

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 31 грудня 2025 р. № 1808

ПОРЯДОК
реалізації програми державних гарантій медичного
обслуговування населення у 2026 році

І. Загальна частина

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі — програма медичних гарантій) у 2026 році.

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб — підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають положенням постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) та умовам закупівлі, які мають намір укласти або уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі — договір) із НСЗУ, а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ.

3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

базова ставка — середня вартість медичної послуги, що розрахована як співвідношення обсягу бюджетних коштів, що визначені на початок бюджетного періоду, та прогнозованої кількості медичних послуг за відповідним напрямом, визначена на початок бюджетного періоду;

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

глобальний бюджет — обсяг фінансування надавача медичних послуг на визначений період, що формується на основі глобальної ставки із застосуванням коригувального коефіцієнта та з урахуванням умов договору;

донорський етап — заходи, спрямовані на отримання та надання органу чи іншого анатомічного матеріалу для трансплантації;

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

епізод медичної допомоги — період від першого звернення (взаємодії) пацієнта до надавача медичної послуги за медичною допомогою щодо певної проблеми із здоров'ям із внесенням відповідної інформації до електронної системи охорони здоров'я до останнього звернення (взаємодії) включно щодо тієї ж проблеми. Розрізняють такі типи епізодів: діагностика, профілактика, лікування, кондиціонування, реабілітація та паліативна допомога;

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

ліміт — оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги згідно з Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ;

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

перцентиль — сота частка обсягу вимірної сукупності, виражена у відсотках, якій відповідає певне значення ознаки;

принцип екстериторіальності — надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від задекларованого/зареєстрованого місця проживання;

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

пролікований випадок — комплекс наданих пацієнтові медичних послуг за умови його госпіталізації до стаціонару для профілактики та/або діагностики, та/або лікування, та/або реабілітації, що завершується вибуттям пацієнта із стаціонару;

регіон — Автономна Республіка Крим, області, м. Київ та Севастополь;

складний неонатальний випадок — лікування новонародженого, вік якого на момент госпіталізації становить менше 28 діб (або більше виключно для пацієнтів з масою під час госпіталізації менше 1500 грамів), з

діагнозом класу XVI (P) або класу XVII (Q), крім переліку хвороб, лікування яких не оплачується згідно із затвердженою МОЗ таблицею співставлення медичних послуг із кодами національного класифікатора НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я” та/або національного класифікатора НК 026:2021 “Класифікатор медичних інтервенцій”, затверджених Мінекономіки;

унікальний пацієнт — пацієнт, який має свій унікальний ідентифікатор в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров’я.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров’я, Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших актах законодавства.

4. Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, що пов’язані з наданням за принципами екстериторіальності та нейтральності бюджету екстреної (надається незалежно від наявності декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу), первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги, реабілітації у сфері охорони здоров’я, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв’язку з вагітністю та пологами, послуги з проведення оцінювання повсякденного функціонування особи.

5. НСЗУ в межах програми медичних гарантій здійснює реімбурсацію лікарських засобів, міжнародні непатентовані назви та форми випуску яких наведені в розділі III цього Порядку і які включені до переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій, затвердженого МОЗ, а також медичних виробів, назви яких наведені в розділі III цього Порядку і які включені до переліку медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій, затвердженого МОЗ, згідно з Порядком реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 р. № 854 “Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2021 р., № 67, ст. 4230; 2023 р., № 65, ст. 3698), відповідно до договорів про реімбурсацію.

6. НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, крім медичних послуг, які надаються в рамках випадків, включених до переліку випадків, за яких заклади охорони здоров’я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 5 липня 2024 р. № 781 “Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 65, ст. 3907), та медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок

коштів інших програм державного бюджету, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

7. НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами, ваговими та коригувальними коефіцієнтами (які застосовуються шляхом множення, якщо інше не передбачено цим Порядком), визначеними в цьому Порядку, на підставі звітів про медичні послуги, які подані надавачем медичних послуг та складені на підставі інформації, яка внесена до електронної системи охорони здоров'я не пізніше десятого робочого дня після закінчення відповідного звітного періоду, що складаються в порядку, передбаченому Типовою формою договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2020 р., № 2, ст. 59; 2021 р., № 82, ст. 5250), відповідно до укладеного договору в межах бюджетних асигнувань, передбачених на 2026 рік за відповідним пакетом медичних послуг. До тарифів на медичні послуги не включається вартість лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я.

Надавачам медичних послуг забороняється вимагати та отримувати винагороду в будь-якій формі від пацієнтів або їх представників за медичні послуги, які надані за кошти програми медичних гарантій.

НСЗУ не оплачує надавачу медичні послуги, які:

надаються за направленнями в паперовій формі, крім випадків направлення пацієнтів, які тримаються в установах виконання покарань або слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби, а також у таборах та дільницях для тримання військовополонених, направлення громадян Республіки Польща, направлення військовослужбовців із числа іноземців та осіб без громадянства, які проходять військову службу за контрактом у Збройних Силах, розвідувальному органі Міноборони, Держспецтрансслужбі та Національній гвардії, які мають право на отримання таких послуг відповідно до Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”;

оплачені за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, та не передбачені договором. Інформація про такі медичні послуги обов'язково вноситься їх надавачами до електронної системи охорони здоров'я.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, крім наведених у главі 1 розділу II цього Порядку, які надані за адресами місць надання медичних послуг, що не визначені договором.

НСЗУ не оплачує надавачу медичні послуги, які передбачені главою 8 розділу II цього Порядку та надані протягом одного дня, у разі, коли цього дня пацієнта госпіталізовано до такого надавача, крім наданих медичних послуг пацієнтам, які доставлені бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 8 і 10—21 або 23, або 24, або 25 і 26, або 29, або 31, або 37—39 розділу II цього Порядку, розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені різними пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакетів медичних послуг, зазначених у главах 10—21 або 23, або 24, або 25 і 26, або 29, або 31, або 37—39 розділу II цього Порядку.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3—7 або 19—22, або 27, або 29 і 30, або 37—39 розділу II цього Порядку, розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені різними пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакетів медичних послуг, зазначених у главах 4—7 або 19—22, або 25, або 27, або 29 і 30, або 37—39 розділу II цього Порядку.

У разі коли надавач медичних послуг надає більше ніж одну медичну послугу пацієнту, що віднесена до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 7 розділу II цього Порядку, в межах одного закладу охорони здоров'я або переведення новонародженого в інший заклад здійснюється від п'ятої до 28 доби життя включно (крім випадків переведення дитини з хірургічних причин), розрахунок вартості медичних послуг здійснюється в рамках пакета медичних послуг, зазначеного у главі 3 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 4—6 розділу II цього Порядку (за винятком медичних послуг, що надаються пацієнтам, які не досягли 18 років), за договором надавачам медичних послуг, зазначених у главі 3 розділу II цього Порядку, крім закладів охорони здоров'я, що розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2025 р. не було визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп I01, I03, I04, I05, I31, I32, I33, закладам охорони здоров'я, що відсутні в переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з безоплатного ендопротезування суглобів, затвердженому МОЗ.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп С01—С63, закладам охорони здоров'я, що не включені до переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з встановлення штучного кришталіка та стаціонарної офтальмологічної допомоги, затвердженого МОЗ.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп R01—R63, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного/укладених договору/договорів за пакетом/пакетами медичних послуг, зазначеним/зазначеними у главах 19 та/або 21 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп В69, В70, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного договору за пакетом медичних послуг, зазначеним у главі 4 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп U40—U67, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного/укладених договору/договорів за пакетом/пакетами медичних послуг, зазначеним/зазначеними у главах 22 та/або 23 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, що віднесені до коду послуги РІЗЬ глави 27 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які не включені до клінічного маршруту пацієнта, затвердженого МОЗ.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 19 і 21 розділу II цього Порядку, розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакета медичних послуг, зазначених у главі 21 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, надані пацієнтам віком до 18 років, що віднесені до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 22 розділу II цього Порядку, а також не враховує їх під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 22 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які відсутні в переліку закладів охорони здоров'я, визначених МОЗ, які надають психіатричну допомогу дітям у стаціонарних умовах у відповідних відділеннях — структурних підрозділах закладу.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, які включені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 23 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які надають медичні послуги в регіонах, у яких не сформована

спроможна мережа закладів охорони здоров'я, крім випадків, коли такі заклади мають укладені договори за пакетом медичних послуг, визначеним главою 22 розділу II цього Порядку, або одночасно за пакетами медичних послуг, визначеними главами 27 та 30 розділу II цього Порядку, а також одним із пакетів, визначених главами 3 або 36 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує надлишок послуг у разі, коли надавач медичних послуг допускає перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, з допустимим перевищенням на 30 відсотків відповідно до абзацу шостого пункту 29 Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я” (Офіційний вісник України, 2021 р., № 97, ст. 6315; 2024 р., № 6, ст. 270).

У разі допустимого перевищення закладом охорони здоров'я реабілітаційної спроможності під час надання послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, до оплати включаються реабілітаційні послуги, надані понад допустиму спроможність, із застосуванням ставки на пролікований випадок коригувального коефіцієнта 0,9 з наступним застосуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує надлишок послуг у разі, коли надавач медичних послуг допускає перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 31 розділу II цього Порядку.

Реабілітаційною спроможністю закладу, який надає реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах, є можливість фахівців з реабілітації, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а саме лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів фізичних терапевтів, асистентів ерготерапевтів, логопедів (терапевтів мови та мовлення), кожен день надавати реабілітаційну допомогу високого обсягу всім пацієнтам протягом реабілітаційного циклу.

Реабілітаційна спроможність реабілітаційного закладу або відділення встановлюється відповідно до кількості пацієнтів, яким протягом доби під час реабілітаційного циклу в стаціонарних умовах може бути надана реабілітаційна допомога високого обсягу (якнайменше три години реабілітації) фахівцями з реабілітації, що працюють у закладі, згідно з їх нормативами навантаження відповідно до пунктів 29—32 Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я”

(Офіційний вісник України, 2021 р., № 97, ст. 6315), що визначається за меншим з показників — РСком або РСфрм.

Для визначення реабілітаційної спроможності реабілітаційного закладу використовується така формула:

$$РСстац = \min (РСком, РСфрм),$$

де РСстац — реабілітаційна спроможність закладу;

РСком — реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад “фізичний терапевт”, “ерготерапевт”, “асистент фізичного терапевта”, “асистент ерготерапевта” та “логопед” (“терапевт мови та мовлення”);

РСфрм — реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад “лікар фізичної та реабілітаційної медицини”.

Реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад “фізичний терапевт”, “ерготерапевт”, “асистент фізичного терапевта”, “асистент ерготерапевта” та “логопед” (“терапевт мови та мовлення”) розраховується за такою формулою:

$$РСком = (Кф \times 6 + Ка \times 7 + Кт \times 5)/3,$$

де Кф — кількість зайнятих посад “фізичний терапевт” та “ерготерапевт”;

Ка — кількість зайнятих посад “асистент фізичного терапевта” та “асистент ерготерапевта”;

Кт — кількість зайнятих посад “логопед” (“терапевт мови та мовлення”).

Реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад “лікар фізичної та реабілітаційної медицини” розраховується за такою формулою:

$$РСфрм = Кфрм \times 12,$$

де Кфрм — кількість зайнятих посад “лікар фізичної та реабілітаційної медицини”.

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання медичних послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які перебувають в стаціонарі, з реабілітаційною спроможністю закладу.

Реабілітаційною спроможністю закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, є можливість фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів фізичних терапевтів, асистентів ерготерапевтів, логопедів (терапевтів мови та мовлення) надавати щодня реабілітаційну допомогу середнього обсягу (щонайменше одна година реабілітації) всім пацієнтам протягом реабілітаційного циклу.

Для визначення реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, використовується така формула:

$$R_{\text{Самб}} = (K_{\text{ф}} \times 6 + K_{\text{а}} \times 7 + K_{\text{т}} \times 5),$$

де $R_{\text{Самб}}$ — реабілітаційна спроможність закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах;

$K_{\text{ф}}$ — кількість зайнятих посад “фізичний терапевт” та “ерготерапевт”;

$K_{\text{а}}$ — кількість зайнятих посад “асистент фізичного терапевта” та “асистент ерготерапевта”;

$K_{\text{т}}$ — кількість зайнятих посад “логопед” (“терапевт мови та мовлення”).

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання медичних послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які перебувають в стаціонарі, з реабілітаційною спроможністю закладу.

Реабілітаційна спроможність закладу, який одночасно надає медичні послуги за договором (договорами) про медичні послуги, зазначені у главі 30, і за договором (договорами) про медичні послуги, що надаються при гострому мозковому інсульті та зазначені у главі 4 розділу II цього Порядку, з урахуванням кількості зайнятих посад “фізичний терапевт”, “ерготерапевт”, “асистент фізичного терапевта”, “асистент ерготерапевта” та “логопед” (“терапевт мови та мовлення”) розраховується за такою формулою:

$$R_{\text{СкомГ}} = ((K_{\text{ф}} - 2K_{\text{фт}}) \times 6 + K_{\text{а}} \times 7 + K_{\text{т}} \times 5)/3,$$

де $R_{\text{СкомГ}}$ — реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням фактично залучених фізичних терапевтів до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту;

$K_{\text{фт}}$ — кількість посад фізичних терапевтів, залучених до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту.

Значення “–2” застосовується з метою виключення з формули обрахунку фізичних терапевтів, які фактично залучені до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту (послуги категорії AP1), що не враховуються під час розрахунку реабілітаційної спроможності за іншими напрямками. Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання медичних послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, і за договором (договорами) про медичні послуги, що надаються при гострому мозковому інсульті та зазначені у главі 4 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які перебувають в стаціонарі, з реабілітаційною спроможністю закладу (враховуючи фізичних терапевтів,

які фактично залучені до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту).

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання за договором (договорами) медичних послуг, зазначених у главі 31 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які проходять реабілітацію в амбулаторних умовах, з реабілітаційною спроможністю закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах.

Реабілітаційна спроможність закладу, який одночасно надає медичні послуги за договором (договорами) про медичні послуги, зазначені у главі 31, і за договором (договорами) про медичні послуги, зазначені у главі 4 розділу II цього Порядку, визначається з урахуванням кількості зайнятих посад фахівців мультидисциплінарної команди за такою формулою:

$$R_{\text{СамБГ}} = ((K_{\text{ф}} - 2K_{\text{фт}}) \times 6 + K_{\text{а}} \times 7 + K_{\text{т}} \times 5) / 3,$$

де $R_{\text{СамБГ}}$ — реабілітаційна спроможність закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, з урахуванням фактично залучених фізичних терапевтів до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту.

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання за договором (договорами) медичних послуг, зазначених у главі 31 розділу II цього Порядку, і за договором (договорами) про медичні послуги, що надаються при гострому мозковому інсульті та зазначені у главі 4 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння загальної кількості пацієнтів, які проходять реабілітацію в амбулаторних умовах, з реабілітаційною спроможністю закладу, розрахованою з урахуванням залученості фізичних терапевтів до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту.

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу у разі, коли він одночасно надає медичні послуги за договором (договорами) про медичне обслуговування при гострому мозковому інсульті, про медичні послуги з реабілітації дорослим і дітям у стаціонарних умовах та за договором про реабілітацію в амбулаторних умовах, визначається шляхом порівняння загальної кількості пацієнтів, які одночасно проходять реабілітацію в межах усіх зазначених пакетів, з реабілітаційною спроможністю закладу.

До розрахунку реабілітаційної спроможності включаються всі фахівці (фізичні терапевти, ерготерапевти, асистенти фізичних терапевтів, асистенти ерготерапевтів, терапевти мови та мовлення (логопеди), лікарі фізичної та реабілітаційної медицини), за винятком фізичних терапевтів, які фактично залучені до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту у межах договору про медичні послуги, що надаються при гострому

мозковому інсульті (глава 4 розділу II цього Порядку), та не можуть бути враховані повторно під час визначення спроможності за стаціонарним та амбулаторним пакетами.

Реабілітаційна спроможність закладу для надання стаціонарної реабілітаційної допомоги в разі одночасного надання послуг, зазначених у главах 4, 30 та 31 розділу II цього Порядку, визначається за формулою:

$$RC_{\text{стацЗ}} = \min(RC_{\text{комЗ}}, RC_{\text{фрм}}),$$

де $RC_{\text{комЗ}} = ((K_{\text{ф}} - 2K_{\text{фт}}) \times 6 + K_{\text{а}} \times 7 + K_{\text{т}} \times 5) / 3;$

$$RC_{\text{фрм}} = K_{\text{фрм}} \times 12.$$

Реабілітаційна спроможність закладу для надання амбулаторної реабілітаційної допомоги визначається за формулою:

$$RC_{\text{амбЗ}} = (K_{\text{ф}} - 2K_{\text{фт}}) \times 6 + K_{\text{а}} \times 7 + K_{\text{т}} \times 5.$$

Перевищення реабілітаційної спроможності вважається наявним, якщо виконується хоча б одна з умов:

$$R_{\text{стац}} > RC_{\text{стацЗ}},$$

$$R_{\text{амб}} > RC_{\text{амбЗ}},$$

$$R_{\text{стац}} + R_{\text{амб}} > RC_{\text{стацЗ}} + RC_{\text{амбЗ}}.$$

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 30 та/або 31 розділу II цього Порядку, наявність перевищення реабілітаційної спроможності, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, з реабілітаційною спроможністю закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах).

Реабілітаційна спроможність закладу, який за договором (договорами) про медичні послуги, зазначені у главі 31 розділу II цього Порядку, зокрема забезпечує надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я фахівцем з реабілітації самостійно (за однією з таких професій фахівців з реабілітації, як фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення), обраховується за такою формулою:

$$RC_{\text{моно}} = \Sigma(N_{\text{роб}} - N_{\text{стац}} - N_{\text{амб}}),$$

де $RC_{\text{моно}}$ — реабілітаційна спроможність закладу, яка визначається для надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних та/або амбулаторних умовах), у разі відсутності певного виду допомоги відповідний показник приймається

рівним нулю, значення розраховується з урахуванням частки ставок та відпусток;

Нроб — кількість робочих годин на день одного фізичного терапевта або ерготерапевта;

Нстац — кількість витрачених реабілітаційних годин на стаціонарну послугу на день одного фізичного терапевта або ерготерапевта;

Намб — кількість витрачених реабілітаційних годин на амбулаторну послугу на день одного фізичного терапевта або ерготерапевта.

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 31 розділу II цього Порядку, наявність перевищення реабілітаційної спроможності для надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання допомоги в стаціонарних та/або амбулаторних умовах) встановлюється шляхом порівняння розрахункового значення РСмоно з нулем. Від'ємне значення РСмоно свідчить про перевищення реабілітаційної спроможності закладу для надання такої допомоги.

Для закладів охорони здоров'я, визначених МОЗ для надання реабілітаційної допомоги самостійно фахівцями з реабілітації в територіальних громадах, які не покриті реабілітаційними послугами мережі, і які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 31 розділу II цього Порядку, наявність перевищення реабілітаційної спроможності встановлюється шляхом порівняння розрахункового значення РСгром з нулем. Від'ємне значення РСгром свідчить про перевищення реабілітаційної спроможності закладу для надання такої допомоги. Реабілітаційна спроможність закладів, визначених МОЗ для надання реабілітаційної допомоги самостійно фахівцями з реабілітації в територіальних громадах визначається за формулою:

$$РСгром = Кф \times 6,$$

де РСгром — реабілітаційна спроможність закладів, визначених МОЗ для надання реабілітаційної допомоги самостійно фахівцями з реабілітації в територіальних громадах, які не покриті реабілітаційними послугами мережі, з урахуванням фактично залучених фізичних терапевтів та ерготерапевтів;

Кф — кількість посад “фізичний терапевт” та “ерготерапевт.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, зазначені у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, оплата здійснюється у такій послідовності: спочатку оплачуються послуги, зазначені у главі 30 розділу II цього Порядку, в межах реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу

в стаціонарних умовах (з урахуванням надлишку послуг відповідно до абзацу дванадцятого пункту 7 цього Порядку), а потім оплачуються послуги, зазначені у главі 31 розділу II цього Порядку, в межах реабілітаційної спроможності закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах).

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, зазначені у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, реабілітаційна спроможність, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), визначається за місцем надання послуг.

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, під час розрахунку їх реабілітаційної спроможності, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), використовується така формула:

$$RC_{\text{залиш}} = RC_{\text{са}} \times 3,$$

де $RC_{\text{залиш}}$ — реабілітаційна спроможність закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах);

$RC_{\text{са}}$ — спроможність мультидисциплінарної команди закладу додатково до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах надавати реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, яка розраховується за такою формулою:

$$RC_{\text{са}} = RC_{\text{ком}} - N_{\text{стац}},$$

де $N_{\text{стац}}$ — кількість пацієнтів, яким надається допомога в стаціонарних умовах.

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, наявність перевищення реабілітаційної спроможності, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, з реабілітаційною спроможністю закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах).

До фактичної вартості медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 1—44 розділу II цього Порядку, які надаються закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, місця надання послуг яких розташовані на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, з дати початку тимчасової окупації, застосовується коефіцієнт 0.

До фактичної вартості медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3—40 розділу II цього Порядку, які надаються закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, за результатом проведеного шляхом автоматичного моніторингу аналізу повноти, достовірності та відповідності медичних записів, внесених протягом першого півріччя 2026 року до системи, згідно з алгоритмами і правилами, визначеними НСЗУ, встановлено ознаки внесення понад 50 відсотків медичних записів, щодо яких виявлено ознаки порушення стосовно повноти та достовірності, застосовується коефіцієнт 0.

НСЗУ здійснює оплату медичних послуг, передбачених пакетами медичних послуг, зазначених у главах 11—16 розділу II цього Порядку:

за договором з надавачем медичних послуг — один раз для одного пацієнта протягом одного календарного року. Подальше надання тих самих послуг тому ж самому пацієнтові оплачується за пакетом медичних послуг, зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку;

за медичні послуги, що надані поза межами періоду стаціонарного лікування.

НСЗУ оплачує послуги з проведення оцінювання повсякденного функціонування експертними командами за наявності договору про надання таких послуг за одним з пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3, 22, 24, 36 розділу II цього Порядку.

НСЗУ оплачує медичні послуги, виконані та обліковані спеціалістами та фахівцями в галузі охорони здоров'я, наявність яких передбачена умовами закупівлі відповідних медичних послуг.

НСЗУ оплачує медичні послуги в рамках епізоду типу “профілактика” з метою профілактичних оглядів пацієнтів відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачені у главі 8 розділу II цього Порядку, не більше ніж один раз на рік для одного пацієнта, крім дітей.

НСЗУ оплачує медичні послуги у разі гострих захворювань, передбачених главою 8 розділу II цього Порядку, в рамках епізоду типу “лікування” виключно у разі завершення даного епізоду. НСЗУ оплачує не

більше двох послуг на місяць з консультування за сервісом “Консультування та діагностика”, наданих лікарем однієї спеціальності одному пацієнту.

НСЗУ оплачує медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг:

зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку, у разі надання таких послуг за кожним видом послуг (групою амбулаторних медичних послуг та класом медичних послуг) закладом одному пацієнту кількістю, що не перевищує значення, яке встановлюється на рівні 99 перцентилів від кількості обрахованих відповідних послуг на одного пацієнта в одному закладі за звітний період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

зазначених у главах 10, 18, 25 і 26 розділу II цього Порядку, надавачу медичних послуг, який останнім надав медичну послугу протягом звітного періоду пацієнту;

зазначених у главах 10, 17, 18 розділу II цього Порядку, за пацієнтів, що подали декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі — декларація). Медичні послуги, пов'язані з веденням вагітності пацієнтів та проведенням діалізу в амбулаторних умовах для пацієнтів, у яких протягом двох місяців з моменту початку надання послуг відсутня декларація, оплачуються в загальному порядку, визначеному відповідно главами 10, 17 і 18 розділу II цього Порядку. У разі неподання декларації протягом двох місяців після звітного періоду наступні послуги оплачуються НСЗУ за пакетом медичних послуг, зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку;

зазначених у главі 20 розділу II цього Порядку, надавачу медичних послуг за даним пакетом медичних послуг не більше чотирьох циклів на рік відповідно до правил та алгоритмів НСЗУ;

зазначених у главі 28 розділу II цього Порядку, — лише ті послуги, що включали не менше одного візиту на тиждень. Кількість візитів, які здійснюються однією бригадою мобільної паліативної допомоги, не може перевищувати шести візитів на день на одного лікаря;

зазначених у главі 28 розділу II цього Порядку, надавачу медичних послуг, який першим надав медичну послугу протягом звітного періоду пацієнту;

зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, — лише ті послуги, загальна кількість реабілітаційних циклів яких під час надання послуг найвищої складності (CP1) або високої складності (CP2) становить до восьми циклів протягом року, тривалість кожного з яких визначається досягненням реабілітаційних цілей, які внесено до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану за визначеним діагнозом першопричини, але не

менше 14 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 днів). Загальна кількість реабілітаційних циклів під час надання послуг з реабілітації помірної та/або низької складності (СР3 та/або СР4) обмежується двома циклами на рік для дорослих, для осіб, звільнених з полону, — трьома циклами, тривалість кожного з яких визначається досягненням реабілітаційних цілей, які внесено до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану за визначеним діагнозом першопричини, але не менше 14 календарних днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 календарних днів), за винятком надання реабілітаційних послуг під час реабілітації станів, спричинених ампутаціями, де загальна кількість реабілітаційних циклів становить не більше восьми циклів протягом року, а у випадку множинних ампутацій кінцівок — не більше 26 циклів протягом року. Загальна кількість реабілітаційних циклів під час надання послуг з реабілітації помірної та/або низької складності (СР3 та/або СР4) у разі надання реабілітаційної допомоги дітям обмежується чотирма циклами на рік;

зазначених у главі 31 розділу II цього Порядку, — не більше двох послуг для дорослих та чотирьох послуг для дітей (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги, з наступним завершенням надання реабілітації або переходу на інший нижчий чи вищий обсяг реабілітації) протягом року та:

- лише ті послуги, що надавалися фахівцями з реабілітації з відповідним обліком в індивідуальному реабілітаційному плані не менше однієї реабілітаційної сесії на день протягом не менше 14 календарних днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 календарних днів), у тому числі не підряд, але не більше двох послуг (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги, з наступним завершенням надання реабілітації або переходу на інший нижчий чи вищий обсяг реабілітації) протягом року для одного дорослого пацієнта. У разі надання реабілітаційної допомоги дітям — не більше чотирьох послуг (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги) протягом року;

- у разі надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я фахівцем з реабілітації самостійно (за однією з таких професій фахівців з реабілітації, як фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення) — лише ті послуги, що надавалися фахівцем з реабілітації з відповідним обліком в індивідуальному реабілітаційному плані або програмі терапії не менше десяти реабілітаційних сесій протягом не більше 90 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 90 днів). Кількість реабілітаційних сесій визначається фахівцем з реабілітації відповідно до

потреб пацієнта, водночас вона не може становити більше двох сесій на тиждень;

зазначених у главі 36 розділу II цього Порядку, надавачам медичних послуг протягом періоду розташування їх на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, та протягом місяця, що настає за місяцем завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

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

9. Визначення медичної послуги як такої, що підлягає оплаті за тарифом, встановленим для відповідного пакета медичних послуг, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом та/або проведеними медичними процедурами чи хірургічними операціями, зазначеними у відповідному медичному записі, внесеному до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення медичних послуг із кодами національного класифікатора НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я” та/або національного класифікатора НК 026:2021 “Класифікатор медичних інтервенцій”, затверджених Мінекономіки (далі — таблиця співставлення), алгоритмів та правил, визначених НСЗУ, з використанням національного класифікатора НК 024:2023 “Класифікатор медичних виробів”, затвердженого наказом Мінекономіки від 24 травня 2023 р. № 4139, та національного класифікатора НК 031:2024 “Національна номенклатура медичних виробів”, затвердженого наказом Мінекономіки від 24 вересня 2024 р. № 23992, інших національних класифікаторів у разі відповідності специфікаціям та умовам закупівлі.

