

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 24 грудня 2024 р. № 1503

ПОРЯДОК
реалізації програми державних гарантій медичного
обслуговування населення у 2025 році

I. Загальна частина

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі — програма медичних гарантій) у 2025 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 роздрібною торгівлю 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 — коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності пролікованих випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації в рамках однієї діагностично-спорідненої групи відносно загальної середньої вартості профілактики, діагностики, лікування та реабілітації клінічного випадку в умовах стаціонару;

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

профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації 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, Законах України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, “Про ліцензування видів господарської діяльності” та інших актах законодавства.

4. Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, що пов'язані з наданням за принципами екстериторіальності та нейтральності бюджету екстреної, 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.

5. У межах програми медичних гарантій НСЗУ 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), з урахуванням постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2024 р. № 1380 “Деякі питання доступності лікарських засобів, що підлягають реімбурсації у 2025 році”, 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 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 2025 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.

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

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, Державній спеціальній службі транспорту та Національній гвардії;

оплачені за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, та не передбачені договором. Інформація про такі медичні послуги 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) 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 24, 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 24, або 27, або 29 і 30, або 37—39 розділу II цього Порядку.

У разі коли надавач медичних послуг надає медичні послуги, що віднесені до пакета медичних послуг зазначеного у главі 7 розділу II цього Порядку, тривалістю менше п'яти днів, що закінчується випискою із покращенням, або наявні повторні випадки госпіталізації в межах одного закладу охорони здоров'я, розрахунок вартості медичних послуг здійснюється в рамках пакета медичних послуг, зазначеного у главі 3 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 договором надавачам медичних послуг за главою 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 наказом Мініреінтеграції, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не було визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп I03, I04, I05, I31, I32, I33, а також не враховує їх під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які відсутні в переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з безоплатного ендопротезування суглобів, затвердженого наказом МОЗ (крім закладів охорони здоров'я державної форми власності).

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

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 тринадцятого 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—42 розділу II цього Порядку, які надаються закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, місця надання послуг яких розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінреінтеграції, з дати початку тимчасової окупації, 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 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;

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 29 розділу II цього Порядку, — лише ті послуги, що надавалися сукупно не менше 14 днів (у тому числі не підряд) протягом року в амбулаторних та/або стаціонарних умовах (не менше п'яти календарних днів поспіль), крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначеного 14 дня;

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 (CP3 та/або CP4) обмежується двома циклами на рік, 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), 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 (CP3 та/або CP4) 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 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 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 наказом Мінреінтеграції, та протягом місяця, що настає за місяцем завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

НСЗУ оплачує медичні послуги з функціонування експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, які включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3, 22, 24, 33, 36 розділу II цього Порядку, виключно за одним з визначених пакетів медичних послуг.

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 укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 1 розділу II цього Порядку, строком на шість місяців один раз протягом календарного року із закладами охорони здоров’я, які визначені кластерними в спроможній мережі закладів охорони здоров’я та надають медичні послуги, зазначені у главі 8 цього Порядку.

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.

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.

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 укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 28 розділу II цього Порядку, строком на шість місяців один раз протягом календарного року 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 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.

НСЗУ укладає договори 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 та/або трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, які надають медичні послуги за пакетами медичних послуг, зазначеними у главах 38, 39 розділу II цього Порядку.

Для розрахунку запланованої вартості медичних послуг для договорів, що діють з 1 березня або пізніше, із закладами охорони здоров'я, які розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінреінтеграції, та мали договір згідно з главою 36 розділу II цього Порядку щодо надання медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главі 3 розділу II цього Порядку, використовуються дані щодо кількості наданих медичних послуг протягом трьох місяців до дати подання пропозиції, які містяться в електронній системі охорони здоров'я.

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 главі 3 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—42 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, місця надання послуг яких на момент подання пропозиції розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінреінтеграції.

