



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (МОЗ України)

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

№ _____

На № _____

від _____

Державна регуляторна служба України

Міністерство охорони здоров'я України направляє на погодження проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» (далі – проект постанови).

Враховуючи терміновість та важливість питання, просимо розглянути та погодити представлений проект постанови у відповідності до § 38 Регламенту Кабінету Міністрів України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 № 950, у триденний термін.

Додатково повідомляємо, що проект постанови оприлюднено на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України (<https://moz.gov.ua>) за посиланням: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions/projekt-postanovy-kabinetu-ministriv-ukrajiny-dejaki-pytannja-udoskonallennja-realizaciji-prohramy-derzhavnykh-gharantij-medychnogho-obslughovuvannja-naselennja-u-2020-roci>. Повідомлення про оприлюднення додається.

Додатки: на 86 арк.

Перший заступник Міністра

Андрій СЕМІВОЛОС





КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від _____ 2020 р. №

Київ

Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році

Відповідно до пунктів 4 та 5 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”, Бюджетного кодексу України Кабінет Міністрів України

постановляє:

1. Затвердити Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, що додається.

2. Установити, що Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році застосовується Національною службою здоров'я:

для первинної медичної допомоги – з дня опублікування цієї постанови до 31 грудня 2020 р.;

для екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (спеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами – з 1 квітня до 31 грудня 2020 р.;

для реімбурсації лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та діабету II типу (окрім інсулінів) – з дня опублікування цієї постанови до 31 грудня 2020 р.;



для реімбурсації інсулінів для лікування цукрового діабету та лікарських засобів для лікування нецукрового діабету – з 1 жовтня до 31 грудня 2020 року.

3. Міністерству охорони здоров'я, Національній службі здоров'я спільно з Міністерством фінансів після опрацювання даних, поданих за формами звітності з питань охорони здоров'я за 2019 рік, у разі необхідності забезпечити внесення відповідних змін до тарифів та коригувальних коефіцієнтів, визначених у Порядку, затвердженому пунктом 1 цієї постанови, в установленому порядку.

4. Внести до постанов Кабінету Міністрів України зміни, що додаються.

5. Визнати такими, що втратили чинність, постанови Кабінету Міністрів України, згідно з переліком, що додається.

6. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2020 року.

Прем'єр-міністр України

О. ГОНЧАРУК

Інд.



А. Семиволос



ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від _____ № _____

ПОРЯДОК
реалізації програми державних гарантій
медичного обслуговування населення у 2020 році

I. Загальні положення

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 роздрібної 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 – 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 діагностики і лікування в умовах стаціонару;

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, затверджені МОЗ;

пакет медичних послуг – перелік медичних послуг та лікарські засоби, необхідні для надання таких послуг, в межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині 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/або запланованої кількості медичних послуг загальному обсягу бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій;

пролікований випадок – комплекс наданих медичних послуг пацієнту за умови його госпіталізації до стаціонару на одну добу або, у випадку потреби цілодобового лікарського нагляду, 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);



середній індекс структури випадків/послуг – середньозважене значення всіх вагових коефіцієнтів за всіма пролікованими випадками/послугами за відповідний період;

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 (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).

6. НСЗУ у межах програми медичних гарантій укладає договори про медичне обслуговування населення щодо надання медичних послуг з програми 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, 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 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 134) (далі – постанова № 410) (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570, 2019 р., № 20, ст. 682), відповідно до укладеного Договору в межах бюджетних асигнувань, визначених у плані асигнувань на відповідний період за відповідним напрямом.

Оплаті підлягають медичні послуги, які зазначені у звіті про медичні послуги.

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

Забороняється вимагати та отримувати оплату за медичні послуги, які надаються відповідно до Договору, з джерел, не передбачених Договором.

8. Попередня оплата медичних послуг за Договорами здійснюється у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

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», затвердженого Мінекономіки.

10. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування при наданні пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, всіх лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, передбачених Національним переліком основних лікарських засобів, затвердженим Кабінетом Міністрів України, необхідних для надання таких послуг відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та специфікацій.



Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити, за умов 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 у встановленому порядку надавачами медичних послуг заяв про укладення Договорів (далі – заява) відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою № 410. У разі наявності у надавача медичних послуг Звіту юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за формою звітності № 20, затвердженою МОЗ (далі – Звіт), в заяві цього надавача зазначається кількість наданих ним медичних послуг у 2018 році.

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 4-7, 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 2-3, 8, 15-26 розділу II цього Порядку, тариф за медичні послуги, передбачений 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 1 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.

У разі, коли запланована вартість медичних послуг за всіма Договорами за певним пакетом медичних послуг, розрахована на підставі поданих надавачами медичних послуг заяв, є меншою за бюджетні асигнування, передбачені для оплати такого пакету медичних послуг, залишок таких бюджетних асигнувань включається до складу резерву коштів, що формується в межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій.

Резерв коштів створюється для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій та використовується у першу чергу у разі потреби за напрямами 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, більші за



планову кількість медичних послуг, зазначених 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 з метою визначення планової 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 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 підписав 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 підписав 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 розділу III 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 підписали 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 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 підписали 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 підписали 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. Надання пацієнтам необхідних їм медичних послуг з ЕМД здійснюється відповідно до специфікацій медичних послуг за програмою медичних гарантій.

3. Тариф на медичні послуги з ЕМД 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 Державного комітету статистики 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.



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

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, 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. Медичні послуги, які передбачені цими пакетами медичних послуг, відповідно до Договорів оплачуються помісячно за комбінацією тарифів глобальної ставки та ставки на пролікований випадок на основі ДСГ в такому порядку:

Місяць	Частка глобальної ставки, %	Частка ставки на пролікований випадок, %
квітень	100	0
травень	90	10
червень	80	20
липень	70	30
серпень	60	40
вересень	60	40



жовтень	60	40
листопад	60	40
грудень	60	40

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 медичних послуг, передбачених цими пакетами медичних послуг, розраховується як добуток кількості послуг згідно з даними, що містяться у заяві, та з урахуванням інформації, наданої департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації (Київської міської державної адміністрації) щодо зміни структури та обсягів надання медичних послуг в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці, базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

Прогнозна кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” за кожною ДСГ розраховується як сума послуг за кожною групою, зазначена у заяві, розрахована відповідно до таблиці 3500 Звіту (крім рядків 14.1-14.3), до якої застосовується коефіцієнт, який розраховується як співвідношення загальної кількості операцій, проведених у стаціонарних умовах, зазначеної в таблиці 3500 Звіту до загальної кількості оперованих хворих, зазначеної в таблиці 3501 Звіту.