Проведення медичних інтервенцій (медичних процедур чи хірургічних операцій), які не належать до медичних послуг відповідно до таблиці співставлення, не оплачується за програмою медичних гарантій.

10. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування під час надання пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, обладнання, всіх медичних виробів, витратних матеріалів і лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, відповідно до галузевих стандартів і медико-технологічних документів у сфері охорони здоров'я, специфікацій та умов закупівлі.

Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити за умови наявності технічних можливостей, які забезпечує НСЗУ, та за згодою пацієнта надання йому додаткових послуг, пов'язаних із наданням медичних послуг

та виписуванням електронного рецепта (надсилання повідомлень через засоби мобільного зв'язку, на адресу електронної пошти).

11. НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають положенням постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) та умовам закупівлі, якщо інше не визначено цим Порядком, на підставі поданих пропозицій про укладення договорів (далі — пропозиції) відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2020 р., № 2, ст. 59).

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 1 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я, власниками (засновниками) яких є відповідні обласні ради, та закладами охорони здоров'я, які є кластерними в спроможній мережі (за виключенням надавачів медичних послуг, які станом на 1 жовтня 2025 р. мали укладений договір щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 1 розділу II цього Порядку).

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 3 розділу II цього Порядку, в разі невідповідності індикаторним показникам, крім закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги, зазначені у главі 24 цього Порядку, та закладів охорони здоров'я державної форми власності та закладів охорони здоров'я, що належать до спроможної мережі, які мали у 2025 році укладений договір щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 3 розділу II цього Порядку, строком до 30 червня 2026 року.

НСЗУ не укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичними особами — підприємцями, які надають медичні послуги виключно за одним пакетом медичних послуг, передбачених пакетами медичних послуг, зазначеними у главі 8 або 9, або 25 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 28 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я, які надають медичні послуги, зазначені у главі 1 розділу II цього Порядку, та не надають медичні послуги, зазначені у главі 8 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 41 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я, які не уклали договір та не надають медичні послуги, зазначені у главі 8 розділу II цього Порядку.

НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главах 27, 28, 31 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я державної, комунальної (які мали укладені договори за відповідними главами у 2025 році та/або належать до спроможної мережі) та приватної (які мали укладений договір за відповідними главами цього Порядку у 2025 році) форми власності.

НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я:

державної форми власності;

комунальної форми власності, визначених МОЗ, які зареєстровані на територіях тимчасово окупованих Російською Федерацією, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку (до договору включаються місця надання послуг, які розташовані на територіях, не включених до зазначеного переліку);

які є надкластерними та кластерними у спроможній мережі та/або мали укладений договір за відповідною главою у 2025 році;

закладами охорони здоров'я, які мають укладений договір згідно з главою 4 цього Порядку.

НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” та “Медична допомога при пологах” із надавачами, які мали укладені договори за аналогічними пакетами медичних послуг у 2025 році та не відповідають індикаторним показникам, визначеним в умовах закупівлі відповідних медичних послуг, або не відповідають умовам пункту 52 розділу II цього Порядку, на строк з 1 січня до 30 червня один раз протягом року.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, зазначені у главі 28 розділу II цього Порядку, віднесені до коду РА6, що надаються одному унікальному пацієнту одночасно з медичними послугами, які віднесені до послуг, зазначених у главі 23 розділу II цього Порядку, що надаються мобільною мультидисциплінарною командою.

У разі перевищення розрахункової загальної орієнтовної ціни договорів за кожним пакетом медичних послуг, розрахованої на підставі поданих пропозицій з урахуванням максимальної кількості послуг за відповідними пакетами медичних послуг, зазначеними в розділі II цього Порядку, над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг на відповідний бюджетний період, до запланованої кількості

медичних послуг кожного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг застосовується коригувальний коефіцієнт, який розраховується як співвідношення суми бюджетних асигнувань до загальної орієнтовної ціни договорів за кожним пакетом медичних послуг, розрахованої на підставі поданих пропозицій з урахуванням максимальної кількості послуг за відповідними пакетами медичних послуг, зазначеними в розділі II цього Порядку, кількість медичних послуг при цьому заокруглюється до цілого числа.

12. Договори про реімбурсацію укладаються відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про реімбурсацію, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 136 “Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію” (Офіційний вісник України, 2019 р., № 21, ст. 717).

13. До договору з одним надавачем медичних послуг не включаються медичні послуги, які включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3 та 22 розділу II цього Порядку, з медичними послугами, які включені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 36 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не укладає договори про надання медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 1—44 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров’я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, місця надання послуг яких на дату подання пропозиції розташовані на тимчасово окупованих територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації.

НСЗУ не укладає договори про надання медичних послуг, які включені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 36 розділу II цього Порядку (згідно із специфікацією таких медичних послуг), із закладами охорони здоров’я:

в яких на дату подання пропозицій щонайменше одне місце надання послуг розташоване на території, яка не включена до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку;

які за місцем надання послуг на дату подання пропозиції розташовані на територіях, на яких велися бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій);

які змінили щонайменше одне місце провадження господарської діяльності після 24 лютого 2022 р., яке було розташоване на тимчасово окупованій Російською Федерацією території згідно з переліком територій,

на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку.

Медичні послуги, що передбачені пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”, зазначеним у главі 3 розділу II цього Порядку, включаються до договору із НСЗУ за умови надання медичних послуг відповідним надавачем медичних послуг, що включені до пакета медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, передбаченого тією ж главою, крім закладів охорони здоров’я Національної академії медичних наук, Національної академії наук, Державного управління справами, МОЗ та інших закладів охорони здоров’я державної форми власності.

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, які включені виключно до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 8, 9 та 25 розділу II цього Порядку, з надавачами медичних послуг, з якими у 2025 році було укладено договори виключно за одним з аналогічних пакетів медичних послуг, зазначених у главах 8, 9 та 25 розділу II цього Порядку, крім закладів, розташованих на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

Для визначення запланованої кількості медичних послуг на 2026 рік використовуються дані, які містяться в електронній системі охорони здоров’я, щодо кількості наданих медичних послуг у 2025 році (зокрема надавачами медичних послуг, які припинені або припиняються шляхом реорганізації (приєднання), майно яких передано на праві узурпування державного або комунального майна та медичних працівників, яких переведено до однієї юридичної особи) (за умови використання даних закладу охорони здоров’я, що припиняється, для визначення запланованої кількості медичних послуг виключно для закладу охорони здоров’я, якому передано майно на праві узурпування державного або комунального майна), які включені до пакетів медичних послуг, що аналогічні тим, що включені до договорів, за якими оплачувалися медичні послуги протягом 2025 року, якщо інше не визначено цим Порядком. У разі коли суб’єкт господарювання надавав відповідні медичні послуги протягом 2025 року, але не укладав при цьому договір, під час визначення запланованої кількості послуг враховуються дані, внесені таким суб’єктом до електронної системи охорони здоров’я, якщо інше не визначено цим Порядком.

У разі передачі від одного суб’єкта господарювання до іншого майнового комплексу (споруд, будівель, приміщень), які були/є місцями надання медичних послуг за договором, запланована вартість медичних послуг:

для суб’єкта господарювання, якому передано такий майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення), розраховується/коригується не

раніше дати завершення процедури передачі відповідно до обсягу наданих медичних послуг за такими місцями, інформацію про які внесено до системи (протягом періоду, визначеного цим Порядком для розрахунку/коригування вартості відповідних медичних послуг);

для суб'єкта господарювання, від якого передано такий майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення), відповідно до обсягу наданих медичних послуг за такими місцями коригується в сторону зменшення з дати завершення процедури передачі. Медичні послуги, які надані в майновому комплексі (споруді, будівлі, приміщенні), який передано від одного суб'єкта господарювання до іншого, не враховуються під час розрахунку вартості послуг за договором, який укладається із суб'єктом господарювання, від якого передано такий майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення).

14. Медичні послуги, які надані за останній місяць дії договору та перевищують їх заплановану вартість, оплачуються за тарифом, що дорівнює залишку запланованої вартості за відповідним пакетом. Оплата таких медичних послуг здійснюється пропорційно обсягам наданих медичних послуг у межах наявного залишку запланованої вартості за договором без перевищення загального обсягу бюджетних зобов'язань, визначених для відповідного надавача медичних послуг.

15. У разі реорганізації юридичної особи — надавача медичних послуг шляхом приєднання до її завершення в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за надані медичні послуги за відповідними пакетами медичних послуг закладу охорони здоров'я, якому передано майно на праві узуфрукта державного або комунального майна з урахуванням положень Закону України “Про особливості регулювання діяльності юридичних осіб окремих організаційно-правових форм у перехідний період та об'єднань юридичних осіб” та до якого переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), за умови його звернення до НСЗУ в установленому порядку та внесення відповідних змін до договору.

16. Запланована вартість медичних послуг, що надаються згідно з договором із закладом охорони здоров'я, якому передано майно на праві узуфрукта державного або комунального майна з урахуванням положень Закону України “Про особливості регулювання діяльності юридичних осіб окремих організаційно-правових форм у перехідний період та об'єднань юридичних осіб” та до якого переведено медичних працівників закладу охорони здоров'я, який реорганізується, на період починаючи з дня передачі такого майна на праві узуфрукта державного або комунального майна та переведення медичних працівників, які залучені до надання таких медичних послуг (розрахунок починається після виконання умов), розраховується як сума запланованої вартості медичних послуг (без застосування коефіцієнта відповідності додатковим вимогам, визначеним в умовах закупівлі

медичних послуг за відповідним пакетом) пропорційно часу до закінчення строку дії договорів, укладених з кожною юридичною особою, яка реорганізується, та юридичною особою, приєднання до якої здійснюється, за умови попереднього письмового повідомлення НСЗУ про намір закладу охорони здоров'я, якому передано майно на праві узуфрукта державного або комунального майна та до якого переведено медичних працівників закладу охорони здоров'я, який припиняється, надавати такі медичні послуги і підтвердження його відповідності умовам закупівлі та специфікації за відповідними пакетами та за умови, що заклад охорони здоров'я, який припиняється, не заперечує проти надання закладом охорони здоров'я, до якого здійснюється приєднання, таких послуг. Під час розрахунку запланованої вартості застосовується визначений за результатами реорганізації коефіцієнт відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом.

Медичні послуги, надані в період між переведенням медичних працівників, які надають такі послуги відповідно до умов договору, та передачею майна закладу на праві узуфрукта державного або комунального майна, не підлягають оплаті.

У разі реорганізації юридичної особи — надавача медичних послуг шляхом приєднання після завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за надані медичні послуги за відповідними пакетами медичних послуг закладу охорони здоров'я, який є правонаступником, за умови його звернення до НСЗУ у встановленому порядку та внесення відповідних змін до договору.

У разі реорганізації шляхом перетворення або приєднання відповідно до Закону України “Про особливості регулювання діяльності юридичних осіб окремих організаційно-правових форм у перехідний період та об'єднань юридичних осіб”, у зв'язку із зміною організаційно-правової форми державного або комунального некомерційного підприємства у некомерційне товариство договори про медичне обслуговування населення зберігають чинність до дня внесення відповідних змін до таких договорів.

Надкластерним, кластерним або загальним закладом охорони здоров'я вважається заклад- правонаступник.

Запланована вартість медичних послуг, що надаються згідно з договором із закладом охорони здоров'я, який є правонаступником, на період починаючи з дня, що настає за днем державної реєстрації припинення юридичної особи — надавача медичних послуг у результаті приєднання або злиття, розраховується як сума запланованої вартості медичних послуг (без застосування коефіцієнта відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом) пропорційно часу до закінчення строку дії договорів, укладених із кожною юридичною особою, яка припиняється, та юридичною особою, до якої здійснюється приєднання (у разі приєднання), або як сума

запланованих вартостей медичних послуг пропорційно часу до закінчення строку дії договорів, укладених із кожною юридичною особою, яка припиняється (у разі злиття). Під час розрахунку запланованої вартості застосовується визначений за результатами реорганізації коефіцієнта у разі відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом.

У разі зміни найменування державного або комунального некомерційного підприємства на некомерційне товариство відповідно до Закону України “Про особливості регулювання діяльності юридичних осіб окремих організаційно-правових форм у перехідний період та об’єднань юридичних осіб” договори про медичне обслуговування населення зберігають чинність до моменту внесення відповідних змін до таких договорів.

17. За результатами аналізу інформації в електронній системі охорони здоров’я щодо змін обсягу фактично наданих медичних послуг порівняно з обсягом, визначеним у договорі, НСЗУ має право ініціювати внесення змін до цього договору, на підставі яких здійснюється коригування запланованої вартості медичних послуг. Скоригована вартість медичних послуг визначається виходячи із розрахунку запланованої кількості послуг у періоді, наступному після проведення аналізу, за даними, внесеними до електронної системи охорони здоров’я, щодо аналогічних медичних послуг, які надавалися за договором або без нього, за умови їх внесення до електронної системи охорони здоров’я. Перерахунок проводиться в межах суми бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг на відповідний період.

У разі коригування запланованої вартості медичних послуг, які надаються за договорами менше періоду, який підлягає аналізу, такий аналіз проводиться протягом строку дії договору щодо надання відповідних медичних послуг.

У разі перевищення сум перерахунку над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг, до скоригованої запланованої кількості медичних послуг кожного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг застосовується коригувальний коефіцієнт, який розраховується як співвідношення суми бюджетних асигнувань до сум перерахунку за кожним пакетом медичних послуг. Значення кількості медичних послуг при цьому заокруглюється до цілого числа.

НСЗУ може переглядати та здійснювати коригування запланованої вартості медичних послуг за договорами з надавачами медичних послуг, визначених главою 41 розділу II цього Порядку, з урахуванням сум договорів зазначених надавачів за іншими пакетами медичних послуг, що визначені іншими главами розділу II цього Порядку.

З 1 травня 2026 р. для надавачів медичних послуг, які мають укладений договір за пакетом медичних послуг, передбаченим главою 41 розділу II цього Порядку, за результатами роботи у I кварталі 2026 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я НСЗУ здійснює коригування запланованої вартості медичних послуг за пакетами, оплата за якими здійснюється за глобальною ставкою.

НСЗУ не переглядає та не здійснює коригування у бік збільшення запланованої вартості медичних послуг за договорами з надавачами медичних послуг приватної форми власності, які надають послуги, визначені главою 8 розділу II цього Порядку, за сервісами і класами “Лабораторна діагностика”.

18. У межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, на початок бюджетного періоду формується резерв коштів в обсязі не більше ніж 1 відсоток обсягу бюджетних асигнувань, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої реалізується програма медичних гарантій.

Резерв коштів формується для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій, і може бути використаний НСЗУ для оплати медичних послуг, що визначені в розділі II цього Порядку, за відповідними пакетами медичних послуг.

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

Глава 1. Первинна медична допомога

19. Тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які передбачені специфікаціями, визначається як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, та становить 1007,3 гривні на рік.

20. До базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти:

1) залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років — 2,465;

від 6 до 17 років — 1,25;

від 18 до 39 років — 0,616;

від 40 до 55 років — 0,86;

від 56 до 64 років — 0,86;

понад 65 років — 1,3;

2) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 (у разі, коли медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах,

яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації);

3) коефіцієнт готовності надання медичних послуг з первинної медичної допомоги надавачами за місцями провадження господарської діяльності в населених пунктах, що розташовані на територіях активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, та територіях активних бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, який становить 1,2;

4) сільський коефіцієнт, який становить 1,1 (у разі, коли медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються за місцями провадження господарської діяльності, які розташовані у населених пунктах, визначених частиною п'ятою статті 1 Закону України “Про порядок вирішення окремих питань адміністративно-територіального устрою України”);

5) коефіцієнт щільності, який становить 1,2 (у разі, коли послуги з первинної медичної допомоги надаються за місцями провадження господарської діяльності, які розташовані у населених пунктах територіальних громад, включених до переліку територіальних громад, показник густоти населення в яких є вдвічі нижчим за показник середньої густоти населення в Україні без урахування площі та населення адміністративних центрів територіальних громад, затвердженого Мінрозвитку.

До базової капітаційної ставки застосовується один найбільший з коригувальних коефіцієнтів, зазначених у підпунктах 2—5 цього пункту (або гірський, або сільський, або коефіцієнт щільності, або коефіцієнт готовності надання медичних послуг з первинної медичної допомоги надавачами за місцями провадження господарської діяльності в населених пунктах, що розташовані на територіях активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, та територіях активних бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку.

21. До базової капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах, які розташовані на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації.

Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.

До базової капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо такий пацієнт не має статусу “успішна верифікація” в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров’я.

До капітаційної ставки за один місяць за обслуговування пацієнтів, що подали декларацію про вибір лікаря, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо такий лікар за останніх 365 календарних днів до 1 числа місяця звітного періоду перебував на території України менше 270 календарних днів, якщо це спричинило порушення умов договору, встановленого за результатами моніторингу.

22. До капітаційної ставки на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які надані пацієнтам, що подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
Від 100 відсотків ліміту плюс одна декларація до 110 відсотків ліміту включно	0,616
Від 111 відсотків ліміту плюс одна декларація до 120 відсотків ліміту включно	0,493
Від 121 відсотка ліміту плюс одна декларація до 130 відсотків ліміту включно	0,37
Від 131 відсотка ліміту плюс одна декларація до 140 відсотків ліміту включно	0,246
Від 141 відсотка ліміту плюс одна декларація до 150 відсотків ліміту включно	0,123
Від 151 відсотка ліміту та більше	0

До розрахунку загальної кількості декларацій лікаря не включаються декларації пацієнтів, записи про яких в Реєстрі пацієнтів електронної системи охорони здоров’я не мають статусу “успішна верифікація”.

До розрахунку загальної кількості декларацій лікаря не включаються декларації пацієнтів, місця надання послуг за якими розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку.

Коригувальні коефіцієнти, зазначені в підпункті 1 пункту 20 розділу II цього Порядку, не застосовуються до капітаційної ставки на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги за обслуговування пацієнтів, що подали декларації понад ліміт.

Розподіл пацієнтів, що подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними в пункті 20 цього Порядку, здійснюється за

фактичною структурою пацієнтів, що подали декларації. Ліміт лікаря, який надає первинну медичну допомогу та працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох надавачів медичних послуг, визначається за найменшим лімітом відповідної спеціальності лікарів, які надають первинну медичну допомогу, визначеним Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

23. У разі відповідності надавача медичних послуг з надання первинної медичної допомоги додатковим вимогам до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, встановлюється тариф, що визначається як капітаційна ставка із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги на місяць за обслуговування одного пацієнта, яка становить 835 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти, які встановлюються відповідно до результату лікування:

2 — за місяць, в якому пацієнт досяг результату “вилікуваний” і “лікування завершено” згідно з даними електронної системи охорони здоров’я;

0,75 — за кожен місяць, в якому пацієнт продовжує лікування.

З 1 вересня 2026 р. усі надавачі медичних послуг з надання первинної медичної допомоги повинні відповідати додатковим вимогам до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені специфікаціями.

24. Запланована вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, визначається за відомостями електронної системи охорони здоров’я:

для надавачів медичних послуг, що мають подані декларації на 1 число місяця подання пропозицій, — як сума добутків кількості поданих декларацій за відповідною віковою групою пацієнтів станом на 1 грудня 2025 р. (на 1 число місяця подання пропозицій — застосовується з 1 січня 2026 р.), 1/12 базової капітаційної ставки, кількості місяців строку дії договору, коригувального коефіцієнта кожної вікової групи пацієнтів;

для надавачів медичних послуг, що не мають поданих пацієнтами декларацій на 1 грудня 2025 р. (на 1 число місяця подання пропозицій — застосовується з 1 січня 2026 р.), — як одна капітаційна ставка.

Запланована вартість зазначених медичних послуг заокруглюється до двох знаків після коми.

25. Запланована вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, зменшується на суму добутків кількості всіх декларацій вікової групи, 1/12 капітаційної

ставки, вікового коефіцієнта, коригувального коефіцієнта вартості декларації 0,8, коригувального коефіцієнта звернень та кількості місяців строку дії договору.

Коригувальний коефіцієнт звернень, визначається за такою формулою:

$$1 - (K_{зв}/K_{д}),$$

де $K_{зв}$ — загальна кількість пацієнтів, що мали декларацію та зверталися за медичною допомогою до надавача медичних послуг протягом останніх трьох років;

$K_{д}$ — загальна кількість пацієнтів, які мали декларацію протягом трьох років, що передують звітній даті.

Для вікових груп 18—39 та 40—55 років коефіцієнт має значення 0.

Для закладів, у яких значення коригувального коефіцієнта звернень не перевищує 10 перцентилів серед всіх закладів відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я та/або які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), згідно з поданими ними переліками надавачів медичних послуг з первинної медичної допомоги державної та комунальної форми власності, які за всіма місцями надання послуг розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню на зазначених територіях, коефіцієнт має значення 0.

У разі перевищення суми медичної послуги за кожною віковою групою, що не підлягає оплаті, над запланованою вартістю послуги за відповідною віковою групою запланована вартість медичних послуг за такою віковою групою відповідає одній капітаційній ставці.

Для надавачів медичних послуг, які також надають медичні послуги відповідно до додаткових вимог до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, запланована вартість розраховується як сума відповідної запланованої вартості медичних послуг з надання первинної медичної допомоги та добутку капітаційної ставки із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги на місяць, кількості дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги, що визначені специфікаціями, кількості місяців строку дії договору, протягом яких у середньому надається медична допомога хворим на туберкульоз в амбулаторних умовах, що становить п'ять місяців. Якщо строк дії договору становить менше п'яти місяців, під час розрахунку

запланованої вартості медичних послуг застосовується кількість місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

26. Фактична вартість медичних послуг, що надаються за кожним договором, розраховується як сума вартості медичних послуг з надання первинної медичної допомоги та вартості медичних послуг із надання медичної допомоги, їх супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні за один місяць.

Фактична вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги за один місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків $1/12$ базової капітаційної ставки та кількості активних декларацій станом на 1 число звітного періоду з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів. Фактична вартість медичних послуг із надання первинної медичної допомоги заокруглюється до двох знаків після коми.

Фактична вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, зменшується на суму добутків кількості всіх декларацій вікової групи, коригувального коефіцієнта звернень (даний коефіцієнт має значення 0 для вікових груп 18—39 та 40—55 років, а також для закладів, у яких значення відповідного коефіцієнта не перевищує 10 перцентилів серед усіх закладів відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я та/або які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), згідно з поданими ними переліками надавачів медичних послуг з первинної медичної допомоги державної та комунальної форми власності, які за всіма місцями надання послуг розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню на зазначених територіях), $1/12$ капітаційної ставки, вікового коефіцієнта, коригувального коефіцієнта вартості декларації 0,8.

У разі перевищення за кожною віковою групою суми, що не підлягає оплаті, над фактичною вартістю за відповідною віковою групою фактична вартість медичних послуг за такою віковою групою за звітний період становить 0.

Вартість медичних послуг з надання медичної допомоги із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні визначається як добуток капітаційної ставки із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, відповідних коефіцієнтів, кількості дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, які отримували медичну допомогу, передбачену специфікаціями, у лікаря, який надає первинну медичну допомогу, за звітний місяць.

У разі утворення в результаті виділу юридичної особи — надавача первинної медичної допомоги після завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за медичні послуги з надання первинної медичної допомоги закладу охорони здоров'я, утвореному в результаті виділу, за умови наявності укладеного з таким надавачем договору та після створення в електронній системі охорони здоров'я запису про те, що декларації вважаються поданими юридичній особі — надавачу первинної медичної допомоги, утвореній у результаті виділу, відповідно до вимог Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ, починаючи з 1 числа місяця, наступного за місяцем переведення медичних працівників до надавача первинної медичної допомоги, утвореного в результаті виділу.

У разі реорганізації юридичної особи — надавача медичних послуг шляхом приєднання або злиття після завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за медичні послуги з надання первинної медичної допомоги закладу охорони здоров'я, який є правонаступником, за умови наявності укладеного з таким надавачем договору та після створення в електронній системі охорони здоров'я запису про те, що декларації вважаються поданими юридичній особі — надавачу первинної медичної допомоги, яка є правонаступником припиненої в результаті реорганізації шляхом приєднання або злиття юридичної особи, відповідно до вимог Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ, починаючи з дня, що настає за днем державної реєстрації припинення юридичної особи — надавача медичних послуг у результаті приєднання або злиття.

У разі реорганізації юридичної особи — надавача медичних послуг шляхом приєднання до завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за медичні послуги з надання первинної медичної допомоги закладу охорони здоров'я, який згідно з рішенням про реорганізацію буде правонаступником юридичної особи, що припиняється, за умови наявності укладеного з таким надавачем договору та після

створення в електронній системі охорони здоров'я запису про те, що декларації вважаються поданими юридичній особі — надавачу первинної медичної допомоги, яка згідно з рішенням про реорганізацію буде правонаступником юридичної особи, що припиняється, відповідно до вимог Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ, починаючи з 1 числа місяця, наступного за місяцем переведення медичних працівників до надавача первинної медичної допомоги.

27. Один раз на три місяці НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації. Розрахунок суми доплати за результатами проведеної оцінки досягнення індикаторів виконання умов договору здійснюється для рівня вакцинації дітей до шести років (включно) згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ. Розмір доплати розраховується як добуток суми вартості наданих медичних послуг за два місяці, що передують періоду оцінки, і місяць, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації за відповідний період, який становить 0,025, протягом строку дії договору.

Індикатором рівня вакцинації є досягнення цільового рівня охоплення дітей імунізацією згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ, середній рівень по закладу охорони здоров'я за визначений період 2025 року плюс 20 відсотків або досягнення не більше 95 відсотків для кожного окремого захворювання (для дітей до шести років (включно)).

Індикатор вважається досягнутим, якщо станом на дату проведення оцінки частка дітей, які отримали всі необхідні щеплення проти кожного із захворювань відповідно до Календаря профілактичних щеплень, затвердженого МОЗ, згідно з даними електронної системи охорони здоров'я серед усіх дітей віком до шести років (включно), від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у надавача медичних послуг, становить середній рівень по країні за визначений період 2025 року плюс 20 відсотків для кожного окремого захворювання (для дітей до шести років (включно)).

Перша оцінка досягнення індикатора проводиться станом на 1 червня. Для оцінки, яка проводиться станом на 1 червня 2026 р., застосовується відношення, де:

чисельником є кількість дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2020 р. до 28 лютого 2026 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у надавача медичних послуг, та які отримали щеплення проти кожного із захворювань згідно з Календарем профілактичних щеплень, затвердженим МОЗ (для дітей до шести років (включно)), згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

знаменником є загальна кількість дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2020 р. до 28 лютого 2026 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 червня 2026 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Індикатор рівня вакцинації для категорії дітей до шести років (включно) розраховується для надавачів первинної медичної допомоги, серед пацієнтів яких є щонайменше 100 дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2020 р. до 28 лютого 2026 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 червня 2026 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Під час проведення повторних оцінок через кожних три місяці дата народження дітей збільшується на кожні три місяці із заокругленням до останнього дня місяця відповідно.

