник України, 2019 р., № 9, ст. 324).
 3. Пункт 2 змін, що вносяться до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2018 р. № 283 і від 18 грудня 2018 р. № 1117, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 03 квітня 2019 р. № 295 (Офіційний вісник України, 2019 р., № 30, ст. 1072).
 4. Пункт 2 Змін, що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1119 “Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 5, ст. 1).
 5. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1124 “Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 5, ст. 1).
-