Прогнозна кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних



операцій” за кожною ДСГ розраховується як сума послуг 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;

рядку 3.1, 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 як співвідношення загальної кількості оперованих хворих у стаціонарі, зазначеної в таблиці 3501 Звіту, до загальної кількості пролікованих випадків, зазначеної в таблиці 3220 Звіту.

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

Глобальна ставка за місяць розраховується за формулою, :

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



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 середній 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 суми оплати за проліковані випадки протягом місяця здійснюється за формулою

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

де:

$\Sigma_{dr g_i}$ – 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 середній індекс структури випадків у місяці i ;

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

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

Запланований середній індекс структури випадків відповідного надавача медичних послуг зазначається в Договорі та розраховується за формулою:

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



де:

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

$Cases_{plan_i}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за ДСГ і для відповідного надавача медичних послуг;

RW_i – ваговий коефіцієнт ДСГі;

$Cases_{plan}$ – загальна запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги для відповідного надавача медичних послуг.

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. 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 наданих медичних послуг згідно з заявою та ставки на пролікований випадок.

3. 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 наданих медичних послуг згідно з заявою та ставки на пролікований випадок.

3. Вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах, за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на пролікований випадок та кількості 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, крім тих, що передбачені в першій групі – 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. 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, індексу структури випадків 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 кількості медичних послуг, що містяться у заяві згідно з даними Звіту, базової ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

4. Вартість медичних послуг з АМД, на місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Вартість медичних послуги 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.

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. 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 наданих послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Вартість медичних послуг з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу, індексу структури послуг та кількості наданих послуг за місяць.

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 наданих послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Вартість медичних послуг з проведення езофагодуоденоскопії в амбулаторних умовах, за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу, індексу структури послуг та кількості наданих послуг за місяць.

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 наданих послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Вартість медичних послуг з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах, за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу, індексу структури послуг та кількості наданих послуг за місяць.

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 наданих послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах, за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу, індексу структури послуг та кількості наданих послуг за місяць.

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 наданих послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнту.

3. Вартість медичних послуг з проведенням бронхоскопії в амбулаторних умовах, за місяць за кожним Договором розраховується як добуток ставки на



медичну послугу, індексу структури послуг та кількості наданих послуг за місяць.

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 наданих послуг згідно з заявою та ставки на медичну послугу.

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

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.

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



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.

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

1. Тариф на медичні послуги з діагностики та радіологічного лікуванням онкологічних захворювань у дорослих та дітей (далі – радіологічне лікування), передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги радіологічного лікування, 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. Вартість медичних послуг з радіологічного лікування, на місяць за кожним Договором розраховується як $1/9$ від запланованої вартості медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

Вартість медичних послуг з радіологічного лікування, 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 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 неготовність надавати послуги в умовах інтенсивної терапії відповідно до додаткових умов закупівлі – 0,982.

3. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до Договору розраховується як добуток кількості пролікованих випадків згідно з



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

Прогнозна кількість пролікованих випадків визначається відповідно кількості послуг, зазначених у графах 1, 3, 4, 7 рядку 6.0 таблиці 3220 Звіту.

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

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 неготовність проводити хірургічні втручання відповідно до додаткових умов закупівлі – 0,956;

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

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

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 супроводом 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 перебувають під медичним наглядом у надавача медичних послуг, зазначених у заяві та капітаційної ставки.

3. Вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ, розраховується на місяць за кожним Договором як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

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, відповідно до інформації, зазначеної у заяві, та капітаційної ставки.



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

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 згідно з заявою та капітаційної ставки.

3. Вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги на місяць за кожним Договором розраховується як $1/9$ від запланованої вартості медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

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 згідно з заявою та капітаційної ставки.



3. Вартість медичних послуг з паліативної медичної допомоги на місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

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 ставки на пролікований випадок, яка становить 6 554,73 гривень.

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

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

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 ставки на пролікований випадок, яка становить 6 554,73 гривень.

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

3. Вартість медичних послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату, на місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

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 ставки на пролікований випадок, яка становить 6 554,73 грн.

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

3. Вартість медичних послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи, на місяць за кожним Договором розраховується як 1/9 від запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до Договору, заокруглена до другого знаку після коми.

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
Ізосорбиду динітрат (Isosorbide dinitrate)	таблетки (сублінгвальні)
Карведилол (Carvedilol)	таблетки
Клопідогрель (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



А. Семиволос

Додаток 1
до Порядку

Коефіцієнт збалансованості бюджету розраховується за такою формулою:

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

де:

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

Bud_{total} – сума використаних у минулих періодах резервних видатків та добутку запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів за пакетами визначеними у главах 3 – 7. Добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів обраховуються станом на 01 квітня 2020 року;

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

Bud_{plan} – сума оплати за медичні послуги, визначені у главах 4 – 7 у поточному та подальших звітних періодах;

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

$Coef_{plan_i}$ – заплановане середнє значення коригувальних коефіцієнтів за пакетами, визначеними у главі 3 у поточному та подальших звітних періодах за договором і;

BR – базова ставка визначена у главі 3.

У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить менше одиниці, він підлягає перерахунку. При цьому до показника Bud_{total}

додається невикористаний залишок резервних видатків, визначених згідно пункту 16 Розділу I цього Порядку для пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3 – 7 розділу II цього Порядку, у розмірі, необхідному для досягнення значення коефіцієнта збалансованості бюджету – 1.

У разі наявності залишку невикористаних резервних видатків визначених згідно пункту 14 Розділу I для пакетів медичних послуг, передбачених у главах 3 – 7 станом на 01 грудня 2020 р. під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету, такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету.