Один раз на рік до 30 листопада НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині рівня охоплення популяційним скринінгом раку молочної залози, шийки матки, колоректального раку.

З 1 вересня надавачі медичних послуг з надання первинної медичної допомоги повинні відповідати додатковим вимогам до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені описом медичних послуг (специфікаціями).

28. Перерахунок фактичної вартості медичних послуг з надання первинної медичної допомоги за результатами моніторингу та/або верифікації інформації, яка міститься в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, проводиться за середньою вартістю декларації за кожною віковою групою з урахуванням застосування всіх коригувальних коефіцієнтів, передбачених цим Порядком, у відповідному звітному періоді. Середня вартість декларації визначається як відношення фактичної вартості медичних послуг за кожною віковою групою до кількості декларацій відповідної вікової групи.

Глава 2. Екстрена медична допомога

29. НСЗУ укладає договори щодо надання екстреної медичної допомоги з одним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф комунальної форми власності в регіоні.

30. Тариф на медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною

медичною допомогою, протягом року, що розраховується на основі базової капітаційної ставки, яка становить 375 гривень на рік на одну особу.

До базової капітаційної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

гірський коефіцієнт, який становить 1,2 (застосовується до кількості активних декларацій у межах населених пунктів, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”);

сільський коефіцієнт, який становить 1,7 (застосовується до кількості активних декларацій у межах населених пунктів, визначених частиною п’ятою статті 1 Закону України “Про порядок вирішення окремих питань адміністративно-територіального устрою України”).

Тариф на медичні послуги з прицільної медичної евакуації, які надаються бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги державного закладу “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров’я України”, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць на одну бригаду та становить 500 000 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

- 1 — у разі здійснення 15 та більше прицільних медичних евакуацій;
- 0,9 — у разі здійснення від 10 до 14 прицільних медичних евакуацій;
- 0,7 — у разі здійснення від 5 до 9 прицільних медичних евакуацій;
- 0 — у разі здійснення 4 та менше прицільних медичних евакуацій.

31. Для центрів екстреної медичної допомоги, що надають медичні послуги, в населених пунктах, віднесених до територій активних бойових дій та територій активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених станом на 1 січня 2026 р. до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій, за переліком, визначеним МОЗ, до договору включаються мотиваційні доплати залежно від категорій працівників.

Розмір мотиваційної доплати для відповідної категорії працівників становить:

- 12 000 гривень — для лікарів (крім лікарів-інтернів);
- 6 557,38 гривні — для середнього медичного персоналу;
- 2 500 гривень — для молодшого медичного персоналу;
- 4 098,36 гривні — для водіїв.

До розміру мотиваційної доплати застосовується коригувальний коефіцієнт 1,22.

32. Запланована вартість медичних послуг з надання екстреної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку $1/12$ базової капітаційної ставки із застосуванням коригувальних коефіцієнтів (одного найбільшого), визначених пунктом 30 цього Порядку, кількості місяців строку дії договору, запланованої кількості осіб та добутку розміру мотиваційної доплати на місяць, коригувального коефіцієнта 1,22, кількості фактично зайнятих штатних одиниць таких працівників, кількості місяців строку дії договору.

Запланована кількість осіб визначається відповідно до кількості поданих декларацій за тими місцями надання послуг у регіоні (за договорами за пакетом медичних послуг “Первинна медична допомога”), які не віднесені до територій тимчасово окупованих Російською Федерацією, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, станом на 1 грудня 2025 року.

Кількість фактично зайнятих штатних одиниць визначається відповідно до переліку фактично зайнятих штатних посад станом на 1 січня 2026 р. у розрізі відповідних посад працівників, які, зокрема, виконують обов’язки на територіях населених пунктів, віднесених до територій активних бойових дій та територій активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій, який подається обласними та Київською міською військовими адміністраціями.

Запланована вартість на медичні послуги з прицільної медичної евакуації, яка надається бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги державного закладу “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров’я України”, що надаються за договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць на одну бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, яка буде здійснювати прицільну медичну евакуацію, із застосуванням коефіцієнтів, кількості таких утворених бригад, але не більше 20, та кількості місяців строку дії договору.

Запланована вартість медичних послуг при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

НСЗУ укладає договори щодо надання екстреної медичної допомоги із запланованою вартістю 1 гривня на місяць із закладами охорони здоров’я, в яких залишок коштів на поточному та інших (вкладних (депозитних) тощо) рахунках станом на 1 грудня 2025 р. згідно з інформацією про оплату та

витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за грудень 2025 р., поданою відповідно до договору, який діяв у 2025 році, перевищує загальну суму середньої нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску за шість місяців 2025 року згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень — грудень 2025 р., з обов'язковим переглядом запланованої вартості згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за квітень, липень і жовтень 2026 р. відповідно до договору.

Якщо залишок коштів на поточному та інших (вкладних (депозитних) тощо) рахунках станом на 1 квітня, 1 липня та 1 жовтня 2026 р. згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за відповідні звітні періоди перевищує загальну суму середньої нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску за шість місяців 2025 року згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень — грудень 2025 р., запланована вартість договору залишається на рівні 1 гривні на місяць.

Загальна сума середньої нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску визначається як загальна сума нарахованої заробітної плати та єдиного соціального внеску згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень — грудень 2025 р., поділена на 12 місяців та помножена на шість місяців.

33. Фактична вартість медичних послуг з надання екстреної медичної допомоги за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює сумі добутків $1/12$ базової капітаційної ставки із застосуванням коригувальних коефіцієнтів (одного найбільшого), визначених пунктом 30 цього Порядку, запланованої кількості осіб та добутку розміру мотиваційної доплати на місяць для відповідної категорії працівників екстреної медичної допомоги, коригувального коефіцієнта 1,22, кількості фактично зайнятих штатних одиниць таких працівників, що визначається відповідно до переліку фактично зайнятих штатних посад станом на 1 січня 2026 р. у розрізі відповідних посад працівників, які, зокрема, виконують обов'язки на територіях населених пунктів, віднесених до територій активних бойових дій та територій активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій, який подається обласними та Київською міською військовими адміністраціями.

Фактична вартість медичних послуг при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

Фактична вартість на медичні послуги з прицільної медичної евакуації, яка надається бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги державного закладу “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров’я України”, за місяць за кожним договором розраховується як добуток глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнтів та кількості бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, які фактично здійснили прицільну медичну евакуацію.

Глава 3. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах,
хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару
одного дня, стаціонарна допомога дорослим та дітям
без проведення хірургічних операцій

34. Тариф на медичні послуги за пакетами медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня” та “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, що передбачені відповідними специфікаціями, визначається як комбінація глобальної ставки та базової ставки на пролікований випадок, яка становить 8735 гривень.

35. Глобальна ставка на місяць встановлюється як $1/12$ добутку фактичної кількості пролікованих випадків за період квітень — вересень 2025 р. за кожною діагностично-спорідненою групою, помножених на 2, базової ставки на пролікований випадок, відповідних вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп, значення яких наведені в додатку 1 і додатку 2 (для закладів, визначених підпунктом 13 пункту 36 цього Порядку), та інших коефіцієнтів, зазначених у пункті 36 цього Порядку.

36. Під час розрахунку глобальної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) коефіцієнт частки застосування глобальної ставки протягом періоду з 1 січня до 31 грудня 2026 р., який становить 0,45;

2) коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить 1,3 (за умови надання допомоги дітям) та 1,2 (за умови надання допомоги дорослим) (застосовується до пакетів медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” та “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”);

3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до послуг, передбачених пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі,

які надані в місцях надання медичних послуг, що розташовані у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”;

4) додатковий коефіцієнт за проліковані випадки з надання медичної допомоги дітям, який додається до вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп (додаток 1) (застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” для надкластерних та кластерних закладів охорони здоров’я, закладів охорони здоров’я державної форми власності Національної академії медичних наук та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295 “Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 104, ст. 6637);

5) коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить 1,1 і застосовується до коригувальних коефіцієнтів діагностично-споріднених груп, тривалість лікування яких перевищує верхнє референтне значення, та включається до умов договору з надавачами медичних послуг, перелік яких визначено МОЗ (за всіма або окремими місцями надання послуг, визначеними у договорі) (застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”);

6) коефіцієнт за проведення оперативного втручання для пролікованих випадків за відповідною діагностично-спорідненою групою з тривалістю лікування менше за нижнє референтне значення показника тривалості лікування відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ (застосовується до пакета медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”);

7) коефіцієнт для пролікованих випадків з тривалістю лікування меншою за нижнє референтне значення за кожен день лікування відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ, застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”.

Референтні значення показника тривалості лікування розраховуються шляхом визначення середнього значення тривалості лікування пролікованих випадків для кожної діагностично-спорідненої групи за період квітень — вересень 2025 р. у цілому за всіма надавачами медичних послуг:

для визначення верхнього референтного значення показника тривалості лікування зажною діагностично-спорідненою групою середнє значення тривалості лікування помножується на 1,5 (для діагностично-

споріднених груп B83, I01, U61, U62, U63, U66, W04, X02, X07, Y01) або на 3 (для решти діагностично-споріднених груп);

для визначення нижнього референтного значення показника тривалості лікування в кожній діагностично-спорідненій групі середнє значення тривалості лікування ділиться на 1,5 (для діагностично-споріднених груп B83, I01, U61, U62, U63, U66, W04, X02, X07, Y01) або на 3 (для решти діагностично-споріднених груп).

Для пролікованих випадків тривалістю лікування менше за нижнє референтне значення показника до розрахунку остаточного коефіцієнта пролікованого випадку застосовується такий підхід:

для випадків лікування пацієнтів за пакетом “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” — до базового коефіцієнта за проведення оперативного втручання додається добуток базового коефіцієнта за кожен день лікування та кількості днів лікування;

для випадків лікування пацієнтів за пакетом “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” — добуток базового коефіцієнта за кожен день лікування та кількості днів лікування;

8) коефіцієнт 0,8 — для пролікованих випадків з пріоритетом звернення “планова медична допомога” за пакетом медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, крім випадків лікування дітей віком до 18 років;

9) додатковий коригувальний коефіцієнт до розрахованого глобального бюджету, який застосовується при повторній госпіталізації пацієнта в той самий заклад протягом 30 календарних днів після виписки пацієнта з діагнозом, що входить в одну основну діагностичну категорію (за пакетами “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”), і становить:

коефіцієнт 0,6, коли відсоткова кількість повторних пролікованих випадків протягом 30 календарних днів після виписки пацієнта з діагнозом, що входить в одну основну діагностичну категорію, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить від 10 до 40 відсотків у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

коефіцієнт 0,4, коли відсоткова кількість повторних пролікованих випадків протягом 30 календарних днів після виписки пацієнта з діагнозом, що входить в одну основну діагностичну категорію, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить більше 40 відсотків у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

10) додатковий коригувальний коефіцієнт до розрахованого глобального бюджету за проліковані випадки з тривалістю лікування три доби та менше (за пакетом “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”), який становить:

0,6, коли відсоткова кількість пролікованих випадків (крім випадків переведення або смерті пацієнтів) з тривалістю лікування три доби та менше, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить від 20 до 40 відсотків у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

0,4, коли відсоткова кількість пролікованих випадків (крім випадків переведення пацієнтів або смерті) з тривалістю лікування три доби та менше, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить більше 40 відсотків у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

11) додатковий коригувальний коефіцієнт до розрахованого глобального бюджету, який застосовується за випадки лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ (за пакетами “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”), який становить:

0,6, коли відсоткова кількість випадків лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить від 20 до 40 відсотків у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

0,4, коли відсоткова кількість випадків лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить більше 40 відсотків у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

12) коефіцієнт 0,5, що застосовується до вагових коефіцієнтів відповідних діагностично-споріднених груп за проліковані випадки з діагнозами C00-D09, D37-D48 в закладах охорони здоров'я, які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. провели менше 100 хірургічних втручань за такими діагнозами (за пакетом “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”), крім дитячих лікарень та закладів охорони здоров'я державної форми власності Національної академії медичних наук та МОЗ,

що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295 “Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 104, ст. 6637);

13) вагові та додаткові коефіцієнти, що застосовуються до пролікованих випадків за групами складності в межах кардіохірургічних діагностично-споріднених груп до медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” (додаток 2) (для закладів охорони здоров’я, які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. провели 50 та більше хірургічних втручань за діагностично-спорідненими групами F03, F04, F05, F06, F07, F09, F10, F19, F24 та/або провели 30 та більше втручань з відновлення максимально можливого кровотоку у коронарних артеріях серця за пакетом “Медична допомога при гострому інфаркті міокарда”).

37. Для закладів охорони здоров’я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 (Офіційний вісник України, 2024 р., № 107, ст. 6782), формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, в умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

38. До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коефіцієнти:

1) коефіцієнт частки застосування ставки на пролікований випадок з 1 січня до 31 грудня 2026 р., який становить 0,55;

2) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал у порядку, визначеному в додатку 3. Станом на 1 січня 2026 р. значення коефіцієнта збалансованості бюджету становить 1;

3) ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи, значення якого наведені в додатку 1;

4) коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить 1,3 (за умови надання допомоги дітям) та 1,2 (за умови надання допомоги дорослим) (застосовується до пакетів медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” та “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”);

5) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до послуг, передбачених пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, які

надані в місцях надання медичних послуг, що розташовані у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”;

6) додатковий коефіцієнт за проліковані випадки з надання медичної допомоги дітям, який додається до вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп (додаток 1) (застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” для надкластерних та кластерних закладів охорони здоров’я, закладів охорони здоров’я державної форми власності та/або закладів охорони здоров’я Національної академії медичних наук та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528);

7) додатковий коефіцієнт для випадків з тривалістю лікування в межах референтних значень пацієнтів з травматичними ушкодженнями (основний діагноз класу S або T за міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-10) відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ), який додається до вагового коефіцієнта діагностично-споріднених груп, зазначених у додатку 1; коефіцієнт застосовується для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, визначеним МОЗ (за всіма або окремими місцями надання послуг, визначеними у договорі) (застосовується до пакета “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”);

8) коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить 1,1 і застосовується до коригувальних коефіцієнтів діагностично-споріднених груп, тривалість лікування яких перевищує верхнє референтне значення, та включається до умов договору з надавачами медичних послуг, визначених переліком МОЗ (за всіма або окремими місцями надання послуг, визначеними у договорі) (застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”);

9) коефіцієнт за проведення оперативного втручання для пролікованих випадків з тривалістю лікування менше за нижнє референтне значення показника тривалості лікування за відповідною діагностично-спорідненою групою відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ (застосовується до пакета “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”);

10) коефіцієнт для пролікованих випадків з тривалістю лікування меншою за нижнє референтне значення за кожен день лікування відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ, застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”.

Розрахунки референтних значень показників тривалості лікування за кожною діагностично-спорідненою групою та остаточного коефіцієнта пролікованого випадку здійснюються за підходом, що наведений у підпункті 7 пункту 36 цього Порядку;

11) за умови виконання двох або більше операцій пацієнту з травматичними ушкодженнями (діагнози класу S та/або T за міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-10) у рамках одного пролікованого випадку відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ, для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, визначеним МОЗ, застосовується підхід, що включає сукупність тарифів за виконання кількох операцій (не більше п'яти операцій включно), зокрема 100 відсотків коефіцієнта діагностично-споріднених груп за проведення операції з найбільшим ваговим коефіцієнтом діагностично-спорідненої групи плюс 75 відсотків коефіцієнта діагностично-споріднених груп за проведення операції з наступним найбільшим ваговим коефіцієнтом, плюс 60 відсотків коефіцієнта діагностично-споріднених груп за проведення кожної наступної операції;

12) коефіцієнт 0,8 — до вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп для пролікованих випадків з пріоритетом звернення “планова медична допомога” за пакетом медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, крім випадків лікування дітей віком до 18 років.

Планування госпіталізації пацієнтів здійснюється в порядку черговості з урахуванням їх стану та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з попереднім визначенням дати госпіталізації та орієнтовного строку очікування;

13) коефіцієнт 0,6 — до вагових коефіцієнтів для пролікованих випадків з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ (за пакетами “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”);

14) коефіцієнт 0,5 — до вагових коефіцієнтів відповідних діагностично-споріднених груп за проліковані випадки з діагнозами C00-D09, D37-D48 в закладах охорони здоров'я, визначених підпунктом 12

пункту 36 цього Порядку (за пакетом “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”);

15) вагові та додаткові коефіцієнти за проліковані випадки за групами складності в межах кардіохірургічних діагностично-споріднених груп F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F08, F09, F10, F12, F14, F17, F18, F19, F24, F25 (додаток 2), що застосовуються до пролікованих випадків у закладах охорони здоров'я, які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. провели 50 та більше хірургічних втручань за діагностично-спорідненими групами F03, F04, F05, F06, F07, F09, F10, F19, F24 та/або провели 30 та більше втручань з відновлення максимально можливого кровотоку у коронарних артеріях серця за пакетом “Медична допомога при гострому інфаркті міокарда” (застосовується за пакетом “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”). До випадків надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, які провели менше 50 хірургічних втручань за період з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. за згаданими діагностично-спорідненими групами, застосовуються коефіцієнти, наведені у додатку 1;

16) коефіцієнт 0,1 — за одну добу лікування у відділенні інтенсивної терапії (починаючи з другої доби лікування у відділеннях інтенсивної терапії) загальною тривалістю не більше семи діб, що додається до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп (крім діагностично-споріднених груп з інвазивною вентиляцією) за пролікований випадок, під час якого пацієнту надавалася медична допомога у відділенні інтенсивної терапії (для надкласстерних та класстерних закладів охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я державної форми власності); коефіцієнт застосовується для закладів, у відділеннях інтенсивної терапії яких 20 відсотків і більше пацієнтів перебували на штучній вентиляції легень;

17) коефіцієнт 2 від базової ставки на добу (для надавачів медичних послуг, до яких застосовується коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, затвердженим МОЗ, та закладів охорони здоров'я державної форми власності) — за умови проведення діалізу при гострих станах в рамках одного пролікованого випадку з внесенням відповідних електронних записів до електронної системи охорони здоров'я застосовується підхід, що включає, зокрема, оплату даних інтервенцій (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування за пролікований випадок) відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ;

18) коефіцієнт 0,249 від базової ставки на добу (за пакетом “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”) — для пролікованих випадків, віднесених до діагностично-спорідненої групи B40 “Плазмаферез при неврологічних захворюваннях” за наявності електронного медичного запису “Процедура” з кодом інтервенції 13750-00 Терапевтичний (лікувальний) плазмаферез національного

класифікатора НК 026:2021 “Класифікатор медичних інтервенцій”, застосовується підхід, що включає, зокрема, оплату даних інтервенції (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування за пролікований випадок) відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ.

39. До розрахунку ставки на пролікований випадок не включаються проліковані випадки, в яких за даними електронної системи охорони здоров'я у стаціонарному епізоді відсутні коди проведених медичних втручань або зазначено тільки код А67010 Стаціонарне лікування загального напрямку.

40. Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

41. Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, що надаються за договором, розраховується як сума добутків:

глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнтів, передбачених підпунктами 2—13 пункту 36 цього Порядку, кількості місяців строку дії договору (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування глобальної ставки);

вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює добутку вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), запланованої середньомісячної кількості справ (прийнятих рішень) та кількості місяців дії договору.

Запланована середньомісячна кількість справ (прийнятих рішень) при цьому визначається як середньомісячна фактична кількість справ, розглянутих надавачем медичних послуг за період з 1 липня до 30 вересня 2025 р. із заокругленням до цілого числа. Для надавачів, які не надавали такі послуги у 2025 році, запланована середньомісячна кількість справ (прийнятих рішень) — 10.

42. Фактична вартість медичних послуг, що передбачені цією главою, за кожним пакетом медичних послуг і кожним договором за місяць розраховується як сума глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнтів, передбачених пунктом 36 цього Порядку, та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця та відповідних коефіцієнтів згідно з додатком 1, базової ставки, коефіцієнта збалансованості бюджету (додаток 3) та коефіцієнтів, передбачених пунктом 38 цього Порядку.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється без урахування коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для закладів охорони здоров’я, які відповідно до законодавства визначені такими, що здійснюють оцінювання повсякденного функціонування особи.

43. Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

Глава 4. Медична допомога при гострому мозковому інсульті

44. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із закладами охорони здоров’я, які включені до переліку закладів охорони здоров’я, з якими можуть бути укладені договори за пакетом медичних послуг “Медична допомога при гострому мозковому інсульті”, визначеного МОЗ, та за відповідності таким індикаторним показникам:

кількість пролікованих пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі, за період з 1 січня до 30 червня 2025 р. становить 70 та більше;

частка проведення системної тромболітичної терапії становить не менше ніж 6 відсотків усіх пролікованих пацієнтів із ішемічним інсультом за період з 1 січня до 30 червня 2025 року.

Індикаторні показники не застосовуються щодо:

закладів охорони здоров’я, розташованих на території району у відповідному регіоні, м. Києві, у межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення на території відповідного району, м. Києва згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2025 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації;

закладів охорони здоров’я Національної академії медичних наук та закладів охорони здоров’я МОЗ, що не мали договору за відповідним

пакетом із НСЗУ та/або визначені в переліку закладів охорони здоров'я, на яких не поширюються вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391, у частині реєстрації надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи);

закладів охорони здоров'я, розташованих на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2025 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій);

закладів охорони здоров'я державної форми власності;

закладів охорони здоров'я, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, та здійснили п'ять ендоваскулярних втручань у пацієнтів з гострим мозковим інсультом.

Під час подання пропозицій кількома закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, що відповідають визначеним індикаторним показникам, договір укладається у такій черговості:

кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я, визначені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я” (Офіційний вісник України, 2023 р., № 27, ст. 1515);

заклади охорони здоров'я, розташовані в районі відповідного регіону, в якому відсутні надавачі медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті за договором;

заклади охорони здоров'я, які пролікували більше випадків з тромболітичною терапією за період з 1 січня до 30 червня 2025 року.

45. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 131 472 гривні — за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням ендоваскулярних втручань, 62 565 гривень — за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням тромболітичної терапії, 15 643 гривні — за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті без застосування ендоваскулярних втручань або тромболітичної терапії.

Ставка на пролікований випадок за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням ендоваскулярних втручань

включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі.

Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (із застосуванням ендovasкулярних втручань або тромболітичної терапії, без застосування ендovasкулярних втручань або тромболітичної терапії) та кількості місяців строку дії договору.

46. Запланована середньомісячна кількість медичних послуг визначається як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих випадків надавачем медичних послуг за кожним видом послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

п'ять послуг — для послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті без застосування ендovasкулярних втручань або тромболітичної терапії, одна послуга — для послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням тромболітичної терапії або ендovasкулярних втручань (для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року).

47. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

Глава 5. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда

48. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, які за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. пролікували не менше 20 пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі, крім:

тих, що розташовані на території регіону, в межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення, яке проживає на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо

переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2025 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2025 р. не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

закладів охорони здоров'я державної форми власності, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295 “Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 104, ст. 6637).

Під час подання пропозицій кількома закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності договір укладається з тими, що розташовані на території регіону, в межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення, яке проживає на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2025 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, а також відповідають одному з таких критеріїв:

кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я, визначені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я” (Офіційний вісник України, 2023 р., № 27, ст. 1515);

розташовані в районі відповідного регіону, в якому відсутні надавачі медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда за договором;

мають більше пролікованих випадків з проведенням стентування за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

49. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 43573 гривні за надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда із проведенням стентування, 25261 гривня за надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда без проведення стентування.

50. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда, що надаються за кожним

договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (з проведенням та без проведення стентування) та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

п'ять послуг — для послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда без проведення стентування, одна послуга — для послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда з проведенням стентування (для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року).

51. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

Глава 6. Медична допомога при пологах

52. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями у разі їх відповідності специфікаціям та індикаторним показникам, крім:

тих, що розташовані на території району, м. Києва, у межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення на території відповідного району, м. Києва згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2025 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації;

тих, що розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською

Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2025 р. не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295 “Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 104, ст. 6637);

закладів охорони здоров'я, які мали договір за пакетом медичних послуг “Медична допомога при пологах” у 2025 році та включені до клінічних маршрутів пацієнтів обласними та Київською міською держадміністраціями (військовими адміністраціями) строком до 30 червня 2026 року.

Під час подання пропозицій кількома закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності договір укладається з тими, що розташовані на території відповідного району, м. Києва, у межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення, яке проживає на відповідній території згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2025 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, а також відповідають одному з таких критеріїв (у порядку черговості):

кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я, визначені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я” (Офіційний вісник України, 2023 р., № 27, ст. 1515);

розташовані в районі відповідного регіону, в якому відсутні надавачі медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах;

мають більше пролікованих випадків за період з 1 січня до 30 червня 2025 року.

53. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при пологах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 15137 гривень.

До ставки на пролікований випадок застосовується коригувальний коефіцієнт за надання комплексних медичних послуг матері та дитині, який становить 1,3. Зазначений коригувальний коефіцієнт застосовується до

надавачів медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначених в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, а також одночасно надаватимуть медичні послуги, що визначені у главах 6 і 7 розділу II цього Порядку, за договором.

54. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я).

55. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

56. У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється без урахування коригувального коефіцієнта за надання комплексних медичних послуг матері та дитині.

Глава 7. Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках

57. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, які мають відповідні медичні записи за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. та в яких не більше ніж 15 відсотків пролікованих випадків немовлят закінчилися їх переведенням до інших надавачів медичних послуг, крім тих, що уклали з НСЗУ у 2025 році договір за відповідним пакетом медичних послуг та розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації, та закладів охорони здоров'я державної форми власності.

58. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок та становить 8735 гривень. До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти залежно від складності медичної послуги:

Код послуги	Коефіцієнт	Послуга
P01	2,83	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q) та суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляцією ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення), смерть або переведення в інший заклад, тривалість лікування $<$ семи днів
P02	39,77	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q) із кардіоторакальними хірургічними операціями та операціями на судинах (коди згідно з таблицею співставлення)
P03	27,54	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 1000—1499 грамів, із суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляцією ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення)
P04	22,12	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 1500—1999 грамів, із суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляцією ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення)
P05	21,05	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 2000—2499 грамів, із суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляцією ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення)
P06	15,21	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при

Код послуги	Коефіцієнт	Послуга
		госпіталізації ≥ 2500 грамів, із суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляцією ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення)
P07	63,11	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації < 750 грамів, із суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення)
P08	55,02	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 750—999 грамів, із суттєвими загальними втручаннями (коди згідно з таблицею співставлення)
P09	2,71	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q) без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення), смерть або переведення в інший заклад < 10 днів
P10	43,79	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації < 750 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення)
P11	26,11	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 750—999 грамів, без суттєвих загальних втручань
P12	8,96	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 1000—1249 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин
P13	8,87	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 1250—1499 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин
P14	5,97	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 1500—

Код послуги	Коефіцієнт	Послуга
		1999 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин
P15	3,3	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 2000—2499 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин
P16	2,79	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага ≥ 2500 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин, вагітність < 37 повних тижнів
P17	1,51	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага ≥ 2500 грамів, без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин, вагітність ≥ 37 повних тижнів, тривалість лікування $>$ п'яти діб
P18	0,9	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), без суттєвих загальних втручань або вентиляції ≥ 96 годин, тривалість лікування $\leq$ п'яти діб

59. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків після коми, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг за відповідною послугою та кількості місяців строку дії договору та доплати за готовність надання медичної допомоги виїзною неонатальною бригадою невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії.