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 пропозиції 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 наказом Мінреінтеграції;

які за місцем надання послуги на дату подання пропозиції розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінреінтеграції;

які змінили щонайменше одне місце надання послуг після 24 лютого 2022 р., яке розташоване на територіях, включених до переліку територій,

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

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 2024 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 наказом Мініреінтеграції, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

14. Для визначення запланованої кількості медичних послуг на 2025 рік використовуються дані, які містяться в електронній системі охорони здоров’я, щодо кількості наданих медичних послуг у 2024 році (у тому числі надавачами медичних послуг, які припинені або припиняються шляхом реорганізації (приєднання), майно яких передано в оперативне управління 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 в оперативне управління майно такого закладу охорони здоров’я, що припиняється), які включені до пакетів медичних послуг, що аналогічні тим, що включені до договорів, за якими оплачувалися медичні послуги протягом 2024 року, якщо інше не визначено цим Порядком. У разі коли суб’єкт господарювання надавав відповідні медичні послуги протягом 2024 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).

15. У разі коли загальна вартість медичних послуг за місяць за всіма договорами вища, ніж обсяг бюджетних асигнувань, запланованих на відповідний період за відповідним пакетом медичних послуг, несплачений залишок підлягає сплаті НСЗУ в наступних звітних періодах у межах загальної суми бюджетних асигнувань, затверджених кошторисом, у частині, пропорційній до суми таких залишків за всіма договорами. При цьому оплата несплаченого залишку здійснюється за тарифом із застосуванням коригувальних коефіцієнтів, що діяли в періоді, протягом якого відповідні медичні послуги надавалися.

16. У разі реорганізації юридичної особи — надавача медичних послуг шляхом приєднання до завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за надані медичні послуги за відповідними пакетами медичних послуг закладу охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно 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.

Запланована вартість медичних послуг, що надаються згідно з договором із закладом охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно та до якого переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), на період починаючи з дня передачі такого майна в оперативне управління 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

припиняється, та юридичною особою, до якої здійснюється приєднання, за умови попереднього письмового повідомлення НСЗУ про намір надавати такі медичні послуги закладом охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно та до якого переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), та підтвердження його відповідності умовам закупівлі та специфікації за відповідними пакетами та умови, що заклад (заклади) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), не заперечує (не заперечують) проти надання таких послуг закладом охорони здоров'я, до якого здійснюється приєднання. 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 необхідні для надання таких послуг відповідно до умов договору, та передачею майна закладу в оперативне управління, 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.

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 за відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом.

17. За результатами аналізу інформації в електронній системі охорони здоров'я щодо змін обсягу фактично наданих медичних послуг порівняно з обсягом, запланованим 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.

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 844,4 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) сільський коефіцієнт, який становить 1,2 (у разі, коли медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються за місцями провадження господарської діяльності, які розташовані у сільських населених пунктах, визначених частиною п’ятою статті 1 Закону України “Про порядок вирішення окремих питань адміністративно-територіального устрою України” та віднесених до територій активних бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мініреінтеграції);

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”).

До базової капітаційної ставки застосовується один найбільший з коригувальних коефіцієнтів (або гірський, або сільський).

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 територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мініреінтеграції.

Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.

До базової капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта (для пацієнтів до 18 років застосовується з 1 березня 2025 р.), що подав

декларацію, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо такий пацієнт не має статусу “успішна верифікація” в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров’я.

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 110 відсотків ліміту плюс одна декларація до 120 відсотків ліміту включно	0,493
Від 120 відсотків ліміту плюс одна декларація до 130 відсотків ліміту включно	0,37
Від 130 відсотків ліміту плюс одна декларація до 140 відсотків ліміту включно	0,246
Від 140 відсотків ліміту плюс одна декларація до 150 відсотків ліміту включно	0,123

Медичні послуги, надані за деклараціями, поданими після досягнення 150 відсотків ліміту плюс одна декларація, НСЗУ не оплачуються.

До розрахунку загальної кількості декларацій лікаря не включаються декларації пацієнтів, записи про яких в Реєстрі пацієнтів електронної системи охорони здоров’я за результатом проведеної верифікації з Державним реєстром фізичних осіб — платників податків мають статус верифікації “неуспішна 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 наказом Мінреінтеграції.

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.