В. Сосенко

Для пакетів медичних послуг, передбачених в главі 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	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,877
2	A01C	Інші інфекційні та паразитарні хвороби у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,763
3	A02	Діагностика туберкульозу легенів та позалегеновий туберкульоз органів дихання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,825
4	A03	Менінгококова інфекція та септицемії	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,696
5	B01	Хронічний вірусний гепатит В і С	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,348

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
6	B03	Інші вірусні гепатити	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,404
7	C01A	Діагностика злоякісних новоутворень у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,905
8	C01C	Діагностика злоякісних новоутворень у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,102
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	0,881
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	2,105
11	C03A	Доброякісні новоутворення у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,717
12	C03C	Доброякісні новоутворення у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та	1,090

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			дітям без проведення хірургічних операцій	
13	D01A	Анемії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,709
14	D01C	Анемії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,384
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	0,916
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	0,775
17	E01	Набутий гіпотиреоз та інші форми порушення функцій ендокринних залоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,594
18	E02A	Цукровий діабет у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних	0,638

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			операцій	
19	E02C	Цукровий діабет у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,885
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	0,581
21	E03C	Інші хвороби розладу харчування, порушення обміну речовин у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,004
22	F01A	Розлади психіки та поведінки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,140
23	G01A	Запальні хвороби центральної нервової системи у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,744
24	G01C	Запальні хвороби центральної нервової системи у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,175

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
25	G02A	Інші хвороби нервової системи у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,692
26	G02C	Інші хвороби нервової системи у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,888
27	H01A	Хвороби ока та його придаткового апарату у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,803
28	H01C	Хвороби ока та його придаткового апарату у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,629
29	H02A	Гострий отит середнього вуха у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,734
30	H02C	Гострий отит середнього вуха у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,810
31	H03A	Інші хвороби вуха та соскоподібного відростку у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та	0,731

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			дітям без проведення хірургічних операцій	
32	H03C	Інші хвороби вуха та соскоподібного відростку у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,806
33	I01	Гостра ревматична гарячка	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,646
34	I02	Хронічні ревматичні хвороби серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,640
35	I03A	Інші хвороби системи кровообігу у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,638
36	I03C	Інші хвороби системи кровообігу у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,834
37	I04	Стенокардія та інші форми ішемічної хвороби серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних	0,634

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			операцій	
38	I05	Гострий інфаркт міокарду	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,292
39	I06	Гострий мозковий інсульт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,704
40	I07	Інші цереброваскулярні хвороби	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,637
41	J01A	Пневмонії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,374
42	J01C	Пневмонії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,910
43	J02A	Обструктивні хвороби легень у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,120

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
44	J02C	Обструктивні хвороби легень у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,399
45	J04	Інші хвороби органів дихання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,678
46	K01	Гастроезофагеальний рефлюкс, гастрит та дуоденіт, диспепсії, синдром подразненого кишечника	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,514
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	0,667
48	K03	Проривна виразка шлунка 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	0,734
49	K04	Гострий апендицит та грижа	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,669
50	K05	Хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, цироз печінки, гострий	Стаціонарна допомога дорослим та	1,574

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
		панкреатит	дітям без проведення хірургічних операцій	
51	K06	Хвороби ротової порожнини, залоз та щелеп	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,616
52	L01	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,530
53	M01A	Запальні артропатії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,879
54	M01C	Запальні артропатії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,383
55	M02	Ревматоїдний артрит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,647
56	M03A	Остеомієліт у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,327

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			операцій	
57	M03C	Остеомієліт у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,178
58	M04A	Інші дорсопатії, спондилопатії у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,652
59	M04C	Інші дорсопатії, спондилопатії у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,035
60	M05	Інші хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,935
61	N01	Гострий гломерулонефрит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,474
62	N02	Хронічний гломерулонефрит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,144

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
63	N03	Хвороби передміхурової залози	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,747
64	N04C	Інші інфекції нирок у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,801
65	N04A	Інші інфекції нирок у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,046
66	N05	Камені нирок і сечоводу	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,761
67	N06A	Інші хвороби сечостатевої системи у дорослих від 18 років і старше	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,896
68	N06C	Інші хвороби сечостатевої системи у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,711
69	O01	Вагітність та післяпологовий період	Стаціонарна допомога дорослим та	1,116

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			дітям без проведення хірургічних операцій	
70	P01	Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,073
71	Q01	Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,858
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	0,332
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	0,924
74	S01C	Переломи кісток черепа, хребта, кісток тулуба, переломи в декількох ділянках тіла у дітей до 18 років	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,721
75	S02	Внутрішньочерепні травми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних	0,559

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			операцій	
76	S03	Травми інших внутрішніх органів, грудної, черевної порожнини і таза	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,980
77	T01	Термічні та хімічні опіки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,741
78	T02	Отруєння ліками та біологічними речовинами	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,426
79	T03	Інші травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,635
80	2.2.01	Операції на периферичній нервовій системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,608
81	2.1.01	Операції на головному мозку	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,021

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
82	2.0.01	Інші операції на нервовій системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,672
83	3.0.01	Інші операції на ендокринній системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,384
84	4.0.07	Операції на органах зору	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,639
85	5.2.01A	Операції на мигдаликах та аденоїдах у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,574
86	5.2.01C	Операції на мигдаликах та аденоїдах у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,712
87	5.1.01	Операції на вусі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,216
88	5.0.01	Інші операції на органах горла та носа	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,045
89	6.1.01	Пульмонектомія, резекція легені	Хірургічні операції дорослим та	3,259

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			дітям у стаціонарних умовах	
90	6.0.04A	Інші операції на органах дихання у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,106
91	6.0.04C	Інші операції на органах дихання у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,420
92	7.7.06	Радіочастотна абляція та імплантація кардіостимулятора	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,609
93	7.3.02	Операції з приводу уражень клапанів серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,217
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	3,772
95	7.2.01C0	Операції на серці з приводу вроджених вад серця дітей до 1 року	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,772
96	7.0.08	Інші операції на серці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,291

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
97	8.3.10	Операції на венах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,637
98	8.2.09	Операції на брахіоцефальних судинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,279
99	8.1.09	Операції на артеріях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,820
100	8.0.11	Інші операції на судинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,219
101	9.7.03	Операції з приводу незащемленої грижі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,306
102	9.6.02	Операції на підшлунковій залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,658
103	9.5.02	Операції на жовчних протоках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,168
104	9.4.03	Холецистектомія при хронічних холециститах	Хірургічні операції дорослим та	1,416

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			дітям у стаціонарних умовах	
105	9.3.03	Апендектомія при апендициті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,296
106	9.2.02	Операції на шлунку з приводу виразкової хвороби	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,155
107	9.10.03	Лапаротомії діагностичні	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,507
108	9.1.01	Операції на стравоході	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,728
109	9.0.03A	Інші операції на органах травлення та черевної порожнини у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,832
110	9.0.03C	Інші операції на органах травлення та черевної порожнини у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,339
111	10.0.03	Операції при непухлинних захворюваннях прямої кишки	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,556