Розмір доплати розраховується як добуток ставки на пролікований випадок, кількості послуг та коригувального коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу за допомогою виїзної неонатальної бригади, який становить 0,3 (застосовується виключно до медичних послуг надавачів, які отримували таку доплату у 2025 році та відповідають додатковим умовам закупівлі, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, крім закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук та МОЗ, що визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295 “Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 104, ст. 6637).

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які у період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. не вносили до електронної системи охорони здоров'я інформацію щодо наданих послуг, включених до пакета медичних послуг “Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках”, та розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

60. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків відповідної ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків після коми, кількості фактично пролікованих випадків та доплати за готовність надання медичної допомоги виїзною неонатальною бригадою невідкладної допомоги та інтенсивної терапії за місяць.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється без урахування коригувального коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу за допомогою виїзної неонатальної бригади.

Глава 8. Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах

61. За пакетом медичних послуг “Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах” НСЗУ не укладає договори з надавачами медичних послуг, які не надавали відповідних послуг за таким пакетом у 2025 році, крім закладів охорони здоров'я:

державної форми власності;

комунальної форми власності, яким було передано майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення), які були/є місцями надання медичних послуг за договором;

комунальної форми власності, визначених МОЗ, які зареєстровані на територіях, тимчасово окупованих Російською Федерацією, включених до

переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку (до договору включаються місця надання послуг, які розташовані на територіях, що не включені до зазначеного переліку);

які за договором протягом 2025 року надавали медичні послуги за пакетом “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії”.

62. Тариф на медичні послуги з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць. Глобальна ставка на місяць розраховується як $1/12$ суми добутків кількості наданих послуг за класом (класами) кожного сервісу протягом 2025 року за даними електронної системи охорони здоров'я, ставки на медичні послуги, яка становить 155 гривень, та таких коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються до кожного класу сервісів, і додаткових коефіцієнтів, наведених у підпунктах 3—12 цього пункту:

1) коефіцієнти залежно від сервісу амбулаторних медичних послуг та класу медичних послуг:

Сервіси і класи “Консультування та лікування”	
Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Геріатрія	1,29
Дерматологія	1,29
Ендокринологія	1,29
Кардіологія	1,29
Імунологія	1,29
Педіатрія	1,29
Аудіологія	1,29
Гематологія	1,29
Нефрологія	1,29
Психіатрія	1,29
Психологія	1,29
Гастроентерологія	1,29
Терапія з використанням фізичних та інших агентів	1,29
Ревматологія	1,29
Метаболічні ураження кісток	1,29
Пульмонологія	1,29

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Неврологія	1,29
Медицина залежності	1,29
Інфекційні та паразитарні хвороби	1,29
Спостереження за дітьми з різними вадами розвитку та орфанными захворюваннями	2,55
Генетика	2,55
Пластична та реконструктивна хірургія	1,8
Стани, пов'язані з ураженнями гепатобіліарної системи	1,8
Гінекологія	2
Нейрохірургія	2
Ортопедія	2
Стани, пов'язані з ураженнями молочної залози	1,53
Судинна хірургія	2
Хірургія	1,8
Хірургія черепа, обличчя та щелепно-лицьової зони	2
Оториноларингологія	2
Кардіоторакальна хірургія	2,2
Лікування опіків	2
Анестезіологія	2
Онкогінекологія	2
Педіатрична хірургія	2,2
Урологія	1,53
Онкологія	1,53
Офтальмологія	2
Мультидисциплінарні консилиуми	2,7

Сервіси і класи “Консультавання та лікування” розглядаються як амбулаторний випадок (надання послуг пацієнту, який не госпіталізований) і визначаються як взаємодія між одним або кількома лікарями-спеціалістами, які надають медичні послуги одному негоспіталізованому пацієнту. Взаємодія повинна містити терапевтичний/клінічний зміст, тобто бути спрямована на проведення оцінки, обстеження, консультацію, лікування та/або навчання пацієнта і мати відповідний електронний медичний запис в

електронній системі охорони здоров'я з датою, що відповідає фактичному наданню послуги.

Сервіси і класи “Процедури”

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Ендоскопія гастроінтестинальна	4,5
Ендоскопія урологічна/гінекологічна	2,2
Ендоскопія ортопедична	2,58
Ендоскопія органів дихання та ЛОР-органів	4,5
Гіпербарична терапія	1,96
Інтервенційна візуалізація	11,22
Амбулаторна хірургія	3,8
Медичні процедури	2,5
Менеджмент болю	3
Анестезіологічне забезпечення	3,1
Радіаційна терапія непухлинних захворювань	1,8

Сервіси і класи “Інструментальна діагностика”

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Магнітно-резонансна томографія з контрастуванням	18,2
Магнітно-резонансна томографія без контрастування	10,1
Комп'ютерна томографія з контрастуванням	15,4
Комп'ютерна томографія без контрастування	7,7
Рентгенологічні дослідження	2,12
Ультразвукове дослідження	1,66
Клінічні інструментальні дослідження	2
Ядерна медицина, зокрема радіоізотопна діагностика (включно з радіофармацевтичними препаратами)	19,8

Сервіси і класи “Лабораторна діагностика”

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Гематологія:	
загальні дослідження	0,6383
специфічні лабораторні дослідження	1,9258
високоспецифічні	6,4355
Біохімія:	
загальні дослідження	0,5032
специфічні лабораторні дослідження	1,9258
високоспецифічні, крім:	5,4819
- біоптерину/біоптерину і неоптерину (молярне співвідношення) в сечі	11,27
- органічних кислот (наявність) в сечі	19,95
- біотинідази (ферментативна активність/об'єм) у сироватці або плазмі	11,27
- 5-гідроксиіндолацетату (моль/об'єм) у спинномозковій рідині	11,27
- метилмалонату (моль/об'єм) у сироватці або плазмі	11,83
- 2-метилцитрату (моль/об'єм) у сироватці або плазмі	11,83
- гомоцистеїну (моль/об'є) у сироватці або плазмі	11,27
- глікозаміногліканів (маса/об'єм) у сечі	22,54
- ідуронату-2-сульфатази (ферментативна активність/об'єм) у сироватці або плазмі	23,67
Мікробіологія:	
загальні дослідження	1,3064
специфічні лабораторні дослідження	2,0668
високоспецифічні	4,374
Імунологія:	
загальні дослідження	1,4075
специфічні лабораторні дослідження	3,1911
високоспецифічні	7,7136

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Тканинна патологія дослідження:	
загальні дослідження	0,7735
специфічні лабораторні дослідження	2,1514
високоспецифічні, крім:	7,2571
- імуногістохімічних досліджень	11,35
Цитологія:	
загальні лабораторні дослідження	3,4827
специфічні лабораторні дослідження	7,3796
високоспецифічні (імуноцитохімічні дослідження)	11,35
Генетика:	
загальні дослідження	1,2516
специфічні лабораторні дослідження	12,1667
високоспецифічні, крім:	32,4387
- повногеномного аналізу мутації гена TP53 у крові або тканині методом молекулярної генетики	93,55
- мультигенного аналізу, пов'язаного з раком, у крові або тканинах методом молекулярної генетики	261,49
- виявлення мутації домену кінази BCR-ABL1 (ідентифікатор) у крові або тканині методом молекулярної генетики (номінальна)	183,96
- мультигенного аналізу мієлопроліферативного новоутворення в крові або тканині методом молекулярної генетики	63,89
- делеції і дуплікації гена NF1 та повного аналізу мутацій у крові чи тканині методом молекулярної генетики	93,69
- мультигенного аналізу дизеритропоетичної анемії в зразку шляхом секвенування	156,33
- спадкового мультигенного аналізу крові або тканини методом молекулярної генетики	237,41
- загальної інтерпретації аналізу хромосом у якісному зразку методом молекулярної генетики	56,35
- аналізу послідовності транскриптомів мРНК у крові чи тканині шляхом секвенування	183,96

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
- делеції хромосом 1p і 19q (наявність) у фіксованій тканині методом молекулярної генетики	56,35
- мутації гена RB1, виявлених (ідентифікатор) у крові або тканині методом молекулярної генетики (номінальна)	56,35
- аналізу мутацій генів хронічного лімфолейкозу в крові або тканинах методом молекулярної генетики	190,05
- повного аналізу мутацій в гені ACADM у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені IDS у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- мутацій гена ACADVL, виявлених (ідентифікація) у крові або тканині методом секвенування (номінальний)	56,35
- повного аналізу мутацій в гені GCDH у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені ARSB у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені GAA у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені ARSA у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені GALT у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені GBA у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені IVD у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені IDUA у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені SGSH у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені TPP1 у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені PАН у крові чи тканині молекулярно-генетичним методом	56,35

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
- повного аналізу мутацій в гені GLA у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- повного аналізу мутацій в гені CFTR у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- аналізу мутацій в гені BCKDHB у крові чи тканині молекулярно-генетичним методом	56,35
- повного аналізу мутацій в гені MMACHC у крові чи тканині методом секвенування	56,35
- аналізу мутацій в генах PCCA та PCCB у крові або тканинах молекулярно-генетичним методом	96,93
- мутацій гена FGFR3, виявлених у крові або тканині молекулярно-генетичним методом	70,44
- аналізу мутації в гені CFTR, виявлених (ідентифікатор) у крові або тканині методом молекулярної генетики (номінальна)	56,35
- повного аналізу мутацій в гені CFTR в крові або тканинах молекулярно-генетичним методом (номінальний)	56,35
- аналізу делецій і дуплікацій в гені DMD в крові або тканинах за допомогою MLPA	56,35
- аналізу мутацій генів мітохондрій у крові або тканині молекулярно-генетичним методом	84,53
- аналізу генної мутації у крові або тканині молекулярно-генетичним методом	180,62
- мутацій гена XXX, виявлених (ідентифікація) у крові або тканині молекулярно-генетичним методом (номінальний)	70,44
- повноекзомного секвенування (WES) у крові або тканинах молекулярно-генетичним методом	281,77
- аналізу хромосом у крові або тканині мікроматричним методом	238,38
Інші дослідження:	
загальні дослідження	0,9637
специфічні лабораторні дослідження	1,9654

До розрахунку оплати за сервіси і класи “Лабораторна діагностика” застосовуються алгоритми та правила, визначені НСЗУ;

2) коригувальний коефіцієнт за медичні послуги з надання цілодобової спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам при ургентних (невідкладних) станах відповідно до групи захворювань під час перебування їх в прийимальному відділенні або відділенні екстреної та невідкладної допомоги або травмпункті в кластерних, надкластерних закладах охорони здоров'я та закладах охорони здоров'я державної форми власності, у разі переведення в інший заклад або надання допомоги без подальшої госпіталізації:

Код послуги	Групи захворювань	Коригувальний коефіцієнт
E0110	Деменція та інші хронічні мозкові синдроми	3,46
E0120	Делірій	2,96
E0130	Інсульт та інші порушення мозкового кровообігу	3,17
E0140	Транзиторна ішемічна атака та прецеребральна оклюзія	3,6
E0150	Судоми	3,36
E0160	Неврологічні розлади	3,31
E0290	Розлади та травми органів зору	3,6
E0310	Розлади та травми вуха, носа, рота та горла	3,64
E0410	Значні захворювання органів дихання	2,47
E0420	Хронічна обструктивна хвороба легень	3,4
E0430	Астма	3,21
E0440	Інфекції верхніх дихальних шляхів	3,65
E0450	Інфекції нижніх дихальних шляхів	3,66
E0490	Розлади дихання, інше	3,8
E0510	Гострі коронарні синдроми	2,69
E0520	Аритмія і зупинка серця	4,65
E0530	Серцева недостатність і шок	3,47
E0540	Біль у грудях	2,59
E0590	Порушення кровообігу, інше	3,09
E0610	Шлунково-кишкова кровотеча	3,68
E0620	Шлунково-кишкова непрохідність	2,88
E0630	Перитоніт і перфорація шлунково-кишкового тракту	2,61
E0640	Езофагіт і гастроентерит	2,59

Код послуги	Групи захворювань	Коригувальний коефіцієнт
E0650	Біль у животі	2,83
E0690	Розлади травної системи, інше	3,45
E0710	Розлади функції печінки	1,77
E0720	Розлади жовчного міхура, жовчовивідних шляхів і підшлункової залози	2,52
E0890	Кістково-м'язові та м'язово-сухожильні розлади	2,98
E0910	Інфекції шкіри та підшкірної клітковини	2,94
E0990	Захворювання шкіри, інше	3,31
E1010	Цукровий діабет	3,36
E1090	Метаболічні та аліментарні розлади, інше	2,76
E1110	Ниркова недостатність	1,4
E1120	Сечові камені та непрохідність	1,35
E1130	Інфекції нирок і сечовивідних шляхів	3,04
E1190	Розлади нирок і сечовивідних шляхів, інші	3,1
E1290	Чоловічі захворювання сечостатевої системи	2,4
E1390	Гінекологічні розлади	2,29
E1410	Післяпологовий та післяабортний стан	2,7
E1420	Передпологові та інші акушерські стани	2,12
E1610	Розлади імунної системи	3,08
E1620	Порушення функції еритроцитів	2,83
E1630	Порушення гемостазу	2,78
E1790	Новоутворення	2,77
E1810	Септицемія	3,08
E1820	Вірусні захворювання	2,84
E1830	Лихоманка невідомого походження	3,32
E1890	Інфекційні та паразитарні хвороби, інші	2,98
E1910	Розлади психіки та поведінки, пов'язані з алкоголем та наркотиками	2,37
E1920	Психози	2,4

Код послуги	Групи захворювань	Коригувальний коефіцієнт
E1990	Розлади психіки та нейроповедінкові розлади, інші	3,09
E2010	Травми голови, внутрішньочерепної системи, хребта, внутрішніх органів та інші складні травми	3,52
E2020	Переломи тазу і стегна	2,81
E2025	Переломи, вивихи і пошкодження зв'язок	3,81
E2030	Травми, інші	3,89
E2040	Пошкодження пальців рук, ніг і поверхневі травми	3,08
E2050	Опіки	2,97
E2060	Отруєння	3,32
E2070	Алергічні реакції	2,57
E2080	Ускладнення після надання медичної стаціонарної, у тому числі хірургічної, допомоги	3,12
E5010	Больовий синдром	2,35
E5090	Симптоми, інше	3,13
E6010	Жорстоке поводження та зневага	2,71
E6090	Інші фактори, що впливають на стан здоров'я	2,21
E0000	Пацієнт самостійно покинув заклад	1,21

3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, що передбачені пакетом медичних послуг, визначеним у цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”;

4) додаткові коефіцієнти до коригувальних коефіцієнтів за класами медичних послуг за сервісом “Консультавання та лікування”:

1 — за консультавання в рамках епізодів “Лікування” та “Діагностика”, не більше двох послуг у межах одного класу на одного пацієнта в місяць, за виключенням лікаря-терапевта, лікаря-фізіотерапевта та лікаря фізичної та реабілітаційної медицини — одна консультація на місяць;

2 — за консультавання та лікування в рамках епізодів “Лікування” та “Діагностика” лікарями надкластерних закладів, закладів Національної

академії медичних наук, Національної академії наук, Державного управління справами, МОЗ, не більше двох послуг у межах одного класу на одного пацієнта в місяць. У разі надання двох послуг одному пацієнту протягом одного місяця в межах одного класу даного сервісу оплата послуги із застосуванням коефіцієнта 2 здійснюється лише за одну послугу, інша послуга даного класу оплачується із застосуванням коефіцієнта 1;

0,9 — за консультування в рамках епізоду “Профілактика”, одна послуга за класом на одного дорослого пацієнта в місяць (відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ);

5) додатковий коефіцієнт, визначений залежно від відсотка приросту кількості послуг за сервісом “Консультування та лікування”, за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я) за вересень, порівняно з базовим періодом (квітень), у разі приросту за цей час наданих послуг:

від 20 до 50 відсотків — коефіцієнт 0,8;

від 50 до 150 відсотків — коефіцієнт 0,65;

понад 150 відсотків — коефіцієнт 0,6.

Вказані коефіцієнти застосовуються тільки у разі, коли за базовий період (квітень) в електронній системі охорони здоров’я було більше 100 послуг за сервісом “Консультування та лікування”;

6) додатковий коефіцієнт за сервісом “Консультування та лікування”, який становить 0,8 і застосовується до надавача медичних послуг у разі, коли частка кількості послуг за направленнями, що надійшли від лікарів первинної медичної допомоги, є нижче ніж 50 відсотків загальної кількості послуг, наданих надавачем за сервісом “Консультування та лікування”;

7) додатковий коефіцієнт за сервісом “Лабораторна діагностика”, який застосовується до надавача медичних послуг у разі, коли середнє значення виконаних ним лабораторних досліджень з розрахунку на одного пацієнта за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я), наданих за направленнями лікарів цього ж закладу (заокруглене до першого знака після коми), перевищує 2,8 дослідження, та становить:

від 2,9 до 4 досліджень — 0,9;

від 4,1 до 5 досліджень — 0,8;

від 5,1 до 8 досліджень — 0,75;

від 8,1 і більше — 0,6;

8) додатковий коефіцієнт за класом “Ультразвукове дослідження” сервісу “Інструментальна діагностика”, який становить 0,8 і застосовується до класу “Ультразвукове дослідження” сервісу “Інструментальна

діагностика” у разі, коли середня кількість ультразвукових досліджень із розрахунку на одного пацієнта, виконаних за направленням лікарів цього ж закладу у межах того самого закладу охорони здоров’я за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я) перевищує 1,21;

9) додатковий коефіцієнт, який становить 0,6 і застосовується до глобальної ставки надавачів медичних послуг, які є кластерними/надкластерними закладами охорони здоров’я та мають надавати цілодобову спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам при ургентних (невідкладних) станах, визначених підпунктом 2 пункту 62 цього Порядку, при цьому мають медичні записи в електронній системі охорони здоров’я щодо надання не більше 180 послуг з такої допомоги за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я), крім закладів охорони здоров’я онкологічного, інфекційного, фтизіатричного, психіатричного, акушерського, кардіологічного, нейрохірургічного напрямів.

Надання медичної допомоги за даним сервісом є обов’язковим для зазначених закладів охорони здоров’я, які мають укладений договір та відповідають додатковим вимогам специфікацій та умовам закупівлі за пакетами “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” та “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”;

10) додатковий коефіцієнт, який становить 0,6 і застосовується до глобальної ставки надавачів (крім закладів охорони здоров’я онкологічного, інфекційного, фтизіатричного, психіатричного, шкірно-венерологічного напрямів, а також закладів державної форми власності та закладів, які надають допомогу виключно дітям), а також тих закладах охорони здоров’я, що мали укладений договір про надання послуг за сервісом “Інструментальна діагностика” за класами “Комп’ютерна томографія з контрастуванням” та/або “Комп’ютерна томографія з контрастуванням”, та/або “Магнітно-резонансна томографія” у разі невідповідності вимогам щодо комплексності послуг, зокрема:

у разі кількості медичних записів у електронній системі охорони здоров’я менше ніж 120 послуг за розрахунковий період у разі надання медичних послуг щонайменше за двома класами сервісу “Консультування та лікування”;

у разі кількості медичних записів у електронній системі охорони здоров’я менше ніж 60 послуг за розрахунковий період у разі надання медичних послуг щонайменше за одним класом сервісу “Процедури”;

у разі кількості медичних записів у електронній системі охорони здоров’я менше ніж 60 послуг за розрахунковий період у разі надання

медичних послуг щонайменше за двома класами сервісів “Лабораторна діагностика” та/або “Інструментальна діагностика”;

11) додатковий коефіцієнт, який становить 0,6 і застосовується до глобальної ставки надавачів, у яких частка послуг за сервісом “Консультавання та лікування” у структурі послуг, наданих за всіма сервісами, крім надання цілодобової спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам під час перебування їх у приймальному відділенні/відділенні екстреної та невідкладної допомоги/травмпункті в кластерному або надкластерному закладі охорони здоров’я, становить не більше ніж 33 відсотки;

12) додатковий коефіцієнт, який становить 0,6 і застосовується під час розрахунку глобальної ставки надавачів за сервісом “Лабораторна діагностика” за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я) за вересень, порівняно з базовим періодом (квітень), у разі приросту за цей час наданих послуг понад 80 відсотків, крім закладів охорони здоров’я онкологічного профілю, а також закладів державної форми власності та закладів, які надають допомогу виключно дітям.

Вказаний коефіцієнт застосовуються тільки у разі, коли за базовий період (квітень) в електронній системі охорони здоров’я було більше 1000 послуг за сервісом “Лабораторна діагностика”.

Кількість послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як $1/12$ суми добутків кількості медичних послуг за відповідними сервісами та класами амбулаторних медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я, помножених на 2, та із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров’я.

Для закладів охорони здоров’я державної форми власності, які не надавали медичні послуги за відповідними сервісами та класами амбулаторних медичних послуг у відповідний період згідно з даними електронної системи охорони здоров’я, глобальна ставка становить 1 гривня на місяць та підлягає перерахуванню з 1 травня 2026 р. за результатами роботи за I квартал 2026 року.

63. Запланована вартість медичних послуг з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

64. Фактична вартість медичних послуг з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором для надавачів медичних послуг, які надавали медичні

послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, дорівнює глобальній ставці на місяць.

Глава 9. Стоматологічна допомога дорослим та дітям

65. Тариф на медичні послуги із стоматологічної допомоги дорослим та дітям, пов'язаної із зняттям гострого болю та станами, що потребують невідкладної медичної допомоги, та планової стоматологічної допомоги дітям (крім ортодонтичних процедур та протезування), що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць.

Глобальна ставка на місяць розраховується як добуток кількості послуг, які надавач готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 134,68 гривні, та гірського коефіцієнта, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, що передбачені пакетом медичних послуг, визначеним у цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”.

Кількість послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів протягом дня за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа (при значенні менше 1 застосовується 0) — для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

середньомісячна фактична кількість унікальних пацієнтів протягом дня за три місяці, що передують місяцю, в якому подано пропозицію, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р., які розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

66. Запланована вартість медичних послуг із стоматологічної допомоги дорослим та дітям, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

67. Фактична вартість медичних послуг із стоматологічної допомоги дорослим та дітям за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

Глава 10. Ведення вагітності в амбулаторних умовах

68. Тариф на медичні послуги з ведення вагітності в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка на місяць, яка становить 921,82 гривні.

69. Запланована вартість медичних послуг з ведення вагітності в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток капітаційної ставки, запланованої кількості осіб, яким буде надано медичну допомогу, та кількості місяців строку дії договору.

Запланована кількість осіб, яким буде надано медичну допомогу, встановлюється як:

середньомісячна кількість вагітних, яким надано амбулаторну медичну допомогу за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

50 послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

70. Фактична вартість медичних послуг з ведення вагітності в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток капітаційної ставки та кількості вагітних, яким надано медичну допомогу протягом місяця.

Глава 11. Мамографія

71. Тариф на медичні послуги з проведення мамографії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 248,64 гривні.

72. Запланована вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість зазначених медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

73. Фактична вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг протягом місяця.

Глава 12. Гістероскопія

74. Тариф на медичні послуги з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 2394,2 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт, який становить 1,7, за проведення ендоскопічної операції та/або ендоскопічної маніпуляції, зокрема із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження.

75. Запланована вартість медичних послуг з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

чотири послуги — для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження та/або ендоскопічної операції, для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

76. Фактична вартість медичних послуг з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням

відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

Глава 13. Езофагогастродуоденоскопія

77. Тариф на медичні послуги з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 912,72 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт, який становить 1,7, за проведення ендоскопічної операції та/або ендоскопічної маніпуляції, зокрема із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження.

78. Запланована вартість медичних послуг з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

вісім послуг — для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження та/або ендоскопічної операції, 11 послуг — для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

79. Фактична вартість медичних послуг з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

Глава 14. Колоноскопія

80. Тариф на медичні послуги з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1149,96 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт, який становить 1,7, за проведення ендоскопічної операції та/або ендоскопічної маніпуляції, зокрема із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження.

81. Запланована вартість медичних послуг з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

сім послуг — для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження та/або ендоскопічної операції, вісім послуг — для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

82. Фактична вартість медичних послуг з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

Глава 15. Цистоскопія

83. Тариф на медичні послуги з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 976,95 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт, який становить 1,7, за проведення ендоскопічної операції та/або

ендоскопічної маніпуляції, зокрема із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження.

84. Запланована вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.;

дві послуги — для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження та/або ендоскопічної операції, сім послуг — для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

85. Фактична вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

Глава 16. Бронхоскопія

86. Тариф на медичні послуги з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1178,97 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт, який становить 1,7, за проведення ендоскопічної операції та/або ендоскопічної маніпуляції, зокрема із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження.

87. Запланована вартість медичних послуг з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або

ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг — для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження та/або ендоскопічної операції, сім послуг — для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

88. Фактична вартість медичних послуг з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

Глава 17. Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах

89. Тариф на медичні послуги з лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 2473 гривні.

90. Запланована вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість зазначених медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

91. Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості наданих медичних послуг протягом місяця.

Глава 18. Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах

92. Тариф на медичні послуги з лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одну особу на день та становить 1129 гривень за проведення постійного перитонеального діалізу та 1814 гривень за проведення апаратного перитонеального діалізу.

93. Запланована вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги (окремо з проведення постійного перитонеального діалізу та з проведення апаратного перитонеального діалізу), та відповідної капітаційної ставки, помноженої на кількість днів строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга — для послуг з проведення постійного перитонеального діалізу, послуг з проведення апаратного перитонеального діалізу для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

94. Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, відповідної капітаційної ставки та фактичної кількості днів надання медичних послуг у звітному періоді.

Глава 19. Хіміотерапевтичне лікування та супровід
пацієнтів з онкологічними захворюваннями
у стаціонарних та амбулаторних умовах

95. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, які за період з 1 січня до 30 червня 2025 р. пролікували не менше 100 пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі, крім:

закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дітям;

закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук та закладів охорони здоров'я МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в переліку закладів охорони здоров'я, на яких не поширюються вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528), у частині реєстрації надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи);

закладів охорони здоров'я, які розташованих на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2025 р. не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

96. Тариф на медичні послуги з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка.

Глобальна ставка на місяць розраховується як 1/12 суми добутоків кількості унікальних пацієнтів, капітаційної ставки на рік, яка становить 36807 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти залежно від віку пацієнта:

3,555 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

0,97 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше (стаціонарна допомога);

0,7 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років виключно в амбулаторних умовах.

Кількість унікальних пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, для кожної групи встановлюється як кількість унікальних пацієнтів, які почали вперше у 2025 році отримувати хіміотерапевтичне лікування в надавача медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р., помножена на 2, — для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Глобальна ставка на місяць при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

До глобальної ставки застосовується коефіцієнт відповідності додатковим вимогам, що визначається у договорі:

0,85 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації);

1 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках додаткового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації) за умови відсутності у надавача договору про надання медичних послуг, які віднесені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 20 розділу II цього Порядку;

1,1 — за готовність надавати комплексну медичну послугу пацієнтам у рамках додаткового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації) за умови наявності у надавача договору про надання медичних послуг, які віднесені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 20 розділу II цього Порядку.

97. Запланована вартість медичних послуг з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

98. Фактична вартість медичних послуг з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам

здійснюється з урахуванням коригувального коефіцієнта за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнтів.