24. Запланована вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, визначається за даними 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 2024 р., 1/12 базової капітаційної ставки, кількості місяців строку дії договору, коригувального коефіцієнта кожної вікової групи пацієнтів. Кількість поданих декларацій не може перевищувати суми добутків лімітів лікарів відповідно до їх спеціальності та кількості лікарів відповідної спеціальності в цього надавача медичних послуг згідно з даними електронної системи охорони здоров'я на 1 число місяця подання пропозицій;

для надавачів медичних послуг, що не мають поданих пацієнтами декларацій на 1 грудня 2024 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 – (Кзв/Кд),

де зв — загальна кількість пацієнтів, що мають декларацію та зверталися за медичною допомогою до надавача медичних послуг протягом останніх трьох років;

Кд — 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, 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 в 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, протягом яких в 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 2024 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;

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 2024 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 всіх закладів відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я), $1/12$ 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

віділу, 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 віділу.

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.

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 імунізацією згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ, середній рівень по країні за визначений період 2024 року плюс 20 відсотків для кожного окремого захворювання, для категорії 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 2024 року плюс 20 відсотків для кожного окремого захворювання (для дітей до шести років (включно)).

Перша оцінка досягнення індикатора здійснюється станом на 1 червня. Для оцінки, яка проводиться станом на 1 червня 2025 р., застосовується відношення, де:

чисельником є кількість дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2019 р. до 28 лютого 2025 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 2019 р. до 28 лютого 2025 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 червня 2025 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 2019 р. до 28 лютого 2025 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 червня 2025 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.

28. Один раз на рік НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині рівня охоплення оглядами осіб вікових груп 40—64 роки та 65 років і старше з гіпертонічною хворобою, іншими серцево-судинними захворюваннями, осіб з цукровим діабетом.

Для рівня охоплення оглядами осіб вікових груп 40—64 роки та 65 років і старше розмір доплати розраховується як добуток суми вартості медичних послуг за 11 місяців, що передують періоду оцінки, і місяць, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення профілактичних оглядів за відповідний період, який становить 0,025, протягом строку дії договору.

Індикатор вважається досягнутим, якщо станом на дату проведення оцінки відсоток осіб визначених вікових груп із відповідними захворюваннями, які мали декларації протягом періоду проведення оцінки та яким надано послуги в повному обсязі, серед загальної кількості усіх задекларованих осіб даних вікових груп становить середній рівень по країні за визначений період 2024 року плюс 10 відсотків (кожний з двох

показників), що входить в індикатор. Оцінка проводиться станом на 1 грудня 2025 року.

Для проведення оцінки вікової групи 40—64 роки застосовується відношення, де:

чисельником є кількість осіб вікової групи 40—64 роки, які за останніх 12 місяців (грудень 2024 р. плюс 11 місяців 2025 р.) мали хоча б один візит з причиною звернення “А98 Підтримання здоров’я/ профілактика”, а також щонайменше одне вимірювання індексу маси тіла, окружності талії, артеріального тиску та визначення рівня глюкози і холестерину;

знаменником є загальна кількість осіб вікової групи 40—64 роки, які мали протягом останніх 12 місяців або мають декларацію з лікарем, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 грудня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я і мали щонайменше один візит для отримання послуг з первинної медичної допомоги за останніх 12 місяців.

Для проведення оцінки вікової групи 65 років і старше застосовується відношення, де:

чисельником є кількість осіб вікової групи 65 років і старше, які за останніх 12 місяців (грудень 2024 р. плюс 11 місяців 2025 р.) мали хоча б один візит з причиною звернення “А98 Підтримання здоров’я/ профілактика”, а також щонайменше одне вимірювання індексу маси тіла і артеріального тиску та визначення рівня глюкози і холестерину;

знаменником є загальна кількість осіб вікової групи 65 років і старше, які мали протягом останніх 12 місяців або мають декларацію з лікарем, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 грудня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я і мали щонайменше один візит для отримання послуг з первинної медичної допомоги за останніх 12 місяців.

29. 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

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

31. Тариф на медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка, яка розраховується на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, протягом року, яка становить 306,3 гривні на рік.