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
112	11.0.02A	Інші операції на нирках і сечоводах у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,261
113	11.0.02C	Інші операції на нирках і сечоводах у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,123
114	12.0.01	Операції на передміхуровій залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,890
115	13.2.02	Інші операції на жіночих статевих органах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,060
116	13.1.01	Вишкрібання матки (крім штучного переривання вагітності)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,517
117	14.6.01	Інші вишкрібання матки, які пов'язані з вагітністю (крім штучного переривання вагітності)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,571
118	14.5.01	Штучне переривання вагітності	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,326
119	14.0.01	Інші акушерські операції	Хірургічні операції дорослим та	1,673

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
			дітям у стаціонарних умовах	
120	15.5.04	Операції на кістково-м'язовій системі з приводу ендопротезування суглобів	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,861
121	15.4.01	Ампутації кінцівок при цукровому діабеті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,675
122	15.2.02	Інші ампутації кінцівок	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,665
123	15.0.05A	Інші операції на кістково-м'язовій системі у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,861
124	15.0.05C	Інші операції на кістково-м'язовій системі у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,218
125	16.1.01	Операції на молочній залозі при злоякісних пухлинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,631
126	16.0.01	Інші операції на молочній залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,034

№	Код	Група	Пакет послуг	Ваговий
127	17.0.01	Операції на шкірі та підшкірній клітковині	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,024
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	1,273
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	3,014
130	18.0.01A	Інші операції у дорослих від 18 років і старше	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,476
131	18.0.01C	Інші операції у дітей до 18 років	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,892



А. Селевков

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від _____ № _____

ПЕРЕЛІК
постанов Кабінету Міністрів України, які втратили чинність

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 року № 1117 “Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 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 року № 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 року № 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).



М. С. Савченко

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. Абзац другий пункту 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) викласти у такій редакції:

“для первинної медичної допомоги із застосуванням тарифів та коригувальних коефіцієнтів згідно з Порядком реалізації державних гарантій

медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік, затвердженим Кабінетом Міністрів України, – з 1 січня до 31 грудня 2020 р.;”.



А. Савченко

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми медичних гарантій у 2020 році»			
Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проекту акта	Пояснення змін	
Порядок реімбурсації лікарських засобів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 135)			
2. Реімбурсації підлягають зареєстровані в Україні готові лікарські засоби, які використовуються для лікування зазначених у пункті 3 цього Порядку медичних станів (захворювань) і включені до: ...	2. Реімбурсації підлягають зареєстровані в Україні готові лікарські засоби, які використовуються для лікування медичних станів (захворювань), визначених Кабінетом Міністрів України, і включені до:	Перелік медичних станів (захворювань) міститиметься у Порядку реалізації програми медичних гарантій	
3. Реімбурсація лікарських засобів здійснюється для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми.	Виключено	Перелік медичних станів (захворювань) міститиметься у Порядку реалізації програми медичних гарантій	
Типова форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 134)			
33. Загальна орієнтовна ціна договору складається із запланованої вартості медичних послуг з додатком (додатками) до договору. Загальна	33. Загальна орієнтовна ціна договору складається із запланованої вартості медичних послуг з додатком (додатками) до договору. Загальна	Зазначається механізм розрахунку запланованої вартості медичних послуг, яка складає орієнтовну ціну договору на надання	

орієнтовна ціна договору може бути переглянута сторонами шляхом внесення відповідних змін до нього.	орієнтовна ціна договору може бути переглянута сторонами шляхом внесення відповідних змін до нього. Порядок розрахунку запланованої вартості медичних послуг визначається Порядком реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у кожному році, затвердженим Кабінетом Міністрів України.	медичних послуг, що є істотною умовою цього договору.
Постанова 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»		
1. Установити, що державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році реалізуються Національною службою здоров'я: для первинної медичної допомоги із застосуванням тарифів та коригувальних коефіцієнтів згідно з Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для неврологічної медичної допомоги на 2020 рік, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117 (Офіційний вісник України,	1. Установити, що державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році реалізуються Національною службою здоров'я: для первинної медичної допомоги із застосуванням тарифів та коригувальних коефіцієнтів згідно з Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік, затвердженим Кабінетом Міністрів України, - з	У зв'язку з втратою чинності постанови Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117, вносяться зміни, що передбачаються посилення на проект постанови, що затверджується, який міститиме, порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, в тому числі для первинної медичної допомоги.

2019 р., № 9, ст. 305), з урахуванням змін, затверджених цією постановою, - з 1 січня до 31 грудня 2020 р.;	1 січня до 31 грудня 2020 р.;	
---	-------------------------------	--

Генеральний директор
Директорату медичних послуг



Оксана СУХОРУКОВА

« ____ » _____ 2020 року

Додаток до пояснювальної записки

до проєкту постанови Кабінету Міністрів України “Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році”

реалізації акта на ключові інтереси заінтересованих сторін

1. Суттю проєкту постанови є удосконалення порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік.

2. Вплив на ключові інтереси усіх заінтересованих сторін відображено у таблиці нижче.

Зайнтересована сторона	Ключовий інтерес	Очікуваний (позитивний чи негативний) вплив на ключовий інтерес із зазначенням передбачуваної динаміки змін основних показників (у числовому або якісному вимірі)		Пояснення (чому саме реалізація акта призведе до очікуваного впливу)
		короткостроковий вплив (до року)	середньостроковий вплив (більше року)	
Заклади охорони здоров'я, що уклали або укладуть договір з НСЗУ	Отримання фінансування від НСЗУ	Позитивний	Позитивний	Короткостроковий та середньостроковий вплив буде проявлятися в тому, що прийняття проєкту акта дозволить удосконалити механізм забезпечення сталого фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.
Пацієнти	Доступність та якість медичних послуг	Позитивний	Позитивний	В короткостроковий та середньостроковий перспективах очікується позитивний вплив через можливість і надалі отримувати якісні медичні послуги без необхідності доплачувати з власної кишені.

[Handwritten signature]

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ
до проєкту постанови Кабінету Міністрів України
«Деякі питання удосконалення реалізації програми державних
гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»

I. Визначення проблеми

Запровадження нового принципу фінансування надання медичних послуг відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон) здійснюється поступово для різних видів медичної допомоги.