Глава 20. Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах

99. Тариф на медичні послуги з радіологічного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одного пацієнта за отриманий курс радіологічного лікування, який облікований електронним медичним записом “Процедура” за вказаною курсовою дозою та становить 51368 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1,5 — у разі проведення дистанційної променевої терапії із застосуванням лінійного прискорювача та/або гамма-ножа, або контактної променевої терапії (брахітерапії);

0,753 — у разі проведення дистанційної та контактної променевої терапії із застосуванням гамма-терапевтичного апарата, рентгенотерапевтичного апарата.

100. Запланована вартість медичних послуг з радіологічного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків капітаційної ставки, коригувального коефіцієнта із заокругленням до двох знаків після коми, кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, та кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

десять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

101. Фактична вартість медичних послуг з радіологічного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток кількості пацієнтів, які отримали лікування в

надавача медичних послуг протягом місяця, капітаційної ставки та відповідного коригувального коефіцієнта (у разі застосування відповідного обладнання, яке визначено додатковими вимогами в умовах закупівлі) із заокругленням до двох знаків після коми у разі відповідності додатковим вимогам.

Глава 21. Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах

102. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, які за період з 1 січня до 30 червня 2025 р. пролікували не менше 15 пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі.

103. Тариф на медичні послуги з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка.

Глобальна ставка на місяць розраховується як 1/12 суми добутків кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, капітаційної ставки, яка становить 74429 гривень на одну особу на рік, із застосуванням таких коригувальних коефіцієнтів залежно від виду послуги:

послуга “Онкогематологія 1” (діагнози C91-C95.9):

- 5 — за готовність надавати медичні послуги в стаціонарних умовах або в стаціонарних та амбулаторних умовах пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

- 2,5 — за готовність надавати медичні послуги виключно в амбулаторних умовах пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

- 2 — за готовність надавати медичні послуги в стаціонарних умовах або в стаціонарних та амбулаторних умовах пацієнтам, яким виповнилося 18 років;

- 0,93 — за готовність надавати медичні послуги виключно в амбулаторних умовах пацієнтам, яким виповнилося 18 років;

послуга “Онкогематологія 2” (діагнози C81-C88.9, C90.0-C90.3, C91-C95.9, C96, D45, D46, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5):

- 3 — за готовність надавати медичні послуги в стаціонарних умовах або в стаціонарних та амбулаторних умовах пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

- 1,5 — за готовність надавати медичні послуги виключно в амбулаторних умовах пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

- 0,85 — за готовність надавати медичні послуги в стаціонарних умовах або в стаціонарних та амбулаторних умовах пацієнтам, яким виповнилося 18 років;

- 0,6 — за готовність надавати медичні послуги виключно в амбулаторних умовах пацієнтам, яким виповнилося 18 років;

послуга “Онкогематологія 3” (діагнози D56.0, D56.1, D57.0, D59.5, D60.0, D61.3, D64.0, D64.4, D69.3, D69.4, D70, D76.1, D76.2, D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D82.3):

- 0,5 — за готовність надавати медичні послуги в стаціонарних умовах або в стаціонарних та амбулаторних умовах пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

- 0,35 — за готовність надавати медичні послуги виключно в амбулаторних умовах пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

- 0,33 — за готовність надавати медичні послуги в стаціонарних умовах або в стаціонарних та амбулаторних умовах пацієнтам, яким виповнилося 18 років;

- 0,23 — за готовність надавати медичні послуги виключно в амбулаторних умовах пацієнтам, яким виповнилося 18 років.

Глобальна ставка на місяць при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

До глобальної ставки застосовується такий коефіцієнт відповідності додатковим вимогам, що визначається у договорі:

- 0,85 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов’язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації);

- 1 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках додаткового обсягу медичних послуг, який надавач зобов’язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації).

104. Запланована вартість медичних послуг з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

Кількість унікальних пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється для кожної групи залежно від віку пацієнтів як кількість унікальних пацієнтів, які почали вперше у 2025 році отримувати відповідні медичні послуги в надавача медичних послуг у період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р., помножена на 2, — для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я. До розрахунку кількості унікальних пацієнтів, яким надавалися медичні послуги виключно в амбулаторних умовах, включаються лише ті пацієнти, що за даними електронної системи охорони здоров'я мали не менше двох взаємодій за вказаний період. У разі меншої кількості послуг/візитів пролікований випадок відноситься до пакета “Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах”.

105. Фактична вартість медичних послуг з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється з урахуванням коригувального коефіцієнта за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнтів.

Глава 22. Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах

106. Тариф на медичні послуги з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць, яка розраховується як сума добутків кількості послуг (за винятком послуг примусового характеру для надавачів за переліком спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги, затвердженим МОЗ) у розрізі складності пролікованого випадку, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на пролікований випадок, яка становить 8735 гривень, до якої застосовуються вагові коефіцієнти залежно від складності пролікованого випадку, із заокругленням до двох знаків після коми. До глобальної ставки застосовується коригувальний коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу в умовах інтенсивної терапії із заокругленням до двох знаків після коми.

До ставки на пролікований випадок застосовуються такі вагові коефіцієнти залежно від основного діагнозу пролікованого випадку (за

кодами згідно з класифікатором НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я”, затвердженим Мінекономіки):

Ваговий коефіцієнт	Коди та назви діагнозів згідно з класифікатором НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я”
2,009	F00—F09 Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади
0,518	F10—F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (для закладів охорони здоров’я, що відповідають базовим вимогам специфікацій та умов закупівлі) F10—F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (за умови тривалості пролікованого випадку три доби та менше до вагового коефіцієнта застосовується коригувальний коефіцієнт 0,8) (для закладів охорони здоров’я, що відповідають додатковим вимогам специфікацій та умов закупівлі):
1,05	F10.0; F10.3, F10.5, F10.8, F10.9
1,39	F11.0, F11.3, F11.5, F11.8, F11.9, F12.0, F12.3, F12.5, F12.8, F12.9, F13.00, F13.01, F13.09, F13.30, F13.31, F13.39, F13.50, F13.51, F13.59, F13.80, F13.81, F13.89, F13.90, F13.91, F13.99, F14.0, F14.3, F14.5, F14.8, F14.9, F15.00, F15.01, F15.02, F15.09, F15.30, F15.31, F15.32, F15.39, F15.50, F15.51, F15.52, F15.59, F15.80, F15.81, F15.82, F15.89, F15.90, F15.91, F15.92, F15.99, F16.00, F16.01, F16.09, F16.30, F16.31, F16.39, F16.50, F16.51, F16.59, F16.80, F16.81, F16.89, F16.90, F16.91, F16.99, F19.0, F19.3, F19.5, F19.8, F19.9
2,5	F10.1, F10.2
1,88	F11.1, F11.2
1,98	F12.1, F12.2, F13.10, F13.11, F13.19, F13.20, F13.21, F13.29, F14.1, F14.2, F15.10, F15.11, F15.12, F15.19, F15.20, F15.21, F15.22, F15.29, F16.10, F16.11, F16.19, F16.20, F16.21, F16.29, F17.1, F17.2, F18.1, F18.2, F19.1, F19.2
3,098	F10.6, F10.7, F11.6, F11.7, F12.6, F12.7, F13.60, F13.61, F13.69, F13.70, F13.71, F13.79, F14.6, F14.7, F15.60, F15.61, F15.62, F15.69, F15.70, F15.71,

Ваговий коефіцієнт	Коди та назви діагнозів згідно з класифікатором НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я”
	F15.72, F15.79, F16.60, F16.61, F16.69, F16.70, F16.71, F16.79, F17.6, F17.7, F19.6, F19.7
2,506	F10.4, F11.4, F12.4, F13.40, F13.41, F13.49, F14.4, F15.40, F15.41, F15.42, F15.49, F16.40, F16.41, F16.49, F17.4, F18.4, F19.4
0,518	F17.0, F17.3, F17.5, F17.8, F17.9, F18.0, F18.3, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9
2,551	F20—F29 Шизофренія, шизотипові стани, маревні розлади
1,977	F30—F39 Розлади настрою (афективні розлади)
1,146	F40—F48 Невротичні, пов’язані із стресом, та соматоформні розлади
0,723	F50—F59 Поведінкові синдроми, пов’язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами
0,629	F60—F69 Розлади особистості та поведінки у дорослому віці
1,373	F70—F79 Розумова відсталість
1,451	F80—F83, F85—F89 Розлади психічного розвитку
2,551	F84 Первазивні розлади психологічного розвитку
1,41	F90—F98 Розлади поведінки та емоцій, які зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці
0,485	F99 Розлади психіки, неуточнені

До глобальної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти за готовність надавати медичну допомогу в умовах інтенсивної терапії:

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

0,982 — за готовність надавати послуги не в умовах інтенсивної терапії.

Кількість пролікованих випадків, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як середньомісячна фактична кількість унікальних пацієнтів за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я із заокругленням до цілого числа (у разі значення менше 1 застосовується 0) — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров’я.

Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338, формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи в умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом “Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах” вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

107. Запланована вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку глобальної ставки на місяць на кількість місяців строку дії договору та вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює добутку вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), запланованої середньомісячної кількості справ (прийнятих рішень) та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість справ (прийнятих рішень) при цьому визначається як середньомісячна фактична кількість справ, розглянутих надавачем медичних послуг за період з 1 липня до 30 вересня 2025 р., із заокругленням до цілого числа; для надавачів, які не надавали послуги з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах у 2025 році, — 10.

108. Фактична вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

Для надавачів медичних послуг, які включені до переліку спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги, затвердженого МОЗ, фактична вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума глобальної ставки на місяць та добутку ставки на пролікований випадок у розмірі 8735 гривень, коригувального коефіцієнта 2,526 із заокругленням до цілого числа та кількості пацієнтів, до яких надавач медичних послуг вживав примусових заходів медичного характеру згідно з даними електронної системи охорони здоров'я протягом звітного місяця.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється з урахуванням коригувального коефіцієнта за готовність надавати послуги не в умовах інтенсивної терапії.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом “Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах” додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для закладів охорони здоров’я державної форми власності, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 “Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи” включені до переліку закладів охорони здоров’я державної форми власності, визначеного МОЗ, та закладів охорони здоров’я комунальної форми власності, що включені до переліку закладів охорони здоров’я комунальної форми власності, визначеного керівником обласної, Київської міської держадміністрації (начальником відповідної військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

Глава 23. Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров’я та мобільними мультидисциплінарними командами

109. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров’я та мобільними мультидисциплінарними командами, із:

зкладами охорони здоров’я, які ввійшли до спроможної мережі закладів охорони здоров’я відповідних госпітальних округів як кластерні, надкластерні багатoproфільні заклади охорони здоров’я для дорослих (центри для надання допомоги дорослим), надкластерні багатoproфільні заклади охорони здоров’я для дітей (центри для надання допомоги дітям), зкладами охорони здоров’я державної форми власності;

зкладами охорони здоров’я, які надають медичні послуги в регіонах, в яких не сформована спроможна мережа закладів охорони здоров’я, з урахуванням особливостей, визначених в абзаці двадцять третьому пункту 7 цього Порядку.

110. Тариф на медичні послуги з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надаються в центрах ментального (психічного) здоров’я та мобільними мультидисциплінарними командами, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць та становить 207483,97 гривні, що включає суму часток:

за надання медичної допомоги однією мультидисциплінарною командою в амбулаторних умовах, що становить 100327,97 гривні;

за надання медичної допомоги однією мобільною мультидисциплінарною командою, що становить 107156 гривень.

111. Запланована вартість медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надаються в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

112. Фактична вартість медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надаються в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами, за місяць розраховується як сума добутків відповідних часток глобальної ставки, до яких застосовуються коригувальні коефіцієнти, які визначаються з урахуванням навантаження відповідних команд залежно від кількості пацієнтів, які отримали медичну допомогу протягом місяця за зазначеним пакетом медичних послуг, із заокругленням до цілого числа.

До частки глобальної ставки за надання медичної допомоги мультидисциплінарною командою в амбулаторних умовах застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1 — за надання медичної допомоги 300 і більше пацієнтам протягом місяця;

0,75 — за надання медичної допомоги 200—299 пацієнтам протягом місяця;

0,5 — за надання медичної допомоги 101—199 пацієнтам протягом місяця;

0,25 — за надання медичної допомоги 1—100 пацієнтам протягом місяця.

До частки глобальної ставки за надання медичної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1 — за надання медичної допомоги 50 пацієнтам і більше протягом місяця;

0,75 — за надання медичної допомоги 35—49 пацієнтам протягом місяця;

0,5 — за надання медичної допомоги 20—34 пацієнтам протягом місяця;

0,25 — за надання медичної допомоги 1—19 пацієнтам протягом місяця.

У разі ненадання медичних послуг жодному пацієнту протягом звітного місяця оплата за такий період становить 0.

113. Збільшення кількості мобільних мультидисциплінарних команд, утворених надавачем медичних послуг, здійснюється в разі, коли кожна з існуючих мультидисциплінарних команд центру ментального (психічного) здоров'я надає психіатричну допомогу відповідно більше ніж 300 та 50 пацієнтам щомісяця протягом шести місяців поспіль згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

У разі необхідності утворення додаткових мультидисциплінарних команд надавач медичних послуг повідомляє НСЗУ протягом трьох робочих днів з дати утворення команди з метою погодження такого рішення.

Глава 24. Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах

114. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах із надавачами медичних послуг, які мали договір за пакетом медичних послуг “Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах” у 2025 році.

115. Тариф на медичні послуги з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одного пацієнта за отримане лікування та становить 49620 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1 — за лікування лікарсько-чутливого туберкульозу;

1,4 — за лікування лікарсько-стійкого туберкульозу.

Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 (Офіційний вісник України, 2024 р., № 107, ст. 6782), формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

116. Запланована вартість медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку капітаційної ставки на коригувальний коефіцієнт за лікування лікарсько-чутливого туберкульозу, на кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати такі медичні послуги, на кількість місяців строку дії договору, добутку капітаційної ставки на коригувальний

коефіцієнт за лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, на кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати такі медичні послуги, на кількість місяців строку дії договору та вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює добутку вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), запланованої середньомісячної кількості справ (прийнятих рішень) та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість справ (прийнятих рішень) при цьому визначається як середньомісячна фактична кількість справ, розглянутих надавачем медичних послуг за період з 1 липня до 30 вересня 2025 р., із заокругленням до цілого числа; для надавачів, які не надавали послуги з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах у 2025 році, — 10.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється як середньомісячна кількість пацієнтів, які завершили лікування за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Фактична вартість медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, які почали отримувати лікування туберкульозу в такому місяці, капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта та коефіцієнта початку лікування, що становить 0,75, і кількості пацієнтів, які закінчили лікування туберкульозу в такому місяці, капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта та коефіцієнта закінчення лікування, що становить 0,25.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом “Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах” додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для надавачів державної форми власності, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 “Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи” включені до переліку закладів охорони здоров'я державної форми власності, визначеного МОЗ, та надавачів комунальної форми власності, що включені до переліку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, визначеного керівником обласної, Київської міської держадміністрації (начальником відповідної військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

117. Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з

оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

Глава 25. Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ та підозрою на ВІЛ

118. Тариф на медичні послуги з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ та підозрою на ВІЛ, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка, яка становить 4091,04 гривні на рік.

119. Запланована вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ та підозрою на ВІЛ, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/12$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, середньомісячної кількості пацієнтів із ВІЛ або підозрою на ВІЛ, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги, що визначені специфікаціями, та кількості місяців строку дії договору. Середньомісячна кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

15 послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

120. Фактична вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ та підозрою на ВІЛ за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/12$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми та кількості пацієнтів, які отримали медичні послуги за відповідний місяць.

Глава 26. Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії

121. Тариф на медичні послуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка, яка становить 6874,2 гривні на рік.

122. Запланована вартість медичних послуг з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, що надаються

за кожним договором, розраховується як добуток $1/12$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, які отримують лікування препаратами замісної підтримувальної терапії, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги, що визначені специфікаціями, та кількості місяців строку дії договору. Запланована вартість зазначених медичних послуг при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

15 послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

123. Фактична вартість медичних послуг з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/12$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми та кількості пацієнтів, які отримали медичні послуги за відповідний місяць.

Глава 27. Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям

124. Тариф на медичні послуги із стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що передбачені відповідними специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 8 735 гривень за надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям.

До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти відповідно до коду послуги за умови дотримання всіх визначених критеріїв за кожною наданою послугою:

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
P11	1,35	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 18 років;

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
		оцінка за шкалою надання паліативної допомоги (Palliative Performance scale) — ≤ 30 відсотків; тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги: мінімальна тривалість — 11 діб, максимальна тривалість — 25 діб; максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 60 діб; сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування на рік — до 180 діб; кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік; період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів
PI2	1,8	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — до 18 років; тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги: мінімальна тривалість — 11 діб, максимальна тривалість — 24 доби; максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 60 діб; сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування на рік — до 180 діб; кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік; період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
PІ3a	7	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — без обмежень; оцінка за шкалою надання паліативної допомоги — менше 20 відсотків або наявність щонайменше одного стану з наведених: стійкий вегетативний стан (апатичний синдром) (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — R40.3); залежність від апарата штучної вентиляції легень (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.1); залежність від штучного серця (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.4); залежність від інших механізмів та пристроїв, які підтримують життєдіяльність органів або систем (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.8); тяжкі післятравматичні стани (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5) та оцінка за шкалою надання паліативної допомоги — менше 30 відсотків; тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги: мінімальна тривалість 60 діб, максимальна тривалість — 135 діб; сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) — необмежена. Тривалість послуг, що надавалися протягом року одному пацієнту, підсумовується в одну

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
PI3b	0,34	застосовується у випадку лікування пацієнтів з тяжкими післятравматичними станами внаслідок бойових травм (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5) за кожний день надання медичної допомоги; оцінка за шкалою надання паліативної допомоги менше 30 відсотків — медична послуга надається та оплачується виключно із дотриманням відповідного клінічного маршруту пацієнта, затвердженого МОЗ; тривалість послуги та сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) — необмежена
PI4	1,54	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 65 років; оцінка за шкалою коморбідності — від 1,9 до 7,3 бала; оцінка за шкалою Бартела — менше 25 балів; тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги: мінімальна тривалість — 14 діб, максимальна тривалість — 31 доба; максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 90 діб; кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік; загальна тривалість стаціонарного лікування на рік — до 180 діб; період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів
PI5	1,7	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 65 років;

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
		оцінка за шкалою коморбідності — більше 7,4 бала; оцінка за шкалою Бартела — менше 25 балів; тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги: мінімальна тривалість — 15 діб, максимальна тривалість — 34 доби; максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 90 діб; кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік; загальна тривалість стаціонарного лікування на рік — до 180 діб; період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів
P16	6,5	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта — більше 65 років; наявність важкого психічного розладу (коди Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду F00 — F04); оцінка за скороченою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE) — менше 11 балів; тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги: мінімальна тривалість — 60 діб, максимальна тривалість — 135 діб; сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) — необмежена. Тривалість послуг, що надавалися протягом року одному пацієнту, підсумовується в одну послугу

За умови невідповідності пролікованого випадку референтним значенням тривалості лікування, коригувальним коефіцієнтам, які застосовуються до ставки на пролікований випадок відповідного класу та коду послуги у разі дотримання референтних значень тривалості лікування, застосовуються понижуючі або підвищуючі коригувальні коефіцієнти за кожен день невідповідності референтним значенням тривалості лікування (не застосовуються під час надання медичних послуг пацієнтам з тяжкими післятравматичними станами (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5):

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії застосування коригувального коефіцієнта
PI1	– 0,135	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років
	+ 0,0386	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років
PI2	– 0,18	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком до 18 років
	+ 0,05	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком до 18 років
PI3	– 0,1186	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років та для пацієнтів віком до 18 років
	+ 0,0311	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років та для пацієнтів віком до 18 років
PI4	– 0,118	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії застосування коригувального коефіцієнта
	+ 0,0261	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років
PI5	– 0,121	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років
	+ 0,0304	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років
PI6	– 0,11	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років
	+ 0,0289	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років

125. Запланована вартість медичних послуг за надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, ставки на пролікований випадок і кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів, яким надано медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

126. Фактична вартість медичних послуг за надання стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів відповідного класу та коду послуги, ставки на пролікований випадок із

застосуванням відповідного класу та коду послуги, коригувальних коефіцієнтів із дотриманням референтних значень тривалості лікування або скоригованих коригувальних коефіцієнтів із дотриманням референтних значень тривалості лікування щодо невідповідності тривалості лікування референтним значенням і кількості пацієнтів, ставки на пролікований випадок із застосуванням відповідного коефіцієнта, фактичної кількості днів надання медичних послуг у звітному періоді (для послуги P13b).

Ставка на пролікований випадок під час надання послуг P11, P12, P13a і P13b, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним умовами закупівлі, у разі необов'язкової відповідності базовим вимогам, визначеним умовами закупівлі.

Глава 28. Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям

127. Тариф на медичні послуги з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка на рік, яка становить 69 326,04 гривні.

До базової капітаційної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти відповідно до коду послуги за умови дотримання всіх визначених критеріїв за кожною наданою послугою:

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
PA1	0,78	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 18 років; оцінка за шкалою надання паліативної допомоги (Palliative Performance scale) — ≤ 30 відсотків
PA2	1,15	Вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — до 18 років
PA3	1,2	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — без обмежень; оцінка за шкалою надання паліативної допомоги — менше 20 відсотків або наявність таких станів: стійкий вегетативний стан (апатичний синдром) (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
		охорони здоров'я Десятого перегляду — R40.3); залежність від апарата штучної вентиляції легень (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.1); залежність від штучного серця (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.4); залежність від інших механізмів та пристроїв, які підтримують життєдіяльність органів або систем (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.8)
РА4	0,74	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 65 років; оцінка за шкалою коморбідності — 1,9 до 7,3 бала; оцінка за шкалою Бартела — менше 25 балів
РА5	0,79	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 65 років; оцінка за шкалою коморбідності — більше 7,3 бала; оцінка за шкалою Бартела — менше 25 балів
РА6	0,73	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта — більше 65 років; наявність тяжкого психічного розладу (коди Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду F00 — F04); оцінка за скороченою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE) — менше 11 балів

128. Запланована вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/12$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, і кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів, яким надано медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

129. Фактична вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків $1/52$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості пацієнтів відповідного класу та коду послуги, які отримували медичні послуги за відповідним пакетом у звітному місяці, та фактичної кількості тижнів, протягом яких здійснено не менше одного візиту на тиждень, із застосуванням коригувального коефіцієнта відповідно до класу та коду послуги.

Ставка на пролікований випадок під час надання послуг РА1, РА2 і РА3, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам визначених умовами закупівлі, у разі неов'язкової відповідності базовим вимогам, визначеним умовами закупівлі.

Глава 29. Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя

130. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 8 735 гривень.

До ставки на медичну послугу застосовуються вагові коефіцієнти:

1) коефіцієнт за надання реабілітаційних послуг у стаціонарних умовах (K_c) за тривалості реабілітаційного курсу від 14 до 33 діб (референтні значення) — 1,642.

За умови невідповідності медичної послуги референтним значенням тривалості реабілітаційного курсу у стаціонарних умовах застосовується понижуючий коригувальний коефіцієнт 0,1172 за кожен день невідповідності референтному значенню тривалості реабілітаційного курсу. Розрахунок вартості послуги (В) визначається за формулою:

$$B = 8\,735 \times (K_c - K_p \times (14 - TЛ)),$$

де K_c — коефіцієнт за надання реабілітаційних послуг у стаціонарних умовах;

K_p — понижуючий коефіцієнт на одну добу;

$TЛ$ — тривалість лікування пролікованого випадку.

У разі закінчення реабілітаційного курсу, який проводився у стаціонарних умовах, та виписки пацієнта повторний курс у стаціонарних умовах може бути розпочатий не раніше ніж через один місяць після закінчення попереднього;

2) коефіцієнт за надання реабілітаційних послуг в амбулаторних умовах одній дитині протягом одного дня — 0,078.

Оплата за надання реабілітаційних послуг в амбулаторних умовах здійснюється після закінчення реабілітаційного циклу та закриття відповідного епізоду.

131. Запланована вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг з медичної реабілітації у стаціонарних та амбулаторних умовах, помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних послуг, наданих за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

132. Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, що надаються за місяць за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа

та кількості фактично наданих послуг за місяць у стаціонарних та амбулаторних умовах.

Глава 30. Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах

133. Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 19 769 гривень за надання реабілітаційних послуг.

До ставки на пролікований випадок (один реабілітаційний цикл) застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта (коди згідно з таблицею співставлення), які становлять:

для послуги СР1 (найвища складність) застосовується коригувальний коефіцієнт 2,1 — для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану з приводу поєднаних травм;

для послуги СР2 (висока складність) застосовується коригувальний коефіцієнт 1,6 — для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану;

для послуги СР3 (помірна складність) застосовується коригувальний коефіцієнт 1 — для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого реабілітаційного періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану;

для послуги СР4 (низька складність) застосовується коригувальний коефіцієнт 0,8 — для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого або довготривалого реабілітаційного періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану і послуг, які не належать до категорій послуг СР1, СР2 і СР3.

Ставка за пролікований випадок під час надання послуг СР1 і СР2, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі.

134. Запланована вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків ставки на пролікований випадок, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг відповідно до рівнів складності та кількості місяців строку дії договору з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пацієнтів, яким надано медичні послуги у стаціонарних умовах за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, але з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу;

п'ять послуг — для послуг СР1, СР2 і СР3 за одним напрямом реабілітації у стаціонарних умовах, 10 послуг — для послуг СР4 у стаціонарних умовах для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

135. Фактична вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків ставки на пролікований випадок, коефіцієнта до рівня складності реабілітаційної допомоги із заокругленням до цілого числа та відповідної кількості пролікованих випадків за місяць.

Глава 31. Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах

136. Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 10 820 гривень.

До ставки на медичну послугу (один реабілітаційний цикл) застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності та комплексності наданої послуги (не застосовується для послуг за однією із професій фахівців з реабілітації), які становлять:

1 — у разі надання реабілітаційної допомоги за умови наявності у пацієнта протягом останніх трьох календарних місяців медичного запису про медичні послуги, надані за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” або “Медична допомога при гострому мозковому інсульті”, або “Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах” (послуги, які належать до категорій послуг СР1, СР2 і СР3);

0,7 — у разі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам без наявності протягом останніх трьох календарних місяців медичного запису про медичні послуги, надані за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” або “Медична допомога при гострому мозковому інсульті”, або “Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах” (послуги, які належать до категорій послуг CP1, CP2 і CP3);

0,4 — у разі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам фахівцем з реабілітації самостійно (за однією із професій фахівців з реабілітації: фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення) та/або у разі надання послуг, які належать до категорії послуг AP1;

0,5 — у разі надання послуги з реабілітації закладами охорони здоров'я, визначеними МОЗ для надання реабілітаційної допомоги самостійно фахівцями з реабілітації в територіальних громадах, які не покриті реабілітаційними послугами мережі.

137. Запланована вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості відповідних медичних послуг і кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пацієнтів, яким надано медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

10 послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

138. Фактична вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу, відповідних коригувальних коефіцієнтів, кількості фактично наданих послуг за місяць і ставки на медичну послугу з надання реабілітаційної послуги фахівцем з реабілітації самостійно та кількості проведених сесій за місяць.