32. До базової капітаційної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) за готовність надавати медичні послуги з екстреної медичної допомоги в населених пунктах на територіях, що віднесені до територій можливих бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мініреінтеграції, який становить 1,1 (застосовується до кількості населення відповідних населених пунктів, визначених МОЗ);

2) за готовність надавати медичні послуги з екстреної медичної допомоги в населених пунктах на територіях, що віднесені до територій активних бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мініреінтеграції, який становить 1,26 (застосовується до кількості населення відповідних населених пунктів, визначених МОЗ);

3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 (застосовується до кількості населення відповідних населених пунктів у разі, коли медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги надаються в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”).

33. Запланована вартість медичних послуг з надання екстреної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/12$ глобальної ставки з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів, кількості місяців строку дії договору, чисельності 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 2024 р., крім населення, яке проживає на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мініреінтеграції

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 2024 р. згідно з інформацією про оплату та

витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за грудень 2024 р., поданою відповідно до договору, який діяв у 2024 році, перевищує загальну суму нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску за 2024 рік згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень — грудень 2024 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 2025 р., відповідно до договору.

Якщо залишок коштів на поточному та інших (вкладних (деPOSITНИХ) тощо) рахунках станом на 1 квітня, 1 липня та 1 жовтня 2025 р. згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за відповідні звітні періоди перевищує загальну суму нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску за 2024 рік згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень — грудень 2024 р., запланована вартість договору залишається на рівні 1 гривні на місяць.

34. Фактична вартість медичних послуг з надання екстреної медичної допомоги за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює добутку $1/12$ глобальної ставки з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів та чисельності 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 2024 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 наказом Мінреінтеграції.

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

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

35. 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.

36. Глобальна ставка на місяць встановлюється як сума добутків середньомісячної кількості унікальних пацієнтів за кожною діагностично-спорідненою групою з урахуванням коригувальних коефіцієнтів (при значенні менше 1 застосовується 0) за квітень — вересень 2024 р., крім тих, оплата за які здійснюється за іншими пакетами медичних послуг, визначеними в цьому розділі, базової ставки на пролікований випадок та відповідних вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп, значення яких наведені в додатках 1 і 3.

37. До глобальної ставки на місяць застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) коефіцієнт частки застосування глобальної ставки протягом періоду з 1 січня до 31 грудня 2025 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) коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить 1,1 і застосовується до коригувальних коефіцієнтів діагностично-споріднених груп з переліку, тривалість лікування яких перевищує референтний показник, 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”).

Перелік діагностично-споріднених груп, до яких застосовується даний коригувальний коефіцієнт, формується за даними електронної системи охорони здоров'я і включає діагностично-споріднені групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за значення 75 перцентилів, розраховане за усіма діагностично-спорідненими групами у період квітень — вересень 2024 року.

Референтний показник розраховується шляхом визначення середнього значення тривалості лікування пролікованих випадків для кожної діагностично-спорідненої групи за період квітень — вересень 2024 р. в цілому за всіма надавачами медичних послуг, помноженого на 3 (за умови середньої тривалості до 15 діб) та на 1,5 (за умови середньої тривалості більше 15 діб);

5) 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;

6) коефіцієнт 0,6 — до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп з переліку (медіанне значення тривалості лікування більше семи діб) тривалістю лікування п’ять діб та менше або одна доба (застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”).

Перелік діагностично-споріднених груп, до яких застосовується такий коефіцієнт, формується за даними електронної системи охорони здоров’я і включає діагностично-споріднені групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за медіанне значення тривалості лікування, розраховане за усіма діагностично-спорідненими групами у період квітень — вересень 2024 року.

38. 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.

39. Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць становить 92 360,1 гривні за кожну таку команду, яка функціонує в закладі охорони здоров’я, але не більше 333 тис. гривень на місяць для одного закладу охорони здоров’я.

40. До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) коефіцієнт частки застосування ставки на пролікований випадок з 1 січня до 31 грудня 2025 р, який становить 0,55;

2) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал у порядку, визначеному в додатку 2. Станом на 1 січня 2025 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 надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, в якому надаються медичні послуги, що передбачені пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”;

6) коефіцієнт 0,8 для пролікованих випадків планової медичної допомоги в рамках пакета 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;

7) коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить 1,1 і застосовується до коригувальних коефіцієнтів діагностично-споріднених груп з переліку, тривалість лікування за якими перевищує референтний показник, 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”).