Поетапне впровадження програми медичних гарантій було реалізоване, зокрема, для первинної медичної допомоги, реімбурсації та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в рамках пілотного проєкту, шляхом прийняття, в тому числі, постанов Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», якою було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, 18 грудня 2019 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік», якою було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, від 27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області», від 27 листопада 2019 року № 1124 «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» тощо.

З 01 квітня 2020 року програма медичних гарантій реалізується у повному обсязі для всіх видів медичної допомоги, передбачених Законом.

Проблема, яку пропонується розв'язати шляхом прийняття цього акта полягає у необхідності визначення тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, а також порядків розрахунків вартості медичних послуг, що надаються відповідно до Закону у 2020 році.

Основні групи, на які проблема справляє вплив:

Групи (підгрупи)	Так	Ні
Громадяни	+	-
Держава	+	-
Суб'єкти господарювання (у тому числі суб'єкти малого підприємництва)	+	-

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами;

діючих регуляторних актів, оскільки чинним законодавством порушені питання не врегульовані.

II. Цілі державного регулювання

Основними цілями державного регулювання є:

продовження функціонування ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;

продовження реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

забезпечення громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах українців, осіб, яких визнано біженцями та осіб, які потребують додаткового захисту, послугами медичної допомоги всіх видів, лікарськими засобами в повному обсязі відповідно до програми медичних гарантій;

забезпечення ефективного фінансування надавачів медичних послуг;

визначення механізмів забезпечення оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, медичної реабілітації;

цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час.	Не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, передбачених у розділі II аналізу.
Альтернатива 2. Розробка проєкту постанови Кабінету Міністрів України	Врегулювання питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для медичної допомоги, відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань та оплати медичних послуг. Дія цієї постанови поширюватиметься на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та які уклади договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг за всіма напрямками медичної допомоги, передбаченими Законом. Така альтернатива сприятиме забезпеченню функціонування ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України. Дозволить: продовжити реалізацію принципу «гроші ходять за пацієнтом»; забезпечення громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах українців, осіб, яких визнано біженцями та осіб, які потребують додаткового захисту, послугами медичної допомоги всіх видів, лікарськими засобами в повному обсязі відповідно до програми медичних гарантій; забезпечення ефективного фінансування надавачів медичних послуг; визначення механізмів забезпечення

	оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, медичної реабілітації; цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Відповідатиме: Прикінцевим та перехідним положень Закону, яким передбачено, що з 1 січня 2020 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.
--	---

2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей

Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	Залишаються витрати на фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я без врахування реальної потреби населення в медичному обслуговуванні.
Альтернатива 2.	Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом». Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах;	Додаткових витрат не передбачається, оскільки, кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги, вторинної спеціалізованої медичної допомоги у Полтавській області передбачені в Державному бюджеті України на 2020 рік.

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні.	У випадку не прийняття проєкту постанови, заклади охорони громадяни не зможуть надавати якісні медичні послуги, а громадяни в повній мірі не зможуть отримувати послуги медичної допомоги
Альтернатива 2.	Забезпечить можливість громадян звертатись до будь-яких закладів охорони здоров'я, які надають послуги медичної допомоги, та уклали договори про медичне обслуговування, за отриманням послуг за всіма видами медичної допомоги відповідно до затвердженого законодавством переліку та обсягу	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

- ліцензіатів з провадження господарської діяльності з медичної практики та ліцензіатів з виробництва лікарських засобів (в умовах аптеки), оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання та є ліцензіатами з медичної практики, одиниць <i>станом на 01.01.2019</i>	-	-	9244	14906	24150
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	-	-	38,27	61,72	100

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	У комунальних закладах охорони здоров'я, які в результаті не прийняття проекту постанови, не зможуть укласти договори про медичне обслуговування населення із НСЗУ, буде відсутнє основне джерело доходу – оплата за такими договорами, які наслідок – відсутність коштів для забезпечення функціонування.
Альтернатива 2.	Отримання можливості надавати медичні послуги населенню за рахунок бюджетних коштів; Розширення конкуренції між надавачами медичних послуг; Покращення сервісу медичного обслуговування; Підвищення якості та доступності медичних послуг;	Відсутні, так як проект постанови не передбачає нововведень у діяльність суб'єктів господарювання.

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного бала
Альтернатива 1.	1	Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу.
Альтернатива 2.	4	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме: продовжити реалізацію принципу «гроші ходять за пацієнтом»; забезпечити ефективне фінансування надавачів медичних послуг; забезпечить громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах українців, осіб, яких визнано біженцями та осіб, які потребують додаткового захисту, послугами медичної допомоги за напрямками, визначеними Законом в повному обсязі відповідно до програми медичних гарантій; продовжити оплату медичних послуг за програмою медичних гарантій;

		забезпечити цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
--	--	---

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
Альтернатива 1.	Для держави: Відсутні Для громадян: Відсутні. Для суб'єктів господарювання: Відсутні	Для держави: Залишаються витрати на фінансування державних та комунальних ЗОЗ без врахування реальної потреби населення в медичному обслуговуванні. Для громадян: Відсутні Для суб'єктів господарювання: У комунальних закладах охорони здоров'я, які в результаті не прийняття проекту постанови, не зможуть укласти договори про медичне обслуговування населення із НСЗУ, буде відсутнє основне джерело доходу – оплата за такими договорами, які наслідок – відсутність коштів для забезпечення функціонування.	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягнення встановлених цілей.
Альтернатива 2.	Для держави: Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом». Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах; Для громадян: забезпечить громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах українців, осіб, яких визнано біженцями та осіб, які потребують	Для держави: Додаткових витрат не прогнозується, оскільки витрати на закупівлю медичних послуг закладені в Державному бюджеті України на 2020 рік. Для громадян: Відсутні Для суб'єктів господарювання: Витрати суб'єкта господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання: ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год. Прогнозні витрати на 1-го с/г складатимуть – 28,31 грн. Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 683 686,5 грн.	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме продовженню вдосконалення регулювання у сфері надання медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;

	додаткового захисту, послугами медичної допомоги Для суб'єктів господарювання: Отримання можливості надавати медичні послуги населенню за рахунок бюджетних коштів; Розширення конкуренції між надавачами медичних послуг; Покращення сервісу медичного обслуговування; Підвищення якості та доступності медичних послуг.		
--	--	--	--

Рейтинг	Аргументи щодо переваги обраної альтернативи/причини відмови від альтернативи	Оцінка ризику зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта
Альтернатива 1.	Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу.	Відсутні.
Альтернатива 2.	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме: досконалому регулюванню у сфері надання медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України; розширення переліку суб'єктів, що зможуть надавати послуги з медичної допомоги; реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом». задоволенню реальних потреб населення в медичних послугах; цільовому використанню державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.	Ризики зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта відсутні.