Глава 32. Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях

139. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг “Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях” із:

суб'єктами господарювання, які були визначені відповідно до абзацу другого пункту 139 глави 32 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503, і з якими НСЗУ було укладено договір за відповідною главою у 2025 році (крім закладів охорони здоров'я, які змінили місця провадження господарської діяльності, що розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, на місця надання послуг, які розташовані на територіях, які не включені до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку). Перелік надавачів може бути переглянутий за поданням Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій (відповідних військових адміністрацій), погодженим МОЗ, у межах зазначених критеріїв;

зкладами охорони здоров'я, визначеними МОЗ за погодженням із Міноборони;

одним закладом охорони здоров'я на область, в якій розташована атомна електростанція, для надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, пов'язаних із радіаційним забрудненням, погодженим МОЗ.

140. Тариф на медичні послуги із забезпечення готовності до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, що визначені специфікацією, визначається як глобальна ставка на місяць, яка становить 40 3247 гривень.

141. Запланована вартість медичних послуг із забезпечення готовності до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць і кількості місяців строку дії договору.

142. Фактична вартість медичних послуг із забезпечення готовності до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

Глава 33. Неонатальний скринінг

143. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з неонатального скринінгу із закладами охорони здоров'я, які мали договір за пакетом медичних послуг “Неонатальний скринінг” у 2025 році.

144. Тариф на медичні послуги з неонатального скринінгу, що визначені специфікацією, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1 114,39 гривні за проведення одного дослідження, 31 133,78 гривні за медичну послугу з експертної діагностики неонатального скринінгу.

Запланована вартість медичних послуг із забезпечення виконання функцій експертного центру неонатального скринінгу визначається як дванадцятикратний розмір глобальної ставки на місяць. Глобальна ставка на місяць становить 75 000 тис. гривень. Оплата медичних послуг із забезпечення виконання функцій експертного центру неонатального скринінгу здійснюється додатково до оплати медичної послуги з експертної діагностики неонатального скринінгу.

Координацію мережі неонатального скринінгу та взаємодію з референтними центрами з питань рідкісних (орфанних) захворювань щодо маршрутизації пацієнтів і підтвердження випадків рідкісних (орфанних) захворювань, методичне забезпечення та інформаційний супровід забезпечує експертний центр неонатального скринінгу.

145. Запланована вартість медичних послуг з неонатального скринінгу, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості таких медичних послуг (4 160 послуг з неонатального скринінгу, 200 послуг з експертної діагностики неонатального скринінгу) і кількості місяців строку дії договору.

146. Фактична вартість медичних послуг з неонатального скринінгу за один місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу та кількості відповідно наданих медичних послуг протягом одного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Глава 34. Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки

147. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг “Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки” із закладами охорони здоров'я комунальної та державної форми власності.

148. Тариф на медичні послуги з медичного огляду осіб, що визначені специфікаціями, визначається як ставка за медичну послугу, яка становить 883 гривні за один медичний огляд.

149. Запланована вартість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки”, що надаються за

кожним договором, розраховується як добуток ставки за медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних оглядів і кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних оглядів встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних оглядів, проведених за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

50 послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

150. Фактична вартість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки” за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки за медичну послугу та фактичної кількості медичних оглядів за місяць.

Глава 35. Секційне дослідження

151. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг із секційного дослідження із закладами охорони здоров'я комунальної та державної форми власності.

152. Тариф на медичні послуги із секційного дослідження, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка за медичну послугу, яка становить 1 613,25 гривні за одне секційне дослідження.

153. Запланована вартість медичних послуг із секційного дослідження, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток відповідної ставки за медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості секційних досліджень та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість секційних досліджень, проведених за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними звітності в електронній системі охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними звітності в електронній системі охорони здоров'я;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними звітності в електронній системі охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

154. Фактична вартість медичних послуг із секційного дослідження за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток відповідної ставки за медичну послугу та кількості секційних досліджень за місяць.

Глава 36. Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії

155. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії” із:

надавачами медичних послуг комунальної форми власності (крім спеціалізованих стоматологічних закладів та суб’єктів господарювання, які уклали договір виключно щодо надання медичних послуг, передбачених главою 1 цього Порядку), які за місцем надання послуги на момент подання пропозиції розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії, крім закладів охорони здоров’я, які змінили щонайменше одне місце надання послуг після 24 лютого 2022 р., що було розташоване на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії згідно з переліком територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженим Мінрозвитку;

надавачами медичних послуг комунальної форми власності, які за місцем надання послуги на момент подання пропозиції розташовані на територіях активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, та надавали медичну допомогу за договором, який діяв до 31 грудня 2022 р. за пакетом медичних послуг “Стационарна психіатрична допомога”, і які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії, крім закладів охорони здоров’я, які змінили щонайменше одне місце надання послуг після 24 лютого 2022 р., що було розташоване на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії згідно з переліком територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженим Мінрозвитку.

156. Тариф за пакетом медичних послуг “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії” визначається як глобальна ставка на місяць за грудень (за відсутності значення — січень) за договором, який діяв до 31 грудня

2022 р. за пакетами медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” та/або “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, та/або “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”, та/або “Стаціонарна психіатрична допомога”, яка була розрахована відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році” (Офіційний вісник України, 2022 р., № 9, ст. 478).

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1 847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

157. Запланована вартість за пакетом медичних послуг “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії”, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку глобальної ставки на місяць, кількості місяців строку дії договору та вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює добутку вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), запланованої середньомісячної кількості справ (прийнятих рішень) і кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість справ (прийнятих рішень) при цьому визначається як середньомісячна фактична кількість справ, розглянутих надавачем медичних послуг за період з 1 липня до 30 вересня 2025 р., із заокругленням до цілого числа. Для надавачів послуг, які не надавали такі послуги у 2025 році, — 10.

158. Фактична вартість за пакетом медичних послуг “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії” за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії” додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для суб’єктів господарювання, які визначені відповідно до законодавства.

Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) і кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

Глава 37. Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)

159. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*) із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності.

160. Тариф на медичні послуги з виконання запліднення *in vitro* (повний цикл), що передбачені специфікаціями для пари із громадянством України, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 84 826,1 гривні.

До ставки на пролікований випадок застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності медичної послуги, які становлять:

1,1 — за проведення допоміжних репродуктивних технологій із використанням методу інтрацитоплазматичної ін'єкції сперми (повний цикл);

1 — за проведення повного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

- огляд, консультування та оцінювання стану жінки, у разі потреби її чоловіка/партнера; стимуляцію дозрівання яйцеклітин;
- отримання яйцеклітин з яєчників та спеціальну обробку сперми;
- запліднення яйцеклітин спермою та культивування отриманих ембріонів;
- заморожування ембріонів та проведення медико-генетичного обстеження за показаннями;
- кріоембріотрансфер;
- спостереження до настання вагітності та її підтвердження або непідтвердження;

0,6 — за проведення неповного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

- огляд, консультування та оцінювання стану жінки, у разі потреби її чоловіка/партнера; стимуляцію дозрівання яйцеклітин;
- отримання яйцеклітин з яєчників та спеціальну обробку сперми; запліднення яйцеклітин спермою та культивування отриманих ембріонів;
- заморожування ембріонів та проведення медико-генетичного обстеження за показаннями;

0,7 — за проведення неповного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

- огляд, консультування та оцінювання стану жінки, у разі потреби її чоловіка/партнера; стимуляцію дозрівання декількох яйцеклітин;

- отримання яйцеклітин з яєчників та спеціальну обробку сперми;
- запліднення яйцеклітин із використанням методу інтрацитоплазматичної ін'єкції сперми та культивування отриманих ембріонів;
- заморожування ембріонів та проведення медико-генетичного обстеження за показаннями;

0,4 — за проведення неповного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

- кріоембріотрансфер;
- спостереження до настання вагітності та її підтвердження або не підтвердження.

161. Запланована вартість медичних послуг з виконання запліднення *in vitro*, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг і кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість зазначених медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних послуг, наданих за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

162. Фактична вартість медичних послуг з лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*) за один місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості наданих медичних послуг протягом місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків.

Один повний цикл на рік — у разі настання вагітності, при цьому в разі народження здорової дитини наступні цикли допоміжних репродуктивних технологій не оплачуються.

Другий повний або неповний цикл на рік — у разі ненастання вагітності.

Глава 38. Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів

163. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації органів, і мали укладений договір у 2025 році.

Заклади охорони здоров'я, які уклали із НСЗУ договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів, здійснюють оплату закладам охорони здоров'я, в яких проводилося вилучення органів на підставі договорів про медичне обслуговування населення, укладених з метою оплати донорського етапу послуг з органної трансплантації від донора-трупа, в обсязі не меншому, ніж визначений пунктом 164 цього Порядку.

164. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації органів, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить:

41 253 гривні — за надання медичних послуг на дотрансплантаційному етапі (360 днів з моменту початку лікування, крім випадків смерті пацієнта);

18 630 гривень — за тканинне типування потенційного донора або донора, або реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції);

722 508 гривень — за надання медичних послуг з алотрансплантації нирки (від живого донора) пацієнту-реципієнту;

773 208 гривень — за надання медичних послуг з АВ0-несумісної алотрансплантації нирки;

65 806 гривень — за донорську нефректомію (живий донор);

801 071 гривня — за надання медичних послуг з алотрансплантації нирки (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78 563 гривні;

2 001 059,72 гривні — за надання медичних послуг з трансплантації серця та лікування після перенесеної трансплантації серця (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78 563 гривні;

2 678 507,21 гривні — за надання медичних послуг з трансплантації легень та лікування після перенесеної трансплантації легень (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78 563 гривні;

1 350 171 гривня — за надання медичних послуг з пересадки частини печінки (від живого донора);

228 994 гривні — за донорську резекцію печінки від живого донора;

1 428 734 гривні — за надання медичних послуг з пересадки печінки/частини печінки (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78 563 гривні;

за трансплантацію декількох органів тариф складається із суми відповідних тарифів;

193 260 гривень — за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації нирки (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

190 817 гривень — за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації серця (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

190 817 гривень — за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації серця та легенів (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

189 740 гривень — за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації легень (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

185 224 гривні — за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації печінки (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів).

За умови надання медичних послуг з пострасплантацийного супроводу пацієнта з 361 дня по 1 080 день включно до відповідного тарифу застосовується коефіцієнт 0,6 (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 1 080 днів).

Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації органів, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків відповідної ставки на медичну послугу та запланованої середньомісячної кількості відповідних медичних послуг і кількості місяців строку дії договору.

165. Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних послуг, наданих за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга — для надавачів медичних послуг, які визначені МОЗ і не надавали відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

166. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації органів на місяць дорівнює сумі:

добутку $1/12$ тарифу на медичні послуги на дотрансплантаційному етапі (360 днів з моменту початку лікування) і кількості унікальних пацієнтів, які отримали медичні послуги за відповідний місяць. У разі завершення дотрансплантаційного етапу або смерті пацієнта раніше ніж 360 днів в останній місяць або місяць смерті пацієнта сплачується різниця між тарифом і раніше оплаченими послугами цього етапу в разі надання всього обсягу послуг, передбаченого договором для цього етапу;

добутку тарифу на тканинне типування потенційного донора або донора чи реципієнта та кількості пацієнтів, який оплачується в місяць проведення послуги (зазначені послуги оплачуються в разі надання всього обсягу послуг, передбаченого договором для цього етапу), зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

добутків $1/12$ тарифів на медичні послуги з посттрансплантаційного супроводу пацієнта до 360 дня, передбачених пунктом 164 цього Порядку, і кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

добутків $1/24$ тарифів на медичні послуги з посттрансплантаційного супроводу пацієнта з 361 дня по 1 080 день включно, передбачених пунктом 164 цього Порядку, і кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

добутку тарифів послуг на трансплантаційному етапі, передбачених пунктом 164 цього Порядку, і кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг.

Заклади охорони здоров'я, які уклали із НСЗУ договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів, до 10 числа кожного місяця, що настає за звітним, заповнюють і подають до НСЗУ звіт щодо трансплантації органів.

Глава 39. Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин

167. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, які отримали

ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин і мали укладений договір у 2025 році.

168. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить:

1 874 969,1 гривні — за надання медичної допомоги із проведенням алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом (від родинного донора) і посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

2 484 470 гривень — за надання медичної допомоги із проведенням алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом і посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

757 767,4 гривні — за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом і посттрансплантаційним супроводом до 100 дня;

22 156,9 гривні — за надання медичної допомоги із проведенням іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу);

168 448,3 гривні — за надання медичної допомоги із забезпечення посттрансплантаційного супроводу пацієнта з 180 до 360 дня;

18 630 гривень — за виконання тканинного типування потенційного донора або донора чи реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції).

169. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу та запланованої кількості медичних послуг із:

алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом (від родинного донора) і посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом і посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом і посттрансплантаційним супроводом до 100 дня;

проведення іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу), забезпечення посттрансплантаційного супроводу пацієнта з 180 до 360 дня;

тканинного типування потенційного донора/реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції) і кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється, як:

середньомісячна фактична кількість медичних послуг, наданих за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга — для надавачів медичних послуг, які визначені МОЗ і не надавали відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

170. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків:

кількості фактично наданих послуг за місяць за донорський етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (від родинного донора), ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,4 від початку лікування, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за донорський етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,4 від початку лікування, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за трансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (від родинного донора), ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за трансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за посттрансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (від

родинного донора), ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3 на 180 день або в разі смерті пацієнта;

кількості фактично наданих послуг за місяць за посттрансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3 на 180 день або в разі смерті пацієнта;

тарифу на тканинне типування потенційного донора/реципієнта, який оплачується в місяць надання послуги, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг, і кількості пацієнтів;

тарифу на надання медичної допомоги із проведенням іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу), який оплачується в місяць надання послуги, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг, і кількості пацієнтів;

1/6 тарифу на медичні послуги з посттрансплантаційного супроводу пацієнта, передбачені пунктом 168 цього Порядку, і кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць, тарифу за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом і коефіцієнта 0,7, зокрема в разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць, тарифу за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин на посттрансплантаційному супроводі у разі завершення лікування або смерті пацієнта на цьому етапі та коефіцієнта 0,3.

Заклади охорони здоров'я, які уклали із НСЗУ договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, до 10 числа кожного місяця, що настає за звітним, заповнюють і подають до НСЗУ звіт щодо трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

Глава 40. Проведення досліджень з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії)

171. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та

діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності.

172. Тариф на медичні послуги з проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії), що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 19 185 гривень.

173. Запланована вартість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг і строку дії договору. При цьому до розрахунку береться не більше 500 таких медичних послуг на рік для одного надавача послуг.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних послуг, наданих за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

дві послуги — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2025 року.

Загальна кількість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) протягом 2026 року становить 4 000 послуг.

174. Фактична вартість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та фактичної кількості наданих послуг за місяць.

Глава 41. Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я

175. НСЗУ укладає договори про перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг на період з 1 січня до 31 грудня 2026 р. із закладами охорони здоров'я державної форми власності, зокрема в разі перетворення їх у державні некомерційні підприємства та/або державні некомерційні товариства або за результатами їх реорганізації шляхом приєднання чи злиття, які у 2025 році мали укладений договір із НСЗУ за

пакетом “Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров’я”.

176. Тариф на перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров’я визначається як глобальна ставка на місяць і застосовується протягом періоду з 1 січня до 31 грудня 2026 року.

177. Запланована вартість перехідного фінансового забезпечення надання закладами охорони здоров’я медичних послуг, передбачених цією главою, розраховується як сума глобальних ставок за кожний відповідний місяць строку дії договору:

$$\text{Budgper plan 2026} = \Sigma \text{Glob plan}_m,$$

де $m = 1 \dots 12$.

Глобальна ставка на кожний відповідний місяць розраховується за формулою:

$$\text{Glob plan}_m = (\text{Budgper 2025} - \text{Budg PMG 2025})/12 \times K_{bal}_m, m = 1 \dots 12,$$

де Glob plan_m — планова глобальна ставка на відповідний місяць;

Budgper 2025 — запланована річна вартість договору за перехідним пакетом на 2025 рік або сума запланованої річної вартості договорів за перехідним пакетом на 2025 рік кожної юридичної особи, яка припиняється, для закладу правонаступника, утвореного в результаті приєднання або злиття, крім видатків на закупівлю медичних виробів для слухопротезування, фінансування яких у 2026 році здійснюється за бюджетною програмою 2301400 “Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру”;

Budg PMG 2025 — сума фактично сплачених коштів за програмою медичних гарантій за главами 1, 3—37, 41 і 42 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503, або сума фактично сплачених коштів за програмою медичних гарантій за главами 1, 3—37, 41 і 42 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503, кожною юридичною особою, яка припиняється, для закладу правонаступника, утвореного в результаті приєднання або злиття;

m — номер місяця року;

$Kbal_m$ — балансуєчий помісячний коефіцієнт, що застосовується до планової глобальної ставки окремо для кожного місяця та встановлюється в таких значеннях:

Для місяців m (номер місяця) року	Значення $Kbal_m$
1—3	1
4—6	0,6
7—9	0,28
10—12	0,09

До планової глобальної ставки ($Glob\ plan_m$) не застосовуються понижуючі балансуєчі коефіцієнти ($Kbal_m$) щодо закладів охорони здоров'я, які функціонують в організаційно-правовій формі державного некомерційного підприємства, державного некомерційного товариства або перебувають у процесі реорганізації шляхом перетворення у державне некомерційне товариство або реорганізації шляхом приєднання чи злиття, що підтверджується відповідним рішенням засновника.

У разі коли $Budgper\ 2025 - Budg\ PMG\ 2025$ дорівнює 0 або має від'ємне значення, договір за пакетом послуг “Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я” із закладом охорони здоров'я не укладається.

Надавачі медичних послуг, які уклали договір за пакетом послуг “Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я”, повинні забезпечити спрямування видатків на придбання лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них в обсязі не меншому, ніж у 2025 році, крім видатків на закупівлю медичних виробів для слухопротезування, фінансування яких у 2026 році здійснюється за бюджетною програмою 2301400 “Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру”.

Заклади охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ і уклали договір за пакетом “Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я”, щокварталу до 10 числа місяця, що настає за звітним, подають інформацію про обсяг видатків, спрямованих на придбання лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них.

178. Фактична вартість перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я для кожного договору за відповідний місяць ($Glob\ fact_m$) дорівнює глобальній ставці на відповідний місяць ($Glob\ plan_m$):

$$Glob\ fact_m = Glob\ plan_m,$$

де $m = 1...12$.

З 1 квітня 2026 р. фактична вартість наданих послуг дорівнює 0 у разі, коли станом на останню дату I кварталу закладом охорони здоров'я не укладено жодного договору за програмою медичних гарантій за главами 1, 3—40, 42 і 43 розділу II цього Порядку (PMG fact = 0).

У разі коли сума фактично сплачених коштів за програмою медичних гарантій за главами 1, 3—37, 41 і 42 розділу II цього Порядку протягом 2026 року дорівнює або перевищує річну вартість договору закладу охорони здоров'я за перехідним пакетом на 2025 рік (Budgper 2025), фактична вартість наданих послуг за пакетом “Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я” дорівнює 0 з місяця, що настає за місяцем фіксації такого факту.

Глава 42. Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів

179. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг “Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів” із надавачами медичних послуг незалежно від форми власності, які мають:

у штатному розписі лікарів, спеціальність яких відповідає спеціальностям лікарів-інтернів;

укладений договір із НСЗУ за відповідним пакетом медичних послуг, для надання яких можуть залучатися лікарі-інтерни, спеціальність яких відповідає спеціальностям лікарів-спеціалістів, наявність яких передбачена умовами закупівлі медичних послуг за таким пакетом.

180. Тариф за пакетом медичних послуг “Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів” визначається як добуток мінімальної заробітної плати, визначеної Законом України “Про Державний бюджет України на 2026 рік”, і коефіцієнта 1,22.

181. Запланована вартість за пакетом медичних послуг “Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів”, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток тарифу, кількості посад лікарів-інтернів згідно із штатним розписом надавача медичних послуг, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету, зазначеної у пропозиції, і кількості місяців строку дії договору.

182. Фактична вартість за пакетом медичних послуг “Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів” за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює сумі фактично нарахованої за

звітний місяць заробітної плати лікарям-інтернам, які проходять інтернатуру за кошти державного бюджету, зазначеній у щомісячній інформації про суми нарахованої заробітної плати і суми нарахувань на заробітну плату, внесений надавачами медичних послуг до інформаційної системи НСЗУ.

Фактична вартість на місяць на одного лікаря-інтерна не може перевищувати добутку мінімальної заробітної плати, визначеної Законом України “Про Державний бюджет України на 2026 рік”, і коефіцієнта 1,22.

У разі неподання інформації до тарифу застосовується коефіцієнт 0.

Фактична вартість заокруглюється до двох знаків після коми.

183. У разі надання послуг з первинної медичної допомоги лікарями, до роботи яких залучаються лікарі-інтерни, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету або кошти фізичних чи юридичних осіб, фельдшери або сестри медичні (брати медичні) з вищою освітою другого (магістерського) рівня за спеціальністю “Медсестринство” галузі знань “Охорона здоров’я та соціальне забезпечення”, до фактичної вартості за пакетом медичних послуг “Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров’я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів” за місяць, що надаються за кожним договором, здійснюється доплата за надані послуги за деклараціями, поданими таким лікарям після досягнення 150 відсотків ліміту.

Сума доплати за відповідний звітний період розраховується за кожним лікарем, до роботи якого залучаються лікарі-інтерни, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету або кошти фізичних чи юридичних осіб, фельдшери або сестри медичні (брати медичні) з вищою освітою другого (магістерського) рівня за спеціальністю “Медсестринство” галузі знань “Охорона здоров’я та соціальне забезпечення”, як добуток кількості декларацій, поданих такому лікарю, що віднесені до лімітної групи понад 150 відсотків, 1/12 капітаційної ставки, визначеної пунктом 19 цього Порядку, і відповідних коригувальних коефіцієнтів, передбачених пунктом 20 цього Порядку.

Перелік лікарів і залучених до роботи кожного з них лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету або кошти фізичних чи юридичних осіб, фельдшерів або сестер медичних (братів медичних) з вищою освітою другого (магістерського) рівня за спеціальністю “Медсестринство” галузі знань “Охорона здоров’я та соціальне забезпечення”, подається Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (військовими адміністраціями) станом на 1 число місяця, що настає за звітним періодом, у строки, визначені для подання інформації про кількість фактично зайнятих посад лікарів-інтернів,

фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету.

Глава 43. Забезпечення збереження кадрового
потенціалу для надання медичної допомоги населенню,
яке перебуває на територіях бойових дій

184. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на територіях бойових дій” строком на шість місяців з 1 січня по 30 червня 2026 р. із надавачами медичних послуг державної та комунальної форми власності (крім спеціалізованих стоматологічних закладів, закладів охорони здоров’я, що змінили місцезнаходження з територій бойових дій, які включені до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), закладів охорони здоров’я, які надають послуги з екстреної медичної допомоги та суб’єктів господарювання, які уклали договір щодо надання медичних послуг, виключно передбачених главою 1 цього Порядку) та які на дату подання пропозиції надають послуги на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій, за переліком, визначеним обласними та Київською міською військовими адміністраціями.

НСЗУ не укладає договори за пакетом медичних послуг “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на територіях бойових дій” із надавачами медичних послуг, які мають залишок коштів на поточному та інших (вкладних (депозитних) тощо) рахунках, що сформувався за рахунок програми медичних гарантій, станом на 1 число місяця, що передує місяцю подання пропозиції, згідно з інформацією про стан розрахунків із заробітної плати та залишок коштів на банківських рахунках станом на 1 число місяця, що передує місяцю подання пропозиції, поданою надавачем медичних послуг відповідно до вимог пункту 28 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” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570; 2020 р., № 2, ст. 59; 2021 р., № 82, ст. 5250), що перевищує загальну суму фонду оплати праці всіх працівників за три місяці та суму коригувального коефіцієнта 1,22, згідно з інформацією про стан розрахунків із заробітної плати та залишок коштів на банківських рахунках станом на 1 число місяця, що передує місяцю подання пропозиції.

185. Тариф за пакетом медичних послуг “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на територіях бойових дій” визначається як глобальна ставка на місяць.

Глобальна ставка на місяць розраховується як різниця суми добутків розміру підвищеного рівня оплати праці, визначеного пунктом 186 цього Порядку, кількості фактично зайнятих штатних одиниць у закладі охорони здоров’я відповідних категорій працівників, коригувального коефіцієнта 1,22 і мінімального розміру оплати праці відповідних категорій працівників, визначеного підпунктом 1 пункту 1 постанови Кабінету Міністрів України від 13 січня 2023 р. № 28 “Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров’я” (Офіційний вісник України, 2023 р., № 9, ст. 644, № 51, ст. 2845), і коригувального коефіцієнта 1,22.

У разі надання медичних послуг в амбулаторних умовах до глобальної ставки застосовується коригувальний коефіцієнт 0,5.

Кількість фактично зайнятих штатних одиниць в закладі охорони здоров’я для розрахунку глобальної ставки визначається відповідно до переліку фактично зайнятих штатних посад станом на 1 січня 2026 р. у розрізі відповідних посад працівників, які безпосередньо виконують обов’язки на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, із зазначенням умов надання медичних послуг (амбулаторно або стаціонарно), який подається обласними та Київською міською військовими адміністраціями.

186. Розміри підвищеного рівня оплати праці для відповідної категорії працівників для розрахунку глобальної ставки становлять:

1) для територій активних бойових дій і територій активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення бойових дій:

40 000 гривень для лікарів (крім лікарів-інтернів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, лікарів-стоматологів, професіоналів у сфері охорони здоров’я);

27 000 гривень для середнього медичного персоналу;

18 000 гривень для молодшого медичного персоналу;

2) для територій можливих бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата припинення можливості бойових дій:

28 000 гривень для лікарів (крім лікарів-інтернів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, лікарів-стоматологів, професіоналів у сфері охорони здоров'я);

18 000 гривень для середнього медичного персоналу;

9 000 гривень для молодшого медичного персоналу.

187. Запланована вартість медичних послуг за пакетом “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на територіях бойових дій”, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць і кількості місяців строку дії договору.

188. Фактична вартість медичних послуг за пакетом “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на територіях бойових дій” за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць, але не більше ніж вартість, визначена відповідно до кількості фактично зайнятих штатних одиниць у закладі охорони здоров'я, у розрізі відповідних категорій працівників станом на 1 число кожного звітного місяця відповідно до інформації, поданої обласними та Київською міською військовими адміністраціями станом на кожне перше число місяця протягом 2026 року.

189. Кошти, отримані закладами охорони здоров'я за пакетом медичних послуг “Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на територіях бойових дій”, спрямовуються виключно на виплату заробітної плати відповідним категоріям працівників із нарахуваннями.

Керівники закладів охорони здоров'я несуть персональну відповідальність за нецільове використання зазначених коштів.

Глава 44. Медична допомога дітям, які потребують лікування та постійного спостереження

190. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дітям із лікування та постійного спостереження із закладами охорони здоров'я, визначеними МОЗ.

191. Тариф на медичні послуги із лікування та постійного спостереження за дітьми, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одного пацієнта (діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування, а також діти з фізичними та/або інтелектуальними порушеннями від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років, які перебувають у будинках дитини або утворених на їх базі центрах медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям та/або їх відокремлених структурних підрозділах), що становить 34 600 гривень на місяць.