Перелік діагностично-споріднених груп, до яких застосовується даний коригувальний коефіцієнт, формується за даними електронної системи охорони здоров'я і включає діагностично-споріднені групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за значення 75 перцентилів, розраховане за усіма діагностично-спорідненими групами і усіма надавачами медичних послуг у період квітень — вересень 2024 р., перегляд

періоду протягом 2025 року здійснюється відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ.

Референтний показник розраховується шляхом визначення середнього значення тривалості лікування пролікованих випадків для кожної діагностично-спорідненої групи за період квітень — вересень 2024 р. в цілому за всіма надавачами медичних послуг, помноженого на 3 (за умови середньої тривалості до 15 діб) та на 1,5 (за умови середньої тривалості 15 діб та більше);

8) за умови виконання двох або більше операцій (множинні або чисельні операції в рамках одного пролікованого випадку), що включені до відповідних діагностично-споріднених груп, застосовується підхід, що включає оплату кількох операцій (комбінація кодів, не більше чотирьох) із застосуванням відповідних вагових коефіцієнтів, визначених додатком 3 (для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком МОЗ (застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” та “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”));

9) за умови проведення діалізу (код 87238-2) при гострих станах відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ, з внесенням відповідних електронних записів до електронної системи охорони здоров'я, в рамках одного пролікованого випадку застосовується підхід, що включає, зокрема, оплату даних інтервенцій з коефіцієнтом 0,343 від базової ставки на добу (для надавачів медичних послуг, до яких застосовується коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком МОЗ) (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування за пролікований випадок);

10) за умови виконання хірургічних втручань, пов'язаних з виконанням інтервенцій, визначених алгоритмами та правилами НСЗУ, та внесенням відповідних електронних записів до електронної системи охорони здоров'я в рамках одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, застосовується підхід, при якому відповідний ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи (додаток 1) множиться на коефіцієнт 1,2 (застосовується для надкластерних закладів охорони здоров'я, закладів Національної академії медичних наук, Національної академії наук, Державного управління справами, МОЗ);

11) коефіцієнт 0,6 до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп з переліку (середнє значення тривалістю лікування більше семи діб) тривалістю лікування п'ять діб та менше або одна доба.

Перелік діагностично-споріднених груп встановлюється за даними електронної системи охорони здоров'я і включає діагностично-споріднені

групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за медіанне значення тривалості лікування, розраховане за період квітень — вересень 2024 р. за усіма діагностично-спорідненими групами;

12) коефіцієнт 0,1 (за одну добу лікування протягом перших семи днів лікування у відділенні інтенсивної терапії), 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 протягом однієї доби лікування у відділенні інтенсивної терапії (код 74200-7, тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії) (для надкластерних 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 (за добу);

13) коефіцієнт 0,05 (за одну добу лікування протягом перших семи днів лікування у відділенні інтенсивної терапії), що додається до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп (крім діагностично-споріднених груп з інвазивною вентиляцією) за пролікований випадок з лікуванням у відділенні інтенсивної терапії протягом однієї доби лікування у відділенні інтенсивної терапії для кластерних закладів охорони здоров'я (за добу), коефіцієнт застосовується для закладів, у відділенні інтенсивної терапії яких 20 відсотків і більше пацієнтів перебували на штучній вентиляції легень (за добу).

41. 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 “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

42. Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць становить 92 360,1 гривні за кожну таку команду, яка функціонує в закладі охорони здоров'я, але не більше 333 тис. гривень на місяць для одного закладу охорони здоров'я.

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

глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнтів, передбачених підпунктами 2, 3, 5, 6 пункту 37 цього Порядку, кількості місяців строку дії договору (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування глобальної ставки);

глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнта, передбаченого підпунктом 4 пункту 37 цього Порядку (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування глобальної ставки), та кількості місяців строку дії договору для надавачів медичних послуг, визначених переліком МОЗ, для надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям;

вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи та кількості місяців строку дії договору.