V. Механізм та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Механізми, які забезпечать розв'язання проблеми:

визначити напрями (пакети послуг) надання послуг з медичного обслуговування населення;

затвердити порядок визначення тарифів за надання медичних послуг (із забезпеченням збереження вартості послуг з первинної медичної допомоги, що вже надаються в рамках програми медичних гарантій на рівні, не нижчому за нинішній);

визначити порядок розрахунку запланованої вартості медичних послуг.

Також, розв'язання визначених в розділі I Аналізу регуляторного впливу проблем забезпечать такі заходи:

1. Організаційні заходи для впровадження регулювання:

Для впровадження цього регуляторного акта необхідно забезпечити інформування громадськості та ліцензіатів про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення у засобах масової інформації та розміщенні на Урядовому порталі.

2. Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарювання – ліцензіатам:

ознайомитися з вимогами регулювання (пошук та опрацювання регуляторного акту в мережі Інтернет).

VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні впроваджувати або виконувати ці вимоги

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Розрахунок витрат на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва (Додаток 2 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта) не проводився, оскільки вплив на них відсутній.

Проведено розрахунок витрат суб'єктів малого (мікро) підприємництва в межах даного аналізу.

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

Строк дії регуляторного акта встановлюється на один рік, це пов'язано з особливостями реалізації бюджетної програми, яка передбачає оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги, за рахунок коштів, передбачених в Державному бюджеті України на 2020 рік.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з дати опублікування. Акт діятиме до 31 грудня 2020 року включно.

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Прогнозними значеннями показників результативності регуляторного акта є:

1. Розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – не передбачаються.

2. Кількість суб'єктів господарювання – ліцензіатів з медичної практики, на яких поширюватиметься дія акта – прогнозується 24150 с/г.

3. Розмір коштів і час, які витрачаються суб'єктами господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – низький.

4. Розмір коштів, які витратимуться суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – **28,31 грн.**

5. Кількість часу, який витратиметься суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – 1 година.

6. Кількість поданих пацієнтами декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу до надавача медичних послуг, зареєстрованих в електронній системі охорони здоров'я – 33 000 000 осіб, що становитиме близько 78,29 % від наявного населення України, зафіксованого у даних Державної служби статистики України станом на 01 січня 2019 року;

7. Рівень поінформованості суб'єктів господарювання і фізичних осіб – високий. Проект акта та відповідний аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України.

IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта

Відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься шляхом проведення базового, повторного та періодичного відстеження статистичних показників результативності

акта, визначених під час проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Базове відстеження результативності цього регуляторного акта здійснюватиметься після набрання ним чинності, оскільки для цього використовуватимуться виключно статистичні показники.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься через рік з дня набрання чинності цим регуляторним актом, але не пізніше двох років після набрання ним чинності. За результатами даного відстеження відбудеться порівняння показників базового та повторного відстеження.

Періодичне відстеження результативності буде здійснюватися один раз на кожні три роки починаючи з дня закінчення заходів з повторного відстеження результативності цього акта.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

У разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення неврегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

Строк виконання заходів 30 робочих днів.

Перший заступник Міністра

Андрій СЕМІВОЛОС

ТЕСТ**малого підприємництва (М-Тест)**

1. Консультації з представниками мікро - та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання.

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання для суб'єктів малого підприємництва та визначення переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, розробником проведено.

Порядковий номер	Вид консультацій	Кількість учасників консультацій	Основні результати консультацій
1.	Телефонні консультації із суб'єктами господарювання ліцензіатами з медичної практики та ліцензіатами з виробництва лікарських засобів (в умовах аптеки), оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів.	10	Регулювання сприймається. Отримано інформацію щодо переліку процедур, які необхідно виконати суб'єкту господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання: ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год.

2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва.

кількість суб'єктів малого (мікро) підприємництва, на яких поширюється регулювання: 24150

питома вага суб'єктів малого підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив 100 %.

3. Розрахунок витрат суб'єкта малого підприємництва на виконання вимог регулювання.

Прогнозується, що упродовж 2020 року буде укладено договори про медичне обслуговування населення усіма суб'єктами господарювання - ліцензіатами з провадження господарської діяльності з медичної практики, які надають медичну допомогу за напрямками, визначеними Законом.

У розрахунку вартості 1 часу роботи використано вартість 1 часу роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік», з 1 січня 2020 року становить – 28,31 гривні. Джерело отримання інформації: <https://zakon.rada.gov.ua/>

Джерело отримання інформації про кількість ліцензіатів з медичної практики – база даних Міністерства охорони здоров'я України (moz.gov.ua).

Первинна інформація про вимоги регулювання може бути отримана

за результатами пошуку постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України (moz.gov.ua).

Інформація про кількість часу, який витрачається суб'єктами на отримання зазначеної інформації є оціночною, та отримана за результатами проведених консультацій (наведено у таблиці розділу 1).

4. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

з/п	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичн і (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
.	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	--	--	--
.	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	--	--	--
.	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	--	--	--
.	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	--	--	--
.	Інші процедури:	--	--	--
.	Разом, гривень <i>Формула:</i> <i>(сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)</i>	--	--	--
.	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	--	--	--
.	Сумарно, гривень <i>Формула:</i> <i>відповідний стовпчик "разом" X</i> <i>кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)</i>	--	--	--

Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо

виконання регулювання				
9.	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання <i>Формула:</i> <i>витрати часу на отримання інформації про регулювання X</i> <i>вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість форм</i>	1 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 28.31 грн. = 28,31 грн.	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання лише в перший рік; за результатами консультацій)	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання лише в перший рік; за результатами консультацій)
10	Процедури організації виконання вимог регулювання	0,00	0,00	0,00
11	Процедури офіційного звітування.	0,00	0,00	0,00
12	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	0,00	0,00	0,00
13	Інші процедури: Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на укладання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснено в рамках Аналізу регуляторного впливу до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій».			
14	Разом, гривень	28,31 грн.	X	0,00
15	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	24150	X	
16	Сумарно, гривень	683 686,5	X	X

Не передбачається розроблення коригуючих та пом'якшувальних заходів.