192. Запланована вартість медичних послуг дітям із лікування та постійного спостереження, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток капітаційної ставки, кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати такі медичні послуги і кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом року, визначається відповідно до інформації, що надається обласними та Київською міською військовими адміністраціями НСЗУ.

193. Фактична вартість медичних послуг дітям-сиротам і дітям, позбавленим батьківського піклування, а також дітям з фізичними та/або інтелектуальними порушеннями від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років, які потребують лікування та постійного спостереження, що надаються за кожним договором на місяць, розраховується як добуток капітаційної ставки та фактичної кількості дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, а також дітей з фізичними та/або інтелектуальними порушеннями від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років, які перебувають у будинках дитини або утворених на їх базі центрах медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям та/або їх відокремлених структурних підрозділах і отримують медичні послуги із лікування та постійного спостереження, яка зазначена в інформації, наданій Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), станом на 1 число місяця, що настає за звітним періодом.

III. Реімбурсація

194. НСЗУ в межах програми медичних гарантій:

1) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) для лікування в амбулаторних умовах:

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, у тому числі з первинною та вторинною профілактикою інфарктів та інсультів	
Аміодарон (Amiodarone)	таблетки
Амлодипін (Amlodipine)	—“—
Атенолол (Atenolol)	—“—
Бісопролол (Bisoprolol)	—“—

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Верапаміл (Verapamil)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Гідрохлортіазид (Hydrochlorothiazide)	тверда пероральна лікарська форма
Дигоксин (Digoxin)	таблетки, розчин для перорального застосування
Еналаприл (Enalapril)	тверда пероральна лікарська форма
Ізосорбїду динітрат (Isosorbide dinitrate)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Індапамід (Indapamide)	тверда пероральна лікарська форма
Карведилол (Carvedilol)	таблетки
Клопідогрель (Clopidogrel)	—“—
Лозартан (Losartan)	—“—
Метилдопа (Methyldopa)	тверда пероральна лікарська форма
Метопролол (Metoprolol)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Нітрогліцерин (Glyceryl trinitrate)	—“—
Симвастатин (Simvastatin)	таблетки
Спіронолактон (Spironolactone)	тверда пероральна лікарська форма
Торасемід (Torasemide)	—“—
Фуросемід (Furosemide)	таблетки
Варфарин (Warfarin)	—“—
Ніфедипін (Nifedipine)	—“—
Кислота ацетилсаліцилова (Acetylsalicylic acid)	тверда пероральна лікарська форма
Лізиноприл + Гідрохлортіазид (Lisinopril + Hydrochlorothiazide)	таблетки
Телмісартан + Амлодипін (Telmisartan + Amlodipine)	—“—

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Телмісартан + Гідрохлортіазид (Telmisartan + Hydrochlorothiazide)	таблетки
Цукровий діабет (пероральні гіпоглікемізуючі лікарські засоби)	
Глібенкламід (Glibenclamide)	тверда пероральна лікарська форма
Гліклазид (Gliclazide)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема з контрольованим (модифікованим) вивільненням)
Метформін (Metformin)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Інсуліни та аналоги для ін'єкцій швидкої дії	
Інсулін людини (Insulin human)	флакони, картридж, шприц-ручка
Інсулін лізпро (Insulin lispro)	—“—
Інсулін аспарт (Insulin aspart)	шприц-ручка
Інсулін глюлізін (Insulin glulisine)	—“—
Інсуліни та аналоги для ін'єкцій середньої тривалості дії	
Інсулін людини (Insulin human)	флакони, картридж, шприц-ручка
Комбінації інсулінів середньої і тривалої дії для ін'єкцій з інсулінами швидкої дії	
Інсулін людини (Insulin human)	флакони, картридж, шприц-ручка
Інсулін аспарт (Insulin aspart)	шприц-ручка
Інсулін лізпро (Insulin lispro)	картридж, шприц-ручка
Інсулін деглюдек та інсулін аспарт (Insulin degludec and insulin aspart)	шприц-ручка
Інсуліни та аналоги для ін'єкцій тривалої дії	
Інсулін гларгін (Insulin glargine)	флакони, картридж, шприц-ручка
Інсулін детемір (Insulin detemir)	шприц-ручка
Інсулін деглюдек (Insulin degludec)	—“—
Інсулін гларгін та ліксисенатид (Insulin glargine and lixisenatide)	—“—
Інсулін деглюдек та ліраглутид (Insulin degludec and liraglutide)	—“—

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Нецукровий діабет	
Десмопресин (Desmopressin)	таблетки, спрей назальний, ліофілізат оральний, краплі назальні
Хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів	
Беклометазон (Beclometasone)	аерозоль для інгаляцій
Будесонід (Budesonide)	порошок для інгаляцій дозований, суспензія для розпилення
Сальбутамол (Salbutamol)	аерозоль для інгаляцій, розчин для інгаляцій
Іпратропію бромід (Ipratropium bromide)	—“—
Тіотропію бромід (Tiotropium bromide)	порошок для інгаляцій, тверді капсули
Будесонід + Формотерол (Formoterol + Budesonide)	порошок для інгаляцій, інгаляції (порошок, аерозоль)
Сальметерол + Флютиказон (Salmeterol + Fluticasone)	порошок для інгаляцій
Розлади психіки та поведінки, епілепсія	
Фенітоїн (Phenytoin)	тверда пероральна лікарська форма, розчин для перорального застосування
Карбамазепін (Carbamazepine)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії), суспензія для перорального застосування
Вальпроєва кислота/Вальпроат натрію (Valproic Acid/Sodium valproate)	розчин/сироп для перорального застосування, тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Ламотриджин (Lamotrigine)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Галоперидол (Haloperidol)	розчин для перорального застосування, таблетки

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Клозапін (Clozapine)	тверда пероральна лікарська форма
Рисперидон (Risperidone)	розчин оральний, тверда пероральна лікарська форма
Кломіпрамін (Clomipramine)	тверда пероральна лікарська форма
Амітриптилін (Amitriptyline)	таблетки
Флуоксетин (Fluoxetine)	тверда пероральна лікарська форма
Фенобарбітал (Phenobarbital)	розчин для перорального застосування, таблетки
Леветирацетам (Levetiracetam)	розчин оральний, таблетки
Хлорпромазин (Chlorpromazine)	таблетки
Оланзапін (Olanzapine)	тверда пероральна лікарська форма
Кветіапін (Quetiapine)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії)
Арипіпразол (Aripiprazole)	тверда пероральна лікарська форма
Діазепам (Diazepam)	таблетки
Пароксетин (Paroxetine)	тверда пероральна лікарська форма
Сертралін (Sertraline)	—“—
Есциталопрам (Escitalopram)	—“—
Хвороба Паркінсона	
Біпериден (Biperiden)	таблетки
Леводопа + Карбідоба (Levodopa + Carbidopa)	таблетки (зокрема пролонгованої дії)
Стан, пов'язаний з наявністю трансплантованого органу чи тканини	
Азатіоприн (Azathioprine)	таблетки
Циклоспорин (Ciclosporin)	тверда пероральна лікарська форма, розчин оральний

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Такролімус (Tacrolimus)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії), гранули для оральної суспензії
Мікофенолова кислота та її солі (Mycophenolic acid)	тверда пероральна лікарська форма, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні, таблетки (із відстроченим вивільненням)
Еверолімус (Everolimus)	таблетки
Валганцикловір (Valganciclovir)	—“—
Біль та надання паліативної допомоги	
Морфін (Morphine)	гранули (з повільним вивільненням), розчин для перорального застосування, таблетки (пролонгованого вивільнення), таблетки
Фентаніл (Fentanyl)	трансдермальний пластр
Лоперамід (Loperamide)	тверда пероральна лікарська форма
Метоклопрамід (Metoclopramide)	—“—
Хвороби ендокринної системи	
Каберголін (Cabergoline)	таблетки
Флудрокортизон (Fludrocortisone)	—“—
Гідрокортизон (Hydrocortisone)	—“—
Левотироксин (Levothyroxine)	—“—
Метаболічні, аутоімунні та запальні захворювання	
Азатіоприн (Azathioprine)	таблетки
Алопуринол (Allopurinol)	—“—
Сульфасалазин (Sulfasalazine)	—“—
Метотрексат (Methotrexate)	—“—
Пеніциламін (Penicillamine)	—“—
Гідроксихлорохін (Hydroxychloroquine)	—“—
Преднізолон (Prednisolone)	—“—

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Метилпреднізолон (Methylprednisolone)	таблетки
Піридостигмін (Pyridostigmine)	—“—
Глаукома	
Тимолол (Timolol)	краплі очні
Латанопрост (Latanoprost)	—“—
Пілокарпін (Pilocarpine)	—“—
Ацетазоламід (Acetazolamide)	таблетки
Мігрень	
Пропранолол (Propranolol)	таблетки
Суматриптан (Sumatriptan)	—“—
Дитячі захворювання	
Амоксицилін (Amoxicillin)	тверда пероральна лікарська форма
Метронідазол (Metronidazole)	—“—
Мебендазол (Mebendazole)	—“—
Азитроміцин (Azithromycin)	краплі очні
Офлоксацин (Ofloxacin)	краплі очні, мазь очна
Тетрациклін (Tetracycline)	мазь очна
Ципрофлоксацин (Ciprofloxacin)	краплі очні та вушні
Онкологічні захворювання (для категорії пацієнтів з гормонозалежним раком молочної залози та категорії пацієнтів з негормонозалежним раком молочної залози, яким відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я призначена гормональна терапія)	
Екземестан (Exemestane)	тверда пероральна лікарська форма
Летрозол (Letrozole)	—“—
Тамоксифен (Tamoxifen)	—“—
Лікування вагітних та породілей	
Заліза двовалентного сіль (Ferrous salt)	тверда пероральна лікарська форма (зокрема пролонгованої дії), розчин/сироп для перорального застосування

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Фолієва кислота (Folic acid)	таблетки

2) здійснює реімбурсацію таких медичних виробів для вимірювання в амбулаторних умовах рівня цукру в крові пацієнтами з діабетом I типу:

Медичні вироби для визначення рівня глюкози в крові

Назва медичного виробу	Форма випуску	Код згідно з національним класифікатором 031:2024 “Національна номенклатура медичних виробів”
Медичні вироби для діагностики in vitro	тест-смужки для вимірювання рівня глюкози	W0101060101

3) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) для лікування в амбулаторних умовах цукрового діабету (пероральні гіпоглікемізуючі лікарські засоби), хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів, серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій) із квітня до 31 грудня 2026 р. за умови, що такі лікарські засоби включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 “Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення” (Офіційний вісник України, 2009 р., № 27, ст. 906; 2022 р., № 6, ст. 343):

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Лікування цукрового діабету (пероральні гіпоглікемізуючі лікарські засоби)	
Дапагліфлозин (Dapagliflozin)*	таблетки
Емпагліфлозин (Empagliflozin)*	—“—
Лікування хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів	
Формотерол + Беклометазон (Formoterol and Beclometasone)	аерозоль для інгаляцій, дозований
Лікування серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань	
Аторвастатин (Atorvastatin)	таблетки

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Апіксабан (Arixaban)*	таблетки, вкриті плівковою оболонкою
Дабігатрану етексилат (Dabigatran etexilate)*	капсули тверді
Ривароксабан (Rivaroxaban)*	—“—

* Фіксований розмір реімбурсації для зазначених лікарських засобів становить 50 відсотків.

ВАГОВІ КОЕФІЦІЄНТИ

діагностично-споріднених груп для пакетів медичних послуг, передбачених у главі 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році

Пакет “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” — діагностично-споріднені групи A15, A40, B40, B41, C01A, C16A, D40, E40, E41, E42, F40, F41, F42, F43, G46, G47, G48, H06A, K40, L40, L41, L42, M40, T40, U40, X40, Z40, інші діагностично-споріднені групи з цифрами 01-39

Пакет “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” — діагностично-споріднені групи A13, A14, B40, E40, E41, E42, F42, F43, G46, G47, G48, K40, L40, L41, M40, T40, X40, інші діагностично-споріднені групи з цифрами 60-83

Пакет “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня” — B06-01, B07-01, C01-01, C03-01, C04-01, C10-01, C12-01, C13-01, C14-01, C15-01, C16-01, C16A-01, D04-01, D05-01, D06-01, D10-01, D11-01, D12-01, D13-01, D14-01, D15-01, F17-01, F18-01, F19-01, F20-01, F24-01, G10-01, G11-01, G46-01, H02-01, H05-01, H08-01, I10-01, I12-01, I17-01, I18-01, I19-01, I20-01, I21-01, I23-01, I24-01, I25-01, I27-01, J07-01, J08-01, J09-01, J10-01, J11-01, J13-01, K06-01, K40-01, L02-01, L06-01, L07-01, L08-01, L41-01, L42-01, M03-01, M04-01, M05-01, M06-01, M40-01, N06-01, N08-01, N09-01, N10-01, N11-01, N12-01, O04-01, O05-01, X04-01, X05-01, X06-01

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
A13	Інвазивна вентиляція (проводилася 336 годин і більше)	16,047	5,9374	16,9437
A14	Інвазивна вентиляція (проводилася від 96 до 335 годин включно)	9,042	1,5371	9,8679

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
A15	Лікування пацієнта, що потребувало трахеостомії	7,15		11,3944
A40	Екстракорпоральна мембранна оксигенація (ЕКМО)	20,325	18,9023	18,845
B01	Ревізія вентрикулярного шунта	2,942		
B02	Операції на черепі	5,55	1,8315	6,263
B02-A	Операції на черепі	11,0813		
B03	Операції на хребті	5,299	0,265	5,7581
B04	Операції на екстракраніальних судинах голови	3,876		2,3383
B05	Розкриття зап'ястного каналу	0,421		
B06	Операції при дитячому церебральному паралічі, м'язовій дистрофії і невропатії	3,295	1,5816	
B06-01	Операції при дитячому церебральному паралічі, м'язовій дистрофії і невропатії до 24 годин	3,295	1,5816	
B07	Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі	2,599	0,4938	1,0757
B07-01	Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі до 24 годин	2,599	0,4938	
B40	Плазмозферез при неврологічних захворюваннях	0,249		
B41	Телеметричний моніторинг електроенцефалографії	0,685	0,1233	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
B42	Розлади нервової системи, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень	3,209	1,3157	6,6263
B63	Деменція та інші хронічні порушення функції мозку	1,307		
B64	Делірій	0,635		
B65	Дитячий церебральний параліч	0,471	0,1837	
B66	Доброякісні новоутворення нервової системи	1,823	0,7474	
B67	Дегенеративні захворювання нервової системи	1,501	1,501	
B68	Розсіяний склероз і мозочкова атаксія	1,333	1,2797	
B69	Транзиторна ішемічна атака та оклюзія магістральних артерій головного мозку	0,807		
B70	Інсульт та інші цереброваскулярні розлади	1,362	1,362	
B71	Ураження черепних та периферичних нервів	0,99	0,99	
B72	Інфекція нервової системи, крім вірусного менінгіту	2,101	2,101	
B73	Вірусний менінгіт	1,179	0,3655	
B74	Нетравматичний ступор і кома	0,792	0,5386	
B75	Фебрильні судоми	0,284		
B76	Пароксизмальні розлади	0,633	0,4811	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
B77	Головний біль	0,342	0,2907	
B78	Внутрішньочерепні травми	1,48	0,2516	
B79	Переломи черепа	1,08	0,594	
B80	Інші травми голови	0,544		
B81	Інші розлади нервової системи	1,048	0,7231	
B82	Хронічна та неуточнена параплегія/квадроपлегія	1,545		
B83	Гостра параплегія та квадроплегія і стани, пов'язані з ураженням спинного мозку	2,589		
C01	Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока	1,674	0,5859	
C01A	Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока. Висока складність (кератопластика, трансплантація рогівки)	12,612	4,4142	
C01-01	Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока. Висока складність (кератопластика, трансплантація рогівки) до 24 годин	1,674	0,5859	
C02	Енуклеації і операції на очниці	1,818	0,7999	1,6397
C02A	Енуклеації і операції на очниці. Висока складність (встановлення штучного орбітального імпланту)	4,415	1,9426	
C03	Операції на сітківці	0,804	0,804	0,12
C03-01	Операції на сітківці до 24 годин	0,804	0,804	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогою дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
C04	Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві	1,489	0,7445	1,2742
C04-01	Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві до 24 годин	1,489	0,7445	
C05	Дакріюцисториностомія	0,722	0,0578	
C10	Операції з виправлення косоокості	0,61	0,1525	
C10-01	Операції з виправлення косоокості до 24 годин	0,61	0,1525	
C11	Операції на повіках	1,367	0,2734	
C12	Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві	1,349	0,8364	0,0985
C12-01	Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві до 24 годин	1,349	0,8364	
C13	Операції на слізному апараті	0,42	0,0294	
C13-01	Операції на слізному апараті до 24 годин	0,42	0,0294	
C14	Інші операції на оці	0,691	0,2211	0,6789
C14-01	Інші операції на оці до 24 годин	0,691	0,2211	
C15	Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти	0,593	0,5396	1,1957
C15-01	Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти до 24 годин	0,593	0,5396	
C16	Операції на кришталику	1,217	1,1927	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
C16-01	Операції на кришталику до 24 годин	1,217	1,1927	
C16A	Операції на кришталику. Висока складність (встановлення штучного кришталика)	3,256		
C16A-01	Операції на кришталику. Висока складність (встановлення штучного кришталика)	3,256		
C60	Гострі та генералізовані інфекції ока	1,1	0,506	
C61	Неврологічні та судинні захворювання ока	0,605	0,5143	
C62	Гіфема та травми ока, які не потребують хірургічного лікування	0,444	0,3774	
C63	Інші захворювання ока	0,582	0,582	
D02	Операції на голові та шиї	3,937	0,5118	3,431
D03	Хірургічне усунення вродженого незрощення верхньої губи та піднебіння	2,425	0,388	
D04	Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,352	0,1758	1,6567
D04-01	Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах до 24 годин	1,352	0,1758	
D05	Операції на привушній слинній залозі	1,647		
D05-01	Операції на привушній слинній залозі до 24 годин	1,647		

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
D06	Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі	1,072		0,2603
D06-01	Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі до 24 годин	1,072		
D10	Операції на носі	0,846		0,1579
D10-01	Операції на носі до 24 годин	0,846		
D11	Тонзилектомія та аденоїдектомія	0,625	0,0875	
D11-01	Тонзилектомія та аденоїдектомія до 24 годин	0,625	0,0875	
D12	Інші операції на вусі, носі, роті і горлі	1,133	0,2153	1,1263
D12-01	Інші операції на вусі, носі, роті і горлі до 24 годин	1,133	0,2153	
D13	Міринготомія з катетером	0,374	0,0411	
D13-01	Міринготомія з катетером до 24 годин	0,374	0,0411	
D14	Операції у порожнині рота та на слинних залозах	0,713	0,107	
D14-01	Операції у порожнині рота та на слинних залозах до 24 годин	0,713	0,107	
D15	Операції на соскоподібному відростку	1,899		0,3467
D15-01	Операції на соскоподібному відростку до 24 годин	1,899		
D40	Видалення і реставрація зубів	0,522	0,05	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
D60	Злоякісні новоутворення вуха, носа, рота і горла	1,125	0,8663	
D61	Порушення утримання рівноваги	0,314	0,2669	
D62	Носова кровотеча	0,383	0,0498	
D63	Запалення середнього вуха та інфекції верхніх дихальних шляхів	0,464	0,1485	
D64	Ларинготрахеїти та епіглотити	0,328	0,0656	
D65	Травми і деформації носа	0,368	0,0957	
D66	Інші захворювання носа, рота і горла	0,421	0,2273	
D67	Захворювання зубів і ротової порожнини	0,53	0,2438	
E01	Складні операції на грудній клітці	5,124	0,9223	3,1334
E02	Інші загальні втручання на органах дихання	2,415	0,9177	2,4686
E40	Захворювання органів дихання, що потребують інвазивної штучної вентиляції легень	2,902		
E41	Захворювання органів дихання, що потребують неінвазивної штучної вентиляції легень	2,518		
E42	Бронхоскопія	0,893	0,4554	
E60	Муковісцидоз	3,211	1,1881	
E61	Легенева емболія	1,723		
E62	Респіраторні інфекції і запалення	0,883		

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
E63	Апноє сну	0,299	0,1196	
E64	Набряк легень та дихальна недостатність	1,12		
E65	Хронічні обструктивні захворювання дихальних шляхів	0,885		
E66	Важка травма грудної клітки	1,008		
E67	Респіраторні ознаки і симптоми	0,304		
E68	Пневмоторакс	1,105	0,3536	
E69	Бронхіти та астма	0,57	0,114	
E70	Кашлюк та гострі бронхіоліти	0,592	0,1066	
E71	Новоутворення органів дихання	1,487	0,7732	
E72	Респіраторні проблеми, що виникають з неонатального періоду	0,694		
E73	Плевральний випіт	1,324		
E74	Інтерстиціальна хвороба легень	1,095		
E75	Інші захворювання органів дихання	0,578	0,1792	
E76	Респіраторний туберкульоз	0,7		
E77	Бронхоектатична хвороба	1,295	1,295	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
F01	Імплантація та заміна автоматичного імплантованого кардіовертера-дефібрилятора, всієї системи	5,768		
F02	Інші процедури, пов'язані з автоматичним імплантованим кардіовертером-дефібрилятором	1,94		
F03	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу та з проведенням інвазивного обстеження серця	11,005		
F04	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу без проведення інвазивного обстеження серця	7,961	1,831	
F05	Коронарне шунтування з проведенням інвазивного обстеження серця	6,622		
F06	Коронарне шунтування без проведення інвазивного обстеження серця	5,083		
F07	Інші кардіоторакальні/судинні операції з використанням апарата штучного кровообігу	5,942	0,4159	
F08	Реконструкція великих судин без використання апарата штучного кровообігу	3,573		
F08-A	Реконструкція великих судин без використання апарата штучного кровообігу	5,885		4,4444

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
F09	Інші кардіоторакальні операції без використання апарата штучного кровообігу	3,296		1,9789
F10	Інтервенційні коронарні втручання, які виконуються при гострому інфаркті міокарда	2,134		
F11	Ампутація, крім верхніх кінцівок і пальців ніг, при порушеннях кровообігу	2,078		
F12	Імплантація та заміна електрокардіостимулятора, всієї системи	2,045		
F13	Ампутація верхніх кінцівок і пальців ніг при порушеннях кровообігу	1,956		
F14	Судинні операції, крім реконструкції великих судин, без використання апарата штучного кровообігу	2,654	1,3005	
F17	Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора	1,427		
F17-01	Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора до 24 годин	1,427		
F18	Інші процедури з електрокардіостимулятором	1,775		
F18-01	Інші процедури з електрокардіостимулятором до 24 годин	1,775		
F19	Транссудинні перкутанні втручання на серці	2,367	0,8521	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
F19-01	Транссудинні перкутанні втручання на серці до 24 годин	2,367	0,8521	
F20	Лігування та екстирпація вен	0,8	0,272	
F20-01	Лігування та екстирпація вен до 24 годин	0,8	0,272	
F21	Інші загальні втручання на органах кровообігу	2,906	0,465	3,9631
F24	Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда	2,105	1,4525	
F24-01	Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда до 24 годин	2,105	1,4525	
F40	Захворювання органів кровообігу, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень	2,685		3,1218
F41	Захворювання органів системи кровообігу, пов'язані із гострим інфарктом міокарда, з інвазивним обстеженням серця	1,578		
F42	Захворювання органів системи кровообігу, не пов'язані з гострим інфарктом міокарда, з інвазивним обстеженням серця	1,388	1,388	
F43	Захворювання органів системи кровообігу, що потребували застосування неінвазивної штучної вентиляції легень	2,945		

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
F60	Захворювання органів системи кровообігу, пов'язані з гострим інфарктом міокарда, без інвазивного обстеження серця	0,78		
F61	Інфекційний ендокардит	3,911		
F62	Серцева недостатність і шок	1,013		
F63	Венозний тромбоз	0,724		
F64	Виразки на шкірі при захворюваннях органів системи кровообігу	1,183		
F65	Захворювання периферичних судин	0,883	0,4327	
F66	Атеросклероз коронарних судин	0,585		
F67	Артеріальна гіпертензія	0,446	0,223	
F68	Вроджені вади серця	0,467	0,453	
F69	Порок клапана серця	0,646	0,646	
F72	Нестабільна стенокардія	0,68		
F73	Непритомність (синкопе) і колапс	0,371	0,0928	
F74	Біль у грудях	0,221	0,221	
F75	Інші захворювання органів системи кровообігу	1,158	1,1233	
F76	Порушення ритму, провідності та зупинка серця	0,741	0,741	
G01	Резекція прямої кишки	5,07		5,754

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
G02	Складні операції на тонкому і товстому кишечнику	4,937	2,4191	4,9345
G03	Операції на шлунку, стравоході і дванадцятипалій кишці	5,859	1,4062	3,5546
G04	Видалення перитонеальних спайок	3,005	1,3222	2,9469
G05	Нескладні операції на тонкому і товстому кишечнику	2,856	0,1428	1,0945
G06	Пілороміотомія	1,329		
G07	Апендектомія	1,419	0,525	
G10	Операції з вправлення грижі	1,535		
G10-01	Операції з вправлення грижі до 24 годин	1,535		
G11	Операції на задньому проході та стомі	1,778	1,2446	0,2634
G11-01	Операції на задньому проході та стомі до 24 годин	1,778	1,2446	
G12	Інші загальні втручання на органах травної системи	2,366	0,8281	4,5237
G46	Комплексна ендоскопія	0,979	0,9594	
G46-01	Комплексна ендоскопія до 24 годин	0,979	0,9594	
G47	Гастроскопія	0,805	0,4589	
G48	Колоноскопія	0,911	0,8928	
G60	Злоякісне новоутворення органів травної системи	0,867		

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
G61	Шлунково-кишкова кровотеча	0,733	0,2052	
G64	Запальні захворювання кишечника	0,678	0,0678	
G65	Обструкція шлунково-кишкового тракту	0,756	0,121	
G66	Біль у животі та мезентеріальний лімфаденіт	0,343	0,1166	
G67	Езофагіт і гастроентерит	0,479	0,1006	
G70	Інші розлади травної системи	0,594	0,4455	
H01	Шунтування та операції на підшлунковій залозі, печінці	4,367		7,5284
H02	Складні операції на біліарному тракті	5,075		
H02-01	Складні операції на біліарному тракті до 24 годин	5,075		
H05	Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі	1,266		3,6507
H05-01	Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі до 24 годин	1,266		
H06	Інші загальні втручання на гепатобіліарній системі і підшлунковій залозі	1,5938		
H06-A	Інші загальні втручання на гепатобіліарній системі і підшлунковій залозі	5,873		1,1075
H07	Відкрита холецистектомія	2,681		
H08	Лапароскопічна холецистектомія	4,773	1,1933	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
H08-01	Лапароскопічна холецистектомія до 24 годин	4,773	1,1933	
H60	Цироз та алкогольний гепатит	1,954		
H61	Злоякісні новоутворення гепатобіліарної системи і підшлункової залози	1,432	0,3499	
H62	Захворювання підшлункової залози, крім злоякісних новоутворень	1,264	0,738	
H63	Інші захворювання печінки	0,99	0,4266	
H64	Захворювання біліарного тракту	1,001	0,5155	
H65	Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу	1,985		
I01	Двосторонні та множинні операції на великих суглобах нижньої кінцівки	6,005		6,7122
I02	Мікрovasкулярні пересадки тканин чи шкіри, крім рук	6,346		10,6462
I03	Ендопротезування кульшового суглоба після травми	3,905		2,1134
I04	Ендопротезування колінного суглоба	3,3021		1,1753
I05	Ендопротезування інших суглобів	3,042		2,3772
I06	Спондилодез у зв'язку з деформацією	6,434		
I07	Ампутація	2,037		6,3073