44. 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 37 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 та коефіцієнтів, передбачених пунктами 37 і 40 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 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 начальником (керівником) обласної, Київської міської держадміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

45. 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 на місяць на одну команду, яка функціонує в закладі охорони здоров’я.

Глава 4. Медична допомога при гострому мозковому інсульті

46. 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 показниками:

кількість пролікованих пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі, за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. становить 70 та більше;

частка проведення системної тромболітичної терапії становить не менше ніж 2 відсотки усіх пролікованих пацієнтів із ішемічним інсультом за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

Індикаторні показники не застосовуються щодо закладів охорони здоров'я:

розташованих 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 2024 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 наказом Мінреінтеграції;

розташованих на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінреінтеграції, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

державної форми власності;

які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, та здійснили п'ять ендovasкулярних 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);

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

пролікували більше випадків з тромболітичною терапією за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

47. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 131472 гривні за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням ендovasкулярних втручань, 62565 гривень за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням тромболітичної терапії, 15643 гривні за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті без застосування ендovasкулярних втручань або тромболітичної терапії.

Ставка на пролікований випадок за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням ендovasкулярних втручань включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі.

48. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків 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.

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 2024 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 2024 року).

49. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків відповідної ставки на

пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

Глава 5. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда

50. 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 2024 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 2024 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 наказом Мінреінтеграції, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату 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 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).

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 2024 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 наказом Мінреінтеграції, 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 2024 року.

51. 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.

52. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків 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 2024 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 2024 року).

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

Глава 6. Медична допомога при пологах

54. 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 жовтня 2024 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 наказом Мінреінтеграції, 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 наказом Мінреінтеграції, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

закладів охорони здоров'я, які мали договір за пакетом медичних послуг “Медична допомога при пологах” у 2024 році та включені до клінічних маршрутів пацієнтів обласними та Київською міською держадміністраціями (військовим адміністраціями);

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).

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 жовтня 2024 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 наказом Мінреінтеграції, для яких не визначена дата

завершення тимчасової окупації, а також відповідають одному з таких критеріїв (у порядку черговості):

кластерні та надкластерні заклади охорону 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 квітня до 30 вересня 2024 року.

55. 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, визначеним 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.

56. 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 2024 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);

50 послуг для надавачів медичних послуг, які:

- у період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. не вносили до електронної системи охорони здоров'я інформацію щодо наданих послуг, включених до пакета медичних послуг “Медична допомога при пологах”, яким шляхом приєднання передано в оперативне управління майно та переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, діяльність яких припинилася та які надавали відповідні медичні послуги;

- розташовані на тимчасово окупованих територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом

Мінреінтеграції, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

57. 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.

58. 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 коефіцієнта з надання комплексних медичних послуг матері та дитині.

Глава 7. Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках

59. 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 2024 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 2024 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 наказом Мінреінтеграції, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

60. 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	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 < 7 днів

Код	Коефіцієнт	Послуга
P02	29,38	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	22,28	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	18,9	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	17,52	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	13,6	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при 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	48,29	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)

Код	Коефіцієнт	Послуга
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	23,66	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 (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляції ≥ 96 годин
P14	5,97	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 1500—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 (коди згідно з таблицею співставлення) або вентиляції ≥ 96 годин
P16	2,79	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага ≥ 2500 грамів, без суттєвих загальних втручань/вентиляції ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення), вагітність < 37 повних тижнів
P17	1,51	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага ≥ 2500 грамів, без суттєвих загальних втручань/вентиляції ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення), вагітність

Код	Коефіцієнт	Послуга
		≥ 37 повних тижнів, тривалість лікування $>$ п'яти діб
P18	0,9	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага ≥ 2500 грамів, без суттєвих загальних втручань/вентиляції ≥ 96 годин (коди згідно з таблицею співставлення), вагітність ≥ 37 повних тижнів, тривалість лікування \leq п'яти діб

61. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добуток 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 до надавачів медичних послуг, які мають у своєму складі одну виїзну неонатальну бригаду або більше та відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг).

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 2024 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 Мінреінтеграції, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

62. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках за місяць, 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, 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 коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу за допомогою виїзної неонатальної бригади.