Сумарні витрати за альтернативами	Сума витрат, гривень
Альтернатива 1.	

Витрати держави	--
Витрати с/г малого підприємництва	--
Альтернатива 2.	
Витрати держави	--
Витрати с/г малого підприємництва	683 686,5

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання
удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного
обслуговування населення у 2020 році»

1. Резюме

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» (далі – проєкт постанови) розроблено Міністерством охорони здоров'я України з метою удосконалення порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році, зокрема, щодо визначення механізмів забезпечення оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, медичної реабілітації.

2. Проблема, яка потребує розв'язання

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон) запроваджено фінансування необхідних пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ).

Новий принцип фінансування має запроваджуватись поступово для різних видів медичної допомоги.

Поетапне впровадження програми медичних гарантій було реалізоване, зокрема, для первинної медичної допомоги, реімбурсації та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в рамках пілотного проєкту, шляхом прийняття, в тому числі, постанов Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», якою було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, 18 грудня 2019 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік», якою було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, від

27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області», від 27 листопада 2019 року № 1124 «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» тощо.

З метою удосконалення порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році в частині конкретизації тарифів та коефіцієнтів на медичні послуги, а також порядків розрахунків вартості медичних послуг, постала необхідність у прийнятті відповідного акта Кабінету Міністрів України.

3. Суть проєкту акта

Проектом акта затверджується Порядок реалізації програми медичних гарантій у 2020 році, яким передбачено запровадження механізмів забезпечення оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, медичної реабілітації.

4. Вплив на бюджет

Реалізація проєкту постанови не матиме впливу на надходження та витрати місцевого та/або державного бюджету.

5. Позиція заінтересованих осіб

Проект акта стосується прав закладів охорони здоров'я, що уклали або укладуть договір з Національною службою здоров'я України та пацієнтів. Прогноз впливу додається.

Проект акта не стосується інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, соціально-трудової сфери, прав осіб з інвалідністю.

Проект акта не стосується сфери наукової та науково-технічної діяльності.

6. Прогноз впливу

Проект постанови є регуляторним актом.

За предметом правового регулювання проєкт постанови не матиме прямого впливу на розвиток регіонів, ринок праці, громадське здоров'я, екологію та навколишнє природне середовище, інші сфери суспільних відносин.

Проект не справлятиме негативного впливу на суспільні відносини.

7. Позиція заінтересованих органів

Проект потребує погодження з Міністерством фінансів України, Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, Державною казначейською службою України, Державною аудиторською службою України, Національною службою здоров'я України, Державною регуляторною службою, Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини та потребує правової експертизи у Міністерстві юстиції України.

8. Ризики та обмеження

Проект не містить положень, які мають ознаки дискримінації. Громадська антидискримінаційна експертиза не проводилась.

У проекті відсутні положення, які порушують принцип забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Проект не має правил і процедур, які можуть містити ризики вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією. Громадська антикорупційна експертиза не проводилась.

9. Підстава розроблення проекту акта

Проект постанови розроблено на виконання пунктів 4 та 5 розділу IV «Прикінцеві та перехідні положення» Закону з урахуванням положень Бюджетного кодексу України та Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».

Перший заступник Міністра

Андрій СЕМІВОЛОС

ДОВІДКА

щодо відповідності зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції та праву Європейського Союзу (acquis ЄС) проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»

Проект акта розроблено Міністерством охорони здоров'я України.

1. Належність проекту акта до сфер, правовідносини в яких регулюються правом Європейського Союзу (acquis ЄС)

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» за предметом правового регулювання не належить до пріоритетних сфер адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, визначених Законом України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу».

2. Зобов'язання України у сфері європейської інтеграції (у тому числі міжнародно-правові)

Проект постанови не стосується міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції.

3. Програмні документи у сфері європейської інтеграції

Проект постанови не стосується програмних документів у сфері європейської інтеграції Президента України та/або Кабінету Міністрів України.

4. Порівняльно-правовий аналіз

З урахуванням пунктів 1, 2 та 3 Довідки порівняльно-правовий аналіз відсутній.

5. Очікувані результати

Прийняття проекту постанови сприятиме забезпеченню ефективної реалізації програми медичних гарантій у 2020 році.

6. Узагальнений висновок

Цей проект постанови не суперечить основним положенням законодавства Європейського Союзу.

Перший заступник Міністра

«___» _____ 2020 року



Андрій СЕМІВОЛОС

ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНІ РОЗРАХУНКИ ДО ПРОЄКТУ АКТА

«Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»

(назва проекту)

Рівень бюджету державний

Початок реалізації проєкту, період, необхідний для його реалізації

З моменту набрання чинності до кінця 2020 бюджетного року

Аналіз проблеми

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон) було запроваджено фінансування медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ). Новий принцип фінансування має запроваджуватись поступово для різних видів медичної допомоги.

Так, частиною другою розділу IV Прикінцевих та перехідних положень Закону передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. З 1 квітня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення для всіх видів медичної допомоги здійснюватиметься за програмою медичних гарантій, у межах якої держава гарантує оплату за рахунок коштів державного бюджету медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, а також реімбурсації лікарських засобів.

Перехід від діючої моделі утримання закладів охорони здоров'я до оплати фактично наданих ними послуг як автономними суб'єктами господарської діяльності забезпечить підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів шляхом встановлення пріоритетів та зосередження ресурсів на результативних та економічно ефективних послугах, що у свою чергу надасть змогу покращити стан здоров'я населення України.

Проектом акта передбачено встановлення порядку реалізації програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, а також реімбурсації лікарських засобів.

Альтернативні варіанти вирішення проблеми проєкту акта відсутні, оскільки будуть суперечити нормам чинного законодавства.

Шляхи реалізації проєкту акта та очікувані результати реалізації проєкту

Реалізація проєкту акта не потребує відкриття у 2020 році нової бюджетної програми. Зазначена бюджетна програма передбачена у додатку 3 до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» за КПКВК 2308060 «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» (далі – КПКВК 2308060).

Додаткової потреби у видатках з державного бюджету реалізація проєкту акта не потребує, оскільки видатки на його реалізацію враховані у загальному обсязі видатків на 2020 рік за КПКВК 2308060.

Детальний розрахунок загального обсягу витрат за КПКВК 2308060, необхідний для реалізації у 2020 бюджетному році проєкту акта, викладено у Додатку до фінансово-економічних розрахунків до проєкту акта.