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
I08	Інші операції на кульшовому суглобі і стегні	3,863		2,6586
I09	Спондилодез	4,704		
I10	Інші операції на шиї та спині	3,114		1,5413
I10-01	Інші операції на шиї та спині до 24 годин	3,114		
I11	Операції з подовження кінцівок	4,149	3,7341	0,1
I12	Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів	3,236	0,9708	4,3357
I12-01	Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів до 24 годин	3,236	0,9708	
I13	Операції на плечовій кістці, великогомілковій кістці, малогомілковій кістці і щиколотці	2,886		2,1741
I15	Черепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,52	1,4112	
I16	Інші операції на плечовому поясі	1,252		0,3874
I17	Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,092		0,06
I17-01	Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах до 24 годин	3,092		
I18	Інші операції на коліні	2,142	1,4137	0,11
I18-01	Інші операції на коліні до 24 годин	2,142	1,4137	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
I19	Інші операції на лікті і передпліччі	3,224		0,21
I19-01	Інші операції на лікті і передпліччі до 24 годин	3,224		
I20	Інші операції на ступнях	2,386		0,1691
I20-01	Інші операції на ступнях до 24 годин	2,386		
I21	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна	1,808		0,18
I21-01	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна до 24 годин	1,808		
I23	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за виключенням кульшового суглоба і стегна	1,688	0,2363	0,1
I23-01	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за виключенням кульшового суглоба і стегна до 24 годин	1,688	0,2363	
I24	Артроскопія	0,84		
I24-01	Артроскопія до 24 годин	0,84		
I25	Діагностичні процедури на кістках і суглобах, включаючи біопсію	1,193		
I25-01	Діагностичні процедури на кістках і суглобах, включаючи біопсію, до 24 годин	1,193		

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
I27	Процедури на м'яких тканинах	1,25	0,1375	3,0608
I27-01	Процедури на м'яких тканинах до 24 годин	1,25	0,1375	
I28	Інші процедури з опорно-руховим апаратом	1,178	0,0942	3,2268
I29	Реконструкції колінного суглоба і ревізії реконструкцій	2,512	0,427	0,13
I30	Операції на кисті	1,742		
I31	Ревізія кульшового суглоба після ендопротезування	4,111		5,7553
I32	Ревізія колінного суглоба після ендопротезування	3,681		5,0303
I33	Ендопротезування кульшового суглоба, не пов'язане з травмою	4,223		
I60	Переломи діафіза стегнової кістки	2,138		
I61	Дистальні переломи стегнової кістки	0,99	0,099	
I63	Розтягнення, вивихи і зміщення в ділянці кульшового суглоба, таза і стегнової кістки	0,45	0,0495	
I64	Остеомієліт	1,856		
I65	Злоякісні новоутворення опорно-рухового апарата	1,857	0,1485	
I66	Запальні захворювання опорно-рухового апарата	0,8167	0,539	
I67	Септичний артрит	1,638		

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
I68	Захворювання хребта, які не потребують хірургічних втручань	0,607	0,3156	
I69	Захворювання кісток та артропатії	0,644	0,3284	
I71	Інші захворювання м'язів і сухожиль	0,388	0,1979	
I72	Специфічні захворювання м'язів і сухожиль	0,437	0,083	
I73	Післяопераційний догляд за м'язово-скелетними імплантатами або протезами	1,123	0,0604	
I74	Травми передпліччя, зап'ястя, кисті і ступні	0,409	0,1841	
I75	Травми плечового пояса, плеча, ліктя, коліна, гомілки і щиколотки	0,683	0,3415	
I76	Інші м'язово-скелетні захворювання	0,618	0,0927	
I77	Переломи таза	1,019		
I78	Переломи шийки стегна	1,373		
I79	Патологічні переломи	1,297		
I80	Переломи стегнової кістки (від перелому до переведення у відділення інтенсивної терапії минуло менше двох днів)	0,143		
J01	Мікрovasкулярні пересадки при ушкодженнях шкіри, підшкірної клітковини і захворюваннях молочних залоз	5,521		6,0257

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
J06	Складні операції при захворюваннях молочних залоз	1,658		
J07	Нескладні операції при захворюваннях молочних залоз	0,673		
J07-01	Нескладні операції при захворюваннях молочних залоз до 24 годин	0,673		
J08	Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин	1,842	0,5526	3,1235
J08-01	Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин до 24 годин	1,842	0,5526	
J09	Процедури при пілонідальній кістці та в періанальній ділянці	0,552	0,149	
J09-01	Процедури при пілонідальній кістці та в періанальній ділянці до 24 годин	0,552	0,149	
J10	Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями	1,316		0,7141
J10-01	Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями до 24 годин	1,316		

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
J11	Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах	0,829	0,058	0,6099
J11-01	Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах до 24 годин	0,829	0,058	
J12	Операції на нижніх кінцівках при виразках або флегмонах	2,772		2,6181
J13	Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон	1,592		1,5029
J13-01	Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон до 24 годин	1,592		
J14	Складні операції з пластики молочної залози за медичними показаннями	3,439		
J60	Виразки шкіри	1,145		
J62	Злоякісні захворювання молочних залоз	1,562		
J63	Доброякісні захворювання молочних залоз	0,431	0,0474	
J64	Інші захворювання шкіри, жирової клітковини і молочних залоз	0,555	0,1776	
J65	Травми шкіри, підшкірної клітковини і молочних залоз	0,497	0,2038	
J67	Незначні ушкодження шкіри	0,522	0,1462	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
J68	Значні ушкодження шкіри	0,816	0,1877	
J69	Злоякісне новоутворення шкіри	1,324		
K01	Загальні втручання щодо діабетичних ускладнень	4,08		
K02	Операції на гіпофізі	3,619		
K03	Операції на надниркових залозах	2,632		
K05	Операції на паращитовидній залозі	1,566		
K06	Операції на щитовидній залозі	1,841		
K06-01	Операції на щитовидній залозі до 24 годин	1,841		
K08	Операції на щитоподібно-під'язиковій ділянці	1,72		
K09	Інші загальні втручання, пов'язані з порушеннями ендокринного, травного і метаболічного характеру	2,799	0,9517	
K10	Ревізійні та відкриті баріатричні операції	3,2		
K11	Великі лапароскопічні баріатричні операції	1,896		
K12	Інші баріатричні операції	1,466		
K13	Загальні пластичні втручання при ендокринних, травних і метаболічних розладах	1,82		
K40	Ендоскопічні процедури і діагностичні обстеження при метаболічних розладах	1,043	1,043	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
K40-01	Ендоскопічні процедури і діагностичні обстеження при метаболічних розладах до 24 годин	1,043	1,043	
K60	Діабет	0,865	0,865	
K61	Важкі порушення травлення	1,123	0,3701	
K62	Інші метаболічні розлади	0,696	0,696	
K63	Вроджені порушення метаболізму	0,591	0,396	
K64	Ендокринні порушення	0,708	0,708	
L02	Хірургічне встановлення перитонеального катетера для діалізу	1,849		
L02-01	Хірургічне встановлення перитонеального катетера для діалізу до 24 годин	1,849		
L03	Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі при новоутвореннях	4,732		
L04	Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі, не пов'язані з новоутвореннями	2,889	1,8779	2,0593
L05	Трансуретральна простатектомія при порушенні сечовиділення	1,835		
L06	Інші операції на сечовому міхурі	1,912		
L06-01	Інші операції на сечовому міхурі до 24 годин	1,912		
L07	Інші трансуретральні операції	1,603	0,529	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
L07-01	Інші трансуретральні операції до 24 годин	1,603	0,529	
L08	Операції на сечівнику	1,809	0,2533	0,02
L08-01	Операції на сечівнику до 24 годин	1,809	0,2533	
L09	Інші операції при захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів	1,809		5,347
L40	Уретроскопія	0,552	0,2429	
L41	Цистоуретроскопія при порушенні сечовиділення	0,501	0,501	
L41-01	Цистоуретроскопія при порушенні сечовиділення до 24 годин	0,501	0,501	
L42	Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія	0,845		
L42-01	Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія до 24 годин	0,845		
L60	Ниркова недостатність	1,259	0,9317	
L61	Гемодіаліз	0,343	0,343	
L62	Новоутворення нирок і сечовивідних шляхів	1,047	0,5026	
L63	Інфекції нирок і сечовивідних шляхів	0,761	0,661	
L64	Камені та обструкція сечовивідних шляхів	0,507	0,507	
L65	Ознаки і симптоми захворювання нирок і сечовивідних шляхів	0,628	0,358	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
L66	Стриктури сечівника	0,403		
L67	Інші розлади нирок і сечовивідних шляхів	0,999	0,542	
L68	Перитонеальний діаліз	0,343	0,343	
M01	Складні операції на органах малого таза у чоловіків	3,253		
M02	Трансуретральна простатектомія при захворюваннях органів репродуктивної системи	1,899		
M03	Операції на чоловічому статевому органі	1,712	0,3082	0,1792
M03-01	Операції на чоловічому статевому органі до 24 годин	1,712	0,3082	
M04	Операції на яєчках	0,754		0,0894
M04-01	Операції на яєчках до 24 годин	0,754		
M05	Обрізання	0,636		
M05-01	Обрізання до 24 годин	0,636		
M06	Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи	1,947		2,747
M06-01	Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи до 24 годин	1,947		
M40	Цистоуретроскопія при захворюваннях органів чоловічої репродуктивної системи	0,197		

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
M40-01	Цистоуретроскопія при захворюваннях органів чоловічої репродуктивної системи до 24 годин	0,197		
M60	Злоякісні захворювання органів чоловічої репродуктивної системи	0,845		
M61	Доброякісна гіпертрофія передміхурової залози	0,555		
M62	Запалення органів чоловічої репродуктивної системи	0,6	0,186	
M64	Інші розлади чоловічої репродуктивної системи	0,302		
N01	Евісцерація органів малого таза і радикальна вульвектомія	2,984		
N04	Гістеректомія при доброякісних новоутвореннях	1,742		
N05	Оофоректомія та комплексні операції на фаллопієвих трубах при доброякісних новоутвореннях	1,426		
N06	Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи	1,331		1,1235
N06-01	Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи до 24 годин	1,331		
N07	Інші операції на матці і придатках матки при доброякісних новоутвореннях	0,816	0,0898	0,4363

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
N08	Ендоскопічні і лапароскопічні операції на органах жіночої репродуктивної системи	1,269	0,2157	
N08-01	Ендоскопічні і лапароскопічні операції на органах жіночої репродуктивної системи до 24 годин	1,269	0,2157	
N09	Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах	0,642	0,2183	0,4362
N09-01	Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах до 24 годин	0,642	0,2183	
N10	Діагностичне вишкрібання та діагностична гістероскопія	0,304		
N10-01	Діагностичне вишкрібання та діагностична гістероскопія до 24 годин	0,304		
N11	Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи	1,332		1,1844
N11-01	Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи до 24 годин	1,332		
N12	Операції на матці і придатках матки при злоякісних новоутвореннях	2,177		
N12-01	Операції на матці і придатках матки при злоякісних новоутвореннях до 24 годин	2,177		

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
N60	Злоякісні новоутворення жіночої репродуктивної системи	1,326	0,5072	
N61	Інфекції жіночої репродуктивної системи	0,447	0,1207	
N62	Менструальні та інші розлади жіночої репродуктивної системи	0,289	0,1907	
O03	Позаматкова вагітність	1,003		
O04	Післяпологовий і післяабортний період із загальними втручаннями	1,363		
O04-01	Післяпологовий і післяабортний період із загальними втручаннями до 24 годин	1,363		
O05	Аборт із загальними втручаннями	0,375		
O05-01	Аборт із загальними втручаннями до 24 годин	0,375		
O61	Післяпологовий і післяабортний період без загальних втручань	0,61		
O63	Аборт без загальних втручань	0,303		
O66	Аntenатальна та інша акушерська госпіталізація	0,308	0,0585	
O67	Пологи	0,956		
P69	Неонатальна допомога	1,293		
Q01	Спленектомія	3,255		0,776

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
Q02	Порушення з боку системи кровотворення та імунної системи з іншими загальними втручаннями	2,248	0,4271	3,3165
Q60	Розлади системи моноклеарних фагоцитів та імунної системи	0,919	0,919	
Q61	Захворювання, пов'язані з еритроцитами	0,473	0,473	
Q62	Розлади коагуляції	1,2	0,648	
R01	Лімфома та лейкомія із значними загальними втручаннями	3,479		
R02	Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями	1,778		
R03	Лімфома та лейкомія з іншими загальними втручаннями	3,258	2,02	
R04	Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями	0,837	0,1339	
R60	Гостра лейкомія	2,69	2,3134	
R61	Лімфома і хронічна лейкомія	1,185	1,1850	
R62	Інші неопластичні захворювання	1,083	0,7906	
R63	Хіміостационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,21	0,0567	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
T01	Інфекційні і паразитарні захворювання із загальними втручаннями	3,579	1,9327	
T40	Інфекційні і паразитарні захворювання, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень	3,339	0,601	
T60	Септицемія	2,423	0,7024	
T61	Післяопераційні інфекції	0,98	0,4704	
T62	Лихоманка невідомого генезу	0,592	0,0592	
T63	Вірусні захворювання	0,538	0,1022	
T64	Інші інфекційні та паразитарні захворювання	2,347	0,3051	
U40	Лікування психічних розладів за допомогою електросудомної терапії	0,186		
U60	Лікування психічних розладів без електросудомної терапії	0,07	0,07	
U61	Шизофренія	1,435		
U62	Параноя і гострі психотичні розлади	1,422		
U63	Складні афективні розлади	1,239	1,1027	
U64	Інші афективні і соматоформні розлади	0,629	0,5158	
U65	Тривожні розлади	0,604	0,5013	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
U66	Розлади харчової поведінки та obsесивно-компульсивні розлади	0,517	0,1034	
U67	Розлади особистості і гострі реакції на стрес	0,445	0,3649	
U68	Розлади психіки у дітей	0,775	0,4883	
V60	Алкогольна інтоксикація та абстиненція	1,05		
V61	Наркотична інтоксикація та абстиненція	1,39		
V62	Зловживання алкоголем та алкогольна залежність	2,1		
V63	Вживання і залежність від опіоїдів	1,68		
V64	Вживання і залежність від інших наркотиків та речовин	1,78		
W01	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах	9,841		13,2317
W02	Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах	5,367		5,2989
W03	Абдомінальні операції при множинних значних травмах	4,834		0,4008
W04	Множинні значні травми з іншими загальними втручаннями	5,802		3,6016
W60	Пацієнти з множинними значними травмами, переведені до відділення інтенсивної терапії (від	2,95		

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
	перелому до переведення у відділення інтенсивної терапії минуло менше п'яти днів)			
W61	Множинні значні травми без загальних втручань	2,257	0,3837	
X02	Мікрovasкулярні пересадки тканин та шкіри при пошкодженнях кисті	3,473	0,7641	1,1671
X04	Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок	1,982		2,0864
X04-01	Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок до 24 годин	1,982		
X05	Інші операції при пошкодженні кисті	1,557	0,0934	0,2
X05-01	Інші операції при пошкодженні кисті до 24 годин	1,557	0,0934	0,2
X06	Інші операції при інших пошкодженнях	1,887	0,9435	2,2669
X06-01	Інші операції при інших пошкодженнях до 24 годин	1,887	0,9435	
X07	Пересадки шкіри при пошкодженнях, крім кистей	4,224		3,3172
X40	Травми, отруєння та інтоксикація в результаті споживання наркотиків або речовин із застосуванням вентиляції	1,063		3,0213
X60	Травми	0,934	0,5044	
X61	Алергічні реакції	0,268	0,0188	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
X62	Отруєння/інтоксикація в результаті споживання наркотиків та інших речовин	0,458	0,0962	
X63	Ускладнення в результаті лікування	0,712	0,2634	
X64	Інші пошкодження, отруєння та інтоксикації	0,541	0,1948	
Y01	Вентиляція, що здійснювалася 96 годин і більше, або трахеостомія при опіках, або загальні втручання при важких глибоких опіках	34,535		4,329
Y02	Пересадки шкіри при інших опіках	4,5	0,54	5,0501
Y03	Інші загальні втручання при інших опіках	2,27		0,14
Y60	Пацієнти з опіками, переведені до відділення інтенсивної терапії (госпіталізація менше п'яти днів)	1,429		
Y61	Важкі опіки	3,729	0,7085	
Y62	Інші опіки	1,337	1,2167	
Z01	Інші звернення до органів охорони здоров'я щодо загальних втручань	1,639	0,295	
Z40	Інші звернення до органів охорони здоров'я щодо ендоскопії	0,159	0,1495	
Z65	Вроджені аномалії і проблеми, що діагностуються після неонатального періоду	1,797	0,4493	

Діагностично- споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям	Додатковий коефіцієнт за лікування травм
Z66	Порушення сну	0,154	0,0909	
801	Загальні втручання, не пов'язані з основним діагнозом	1,337	0,6952	

КОЕФІЦІЄНТИ

кардіохірургічних діагностично-споріднених груп для пакета медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, передбачених у підпункті 13 пункту 36 та підпункті 16 пункту 38 глави 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт за діагностично-спорідненими групами	Додатковий коефіцієнт за допомоги дітям
F01A	Імплантація та заміна автоматичного імплантованого кардіовертера-дефібрилятора, всієї системи, висока складність	14,564	
F01B	Імплантація та заміна автоматичного імплантованого кардіовертера-дефібрилятора, всієї системи, низька складність	12,02	
F02Z	Інші процедури, пов’язані з автоматичним імплантованим кардіовертером-дефібрилятором	8,568	
F03A	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу та з проведенням інвазивного обстеження серця, висока складність	28,094	
F03B	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу та з проведенням інвазивного обстеження серця, низька складність	22,593	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт за діагностично-спорідненими групами	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям
F04A	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу без проведення інвазивного обстеження серця, висока складність	28,178	6,4809
F04B	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу без проведення інвазивного обстеження серця, помірна складність	19,842	
F04C	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу без проведення інвазивного обстеження серця, низька складність	15,596	0,7798
F05A	Коронарне шунтування з проведенням інвазивного обстеження серця, висока складність	23,541	
F05B	Коронарне шунтування з проведенням інвазивного обстеження серця, низька складність	20,13	
F06A	Коронарне шунтування без проведення інвазивного обстеження серця, висока складність	22,192	
F06B	Коронарне шунтування без проведення інвазивного обстеження серця, помірна складність	15,786	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт за діагностично-спорідненими групами	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям
F06C	Коронарне шунтування без проведення інвазивного обстеження серця, низька складність	14,639	
F07A	Інші кардіоторакальні/судинні операції з використанням апарата штучного кровообігу, висока складність	28,067	2,2454
F07B	Інші кардіоторакальні/судинні операції з використанням апарата штучного кровообігу, помірна складність	21,151	1,2691
F07C	Інші кардіоторакальні/судинні операції з використанням апарата штучного кровообігу, низька складність	15,595	
F08A	Реконструкція великих судин без використання апарата штучного кровообігу, висока складність	24,149	
F08B	Реконструкція великих судин без використання апарата штучного кровообігу, помірна складність	18,876	
F08C	Реконструкція великих судин без використання апарата штучного кровообігу, низька складність	9,656	
F09A	Інші кардіоторакальні операції без використання апарата штучного кровообігу, висока складність	10,238	

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт за діагностично-спорідненими групами	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям
F09B	Інші кардіоторакальні операції без використання апарата штучного кровообігу, низька складність	7,729	
F10A	Інтервенційні коронарні втручання, які виконуються при гострому інфаркті міокарда, висока складність	7,06	
F10B	Інтервенційні коронарні втручання, які виконуються при гострому інфаркті міокарда, низька складність	4,331	
F12A	Імплантація та заміна електрокардіостимулятора, всієї системи, висока складність	9,519	
F12B	Імплантація та заміна електрокардіостимулятора, всієї системи, низька складність	6,519	
F14A	Судинні операції, крім реконструкції великих судин, без використання апарата штучного кровообігу, висока складність	12,377	6,0647
F14B	Судинні операції, крім реконструкції великих судин, без використання апарата штучного кровообігу, помірна складність	7,215	1,5873
F14C	Судинні операції, крім реконструкції великих судин, без використання апарата штучного кровообігу, низька складність	5,237	1,4664

Діагностично-споріднені групи	Назва медичної послуги	Ваговий коефіцієнт за діагностично-спорідненими групами	Додатковий коефіцієнт за допомогу дітям
F17A	Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора, висока складність	5,887	
F17B	Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора, низька складність	4,105	
F18Z	Інші процедури з електрокардіостимулятором	5,927	
F19A	Транссудинні перкутанні втручання на серці, висока складність	22,36	
F19B	Транссудинні перкутанні втручання на серці, низька складність	11,895	4,2822
F22Z	Введення штучного серцевого приладу	85,3	
F24A	Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда, висока складність	6,691	
F24B	Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда, низька складність	4,073	2,7884
F25A	Перкутанна заміна серцевого клапана біопротезом, висока складність	39,286	
F25B	Перкутанна заміна серцевого клапана біопротезом, низька складність	29,286	

КОЕФІЦІЄНТ
збалансованості бюджету

Коефіцієнт збалансованості бюджету для пакетів медичних послуг, визначених у главі 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році (далі — Порядок), розраховується за такою формулою:

$$BRC_{\text{plan}} = (Bud_{\text{total}} - Bud_{\text{gb}} - DRG_{\text{fact}}) / DRG_{\text{plan}},$$

де BRC_{plan} — коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного періоду;

Bud_{total} — обсяг бюджетних асигнувань, передбачений для оплати медичних послуг, що включені до відповідних пакетів медичних послуг, визначених у главі 3 розділу II Порядку;

Bud_{gb} — загальний обсяг глобальних бюджетів, передбачених за всіма договорами за пакетами медичних послуг, визначеними у главі 3 розділу II Порядку;

DRG_{fact} — сума добутків кількості фактично наданих медичних послуг, що віднесені до відповідного пакета медичних послуг за кожним договором у попередніх звітних періодах, базової ставки та відповідних коригувальних коефіцієнтів, визначених у главі 3 розділу II Порядку;

DRG_{plan} — сума добутків кількості запланованих медичних послуг за кожним договором у майбутніх звітних періодах, базової ставки та відповідних коригувальних коефіцієнтів, визначених у главі 3 розділу II Порядку.

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 31 грудня 2025 р. № 1808

ЗМІНИ,
що вносяться до постанов
Кабінету Міністрів України

1. У постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528; 2024 р., № 104, ст. 6637):

1) у пункті 1¹ цифри і слова “31 грудня 2025 року” замінити цифрами і словами “31 грудня 2026 року”;

2) доповнити постанову пунктом 1² такого змісту:

“1². Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, у частині реєстрації надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) не поширюються на заклади охорони здоров’я, які визначені Міністерством охорони здоров’я та укладають з Національною службою здоров’я договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо надання медичної допомоги дітям-сиротам і дітям, позбавленим батьківського піклування, а також дітям з фізичними та/або інтелектуальними порушеннями від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років, які потребують лікування та постійного спостереження, зокрема:

комунальний заклад Київської обласної ради “Спеціалізований обласний будинок дитини м. Біла Церква” (код згідно з ЄДРПОУ 03066940);

комунальний заклад Київської обласної ради “Спеціалізований обласний будинок дитини м. Боярка” (код згідно з ЄДРПОУ 01994681);

комунальна установа “Запорізький обласний спеціалізований будинок дитини “Сонечко” Запорізької обласної ради (код згідно з ЄДРПОУ 05499139).”.

2. Пункти 6 і 7 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45,

ст. 1570; 2020 р., № 2, ст. 59; 2023 р., № 100, ст. 5967), викласти в такій редакції:

“6. НСЗУ щороку до 31 серпня року подає умови закупівлі та специфікації на наступний бюджетний рік на погодження МОЗ.

Уповноважена особа МОЗ розглядає подані НСЗУ умови закупівлі та специфікації і протягом 30 календарних днів з дати їх отримання погоджує або у разі потреби подає до них пропозиції.

У разі подання МОЗ пропозицій НСЗУ доопрацьовує умови закупівлі та/або специфікації з урахуванням пропозицій та повторно надсилає МОЗ на погодження. Уповноважена особа МОЗ погоджує доопрацьовані умови закупівлі та/або специфікації протягом десяти календарних днів з дати їх отримання від НСЗУ.

У разі коли МОЗ не надано погодження або пропозицій у передбачені цим пунктом строки, умови закупівлі та специфікації вважаються погодженими та підлягають застосуванню НСЗУ під час формування оголошення про укладення договору на надання окремих медичних послуг або груп (пакетів) медичних послуг (далі — оголошення) та проекту договору.

7. Внесення змін до умов закупівлі та специфікацій здійснюється шляхом подання їх нової редакції до МОЗ на погодження.

Уповноважена особа МОЗ розглядає подану НСЗУ нову редакцію умов закупівлі та/або специфікації та протягом десяти календарних днів з дати її отримання погоджує або у разі потреби подає до неї пропозиції. Доопрацювання та погодження нової редакції умов закупівлі та/або специфікації здійснюється відповідно до абзаців третього і четвертого пункту 6 цього Порядку.”.

3. У підпункті 1¹ пункту 1 постанови Кабінету Міністрів України від 13 січня 2023 р. № 28 “Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров’я” (Офіційний вісник України, 2023 р., № 9, ст. 644, № 51, ст. 2845; 2024 р., № 21, ст. 1351):

в абзаці першому цифри і слова “31 грудня 2025 року” замінити цифрами і словами “31 грудня 2026 року”;

в абзаці п’ятому цифри “9000” замінити цифрами “10000”;

в абзаці дев’ятому цифри “8000” замінити цифрами “9000”.

4. У пункті 6 постанови Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 11, ст. 668; 2025 р., № 8, ст. 639) цифри і слово “2026 року” замінити цифрами і словом “2027 року”.

5. У постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295 “Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 104, ст. 6637; 2025 р., № 8, ст. 639, № 20, ст. 1316):

1) в абзаці першому пункту 1¹ та пункті 3 цифри і слова і “31 грудня 2025 року” замінити цифрами і словами “31 грудня 2026 року”;

2) у додатку до постанови:

розділ “Заклади охорони здоров’я МОЗ” викласти в такій редакції:

“Заклади охорони здоров’я МОЗ

Державний заклад “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров’я України”	24932429
---	----------

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня “Центр мікрохірургії ока”	05389534
--	----------

Державна установа “Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров’я України”	26385055
---	----------

Державна установа “Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров’я України”	03191673”;
---	------------

доповнити додаток розділом такого змісту:

“Заклади освіти МОН

Київський національний університет імені Тараса Шевченка	02070944”.
--	------------

6. У Порядку проведення прицільної медичної евакуації осіб із складових сектору безпеки і оборони, які отримали поранення, травми, захворювання у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 4 червня 2025 р. № 637 (Офіційний вісник України, 2025 р., № 53, ст. 3680):

1) абзац другий пункту 2 після слів “забезпечують координацію бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги” додати слова “центру та”;

2) абзац перший пункту 13 викласти в такій редакції:

“13. Центр самостійно або через відповідний обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф інформує координатора про необхідність забезпечити транспортування пораненої/постраждалої особи, а також передає контактну інформацію бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, яка здійснюватиме транспортування пораненої/постраждалої особи.”;

3) пункт 16 після слів “екстреної (швидкої) медичної допомоги” доповнити словами “центру та/або”;

4) перше речення абзацу першого пункту 17 після слів “бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги” доповнити словами “центру та/або”.