Обсяг видатків загального фонду державного бюджету, який буде спрямовано на реалізацію зазначеного проєкту акта у 2020 році, становить 72 000 484,8 тис. грн., які розподіляються наступним чином:

- на оплату первинної медичної допомоги у сумі 19 136 906,5 тис. грн. (кількість укладених декларацій з населенням станом на 01.01.2020 орієнтовно складатиме – 30 501,3 тис. один., на 01.12.2020 – 33 053,3 тис. один., середньомісячний приріст декларацій – 212,7 тис. один.; коригувальні коефіцієнти до капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, у розрізі вікових груп становлять: 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);
- на оплату екстреної медичної допомоги у сумі 4 657 564,9 тис. грн (кількість населення, які матимуть змогу скористатися екстреною медичною допомогою складатиме 39 940,5 тис. осіб);
- на оплату медичних послуг, що надаватимуться у рамках реалізації Пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області планується спрямувати 348 042,9 тис. гривень (кількість учасників пілотного проєкту становитиме 56 закладів охорони здоров'я; розмір ставки на пролікований випадок – 1 748,6 гривні; очікувана кількість госпіталізацій, які планується оплатити в рамках реалізації пілотного проєкту – 65,6 тисяч випадків);
- на оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, у сумі 43 503 602,9 тис. грн (очікувана кількість госпіталізацій, які планується оплатити в рамках реалізації програми складатиме 6 млн, з яких 1,5 млн з хірургічними операціями; кількість консультацій спеціалістів, наданих в амбулаторних умовах орієнтовно складатиме 121 млн, кількість хірургічних втручань, проведених в амбулаторних умовах – 1 млн);
- на оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням паліативної медичної допомоги у сумі 297 156,0 тис. грн (очікувана кількість осіб, які отримають послуги паліативної медичної допомоги складає 34,8 тис. осіб);
- на оплату медичної реабілітації у сумі 439 586,5 тис. грн (очікувана кількість осіб, які отримають медичну реабілітацію складає 67,1 тис. осіб);
- на оплату реімбурсації лікарських засобів, у тому числі реімбурсації лікарських засобів для лікування цукрового та нецукрового діабету планується спрямувати 2 859 498,9 тис. гривень. Чисельність пацієнтів, які отримають ліки, вартість яких буде повністю або частково реімбурсована за рахунок коштів для реалізації програми медичних гарантій,

складатиме понад 2,5 млн. осіб, у тому числі ліки для лікування цукрового та нецукрового діабету планується відшкодувати 204,4 тис. осіб; середні витрати на одного пацієнта на місяць – 187,9 грн.);

- на технічне обслуговування підтвердження декларацій, виписування направлень та рецептів на лікарські засоби, які підлягають реімбурсації на 2020 рік передбачається спрямувати 42 327,2 тис. грн;

- на резерв в обсязі 715 799,0 тис. грн.

Для проведених розрахунків використовувалися такі джерела інформації:

- первинна медична допомога – інформація щодо прогнозованої чисельності населення використана згідно з даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи Національної академії наук України, кількість внутрішньо переміщених осіб – згідно даних Міністерства соціальної політики, кількість підписаних декларацій – згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

- екстрена медична допомога – інформація щодо прогнозованої чисельності населення використана згідно з даними Державного комітету статистики щодо чисельності наявного населення та даними Міністерства соціальної політики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 01 січня 2019 року;

- вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога – використовувалася інформація Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, зокрема за Формами 20, 21, 10, 35-здоров, 33-коротка, 32, за 2018 рік та макроекономічний показник – прогнозний індекс споживчих цін на 2020 рік році; дані закладів охорони здоров'я отримані в межах проекту «Фінансування та управління у системі охорони здоров'я», що виконувався на запит Міністерства охорони здоров'я у 2017-2018 роках;

- пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області – використовувалася інформація, отримана за результатами проведеного аналізу фактичних результатів реалізації пілотного проекту в Полтавській області та прогнозний індекс споживчих цін на 2020 рік році;

- паліативна медична допомога – використовувалася інформація Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України;

- медична реабілітація – використовувалася інформація Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України;

- реімбурсація лікарських засобів, у тому числі реімбурсація препаратів інсуліну та лікарських засобів для лікування нецукрового діабету – використовувалися дані електронної системи охорони здоров'я та інформація Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України.

Розрахунки обсягу витрат у розрізі напрямів за КПКВК 2308060, необхідного для реалізації у 2020 бюджетному році проекту акта, викладено у додатку до Фінансово-економічних розрахунків до проекту акта.

Цільова аудиторія, якої стосується проект акта

Цільовою аудиторією результатів реалізації проекту акту є громадяни, іноземці, особи без громадянства, які постійно проживають на території України, та особи, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, а також надавачі медичних послуг.

Зведені фінансово-економічні розрахунки

(тис. грн)

Показники	2018 рік			2019 рік			2020 рік		
	загальний фонд	спеціальний фонд	усього	загальний фонд	спеціальний фонд	усього	загальний фонд	спеціальний фонд	усього
1. Витрати бюджету згідно з проектом акта, усього (підпункт.1.1 + підпункт.1.2)							72 000 484,8		72 000 484,8
у тому числі:									
1.1. Збільшення витрат (+), усього *							+ 0,0		+ 0,0
з них: за бюджетними програмами (КПКВК або ТПКВКМБ/ТКВ БМС) та напрямками використання							+ 0,0		+ 0,0
КПКВК 2308060							+ 0,0		+ 0,0
1.2. Зменшення витрат (-), усього							- 0,0		- 0,0
з них: за бюджетними програмами (КПКВК або ТПКВКМБ/ТКВ БМС) та напрямками використання							- 0,0		- 0,0
2. Надходження до бюджету згідно з проектом акта, усього (підпункт 2.1 + підпункт 2.2)							0,0		0,0

покриття загальної суми додаткових бюджетних коштів (пункт 5), необхідних згідно з проектом акта, усього (підпункт 6.1 + підпункт 6.2)									
у тому числі за рахунок:									
6.1. Зменшення витрат бюджету (-), усього									
з них: за бюджетними програмами (КПКВК або ТПКВКМБ/ТКВКБМС) та напрямками використання									
.....									
Збільшення надходжень бюджету (+), усього									
з них за видами:									
.....									

Генеральний директор

Директорату медичних послуг



О. Сухорукова