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

63. 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 2024 році, крім закладів охорони здоров’я державної форми власності та закладів охорони здоров’я, які за договором протягом 2024 року надавали медичні послуги за пакетом “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії”.

64. 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 сума добутків кількості послуг відповідної групи амбулаторних медичних послуг та класу (класів) медичних послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 155 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти, із заокругленням до двох знаків після коми:

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

Сервіси і класи “Консультавання та лікування”

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Геріатрія	1,29
Дерматологія	1,29
Ендокринологія	1,29

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Кардіологія	1,29
Педіатрія	1,29
Імунологія	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
Неврологія	1,29
Медицина залежності	1,29
Інфекційні та паразитарні хвороби	1,29
Спостереження за дітьми з різними вадами розвитку та орфанними захворюваннями	2,55
Генетика	2,55
Пластична та реконструктивна хірургія	1,8
Гепатобіліарна хірургія	2,2
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

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
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 медичних послуг з одним негоспіталізованим пацієнтом. 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

Сервіси і класи “Інструментальна діагностика”

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Магнітно-резонансна томографія	4,42

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Комп'ютерна томографія з контрастуванням	7,85
Комп'ютерна томографія без контрастування	3,5
Рентгенологічні дослідження	2,12
Ультразвукове дослідження	1,66
Клінічні інструментальні дослідження	2
Сервіси і класи “Лабораторна діагностика”	
Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
Гематологія:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	0,6383
специфічні лабораторні дослідження	1,9258
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	6,4355
Біохімія:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	0,5032
специфічні лабораторні дослідження	1,9258
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	5,4819
Мікробіологія:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	1,3064
специфічні лабораторні дослідження	2,0668
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	4,374
Імунологія:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	1,4075
специфічні лабораторні дослідження	3,1911
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	7,7136
Тканинна патологія:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	0,7735
специфічні лабораторні дослідження	2,1514

Клас медичних послуг	Коригувальний коефіцієнт
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	7,2571
Цитологія:	
специфічні лабораторні дослідження	3,4827
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	7,3796
Генетика:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	1,2516
специфічні лабораторні дослідження	12,1667
високоспецифічні (інші лабораторні дослідження)	32,4387
Інші дослідження:	
загальні дослідження (основні лабораторні дослідження)	0,9637
специфічні лабораторні дослідження	1,9654

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

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

Код	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

Код	Групи захворювань	Коригувальний коефіцієнт
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
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

Код	Групи захворювань	Коригувальний коефіцієнт
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
E1990	Розлади психіки та нейроповедінкові розлади, інші	3,09

Код	Групи захворювань	Коригувальний коефіцієнт
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”.

Кількість послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як середньомісячна кількість медичних послуг за відповідною групою амбулаторних медичних послуг та класом медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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.

65. 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.

66. 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

67. Тариф на медичні послуги із стоматологічної допомоги дорослим та дітям, пов'язаної із зняттям гострого болю та станамі, 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 2024 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 2024 р., які розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінреінтеграції, для яких не визначено дату

завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

68. 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.

69. 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

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

71. 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 2024 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 2024 року.

72. 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

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

74. 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 2024 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 2024 року.

75. 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

76. 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 за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

77. 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), помножена 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 2024 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 та/або ендоскопічної операції, чотири послуги — 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 2024 року.

78. Фактична вартість медичних послуг з проведення гістероскопії 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 13. Езофагогастроуденоскопія

79. Тариф на медичні послуги з проведення езофагогастроуденоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 912,72 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

80. Запланована вартість медичних послуг з проведення езофагогастроуденоскопії 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 2024 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 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 2024 року.

81. Фактична вартість медичних послуг з проведення езофагогастроуденоскопії 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 14. Колоноскопія

82. 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 за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

83. 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 2024 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 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 2024 року.

84. 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

85. 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 за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

86. 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 2024 р.;

дві послуги — для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції 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 2024 року.

87. 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

88. 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 за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

89. 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 2024 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 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 2024 року.

90. 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

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

92. 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 2024 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 2024 року.

93. 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

94. 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.

95. 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, помножена 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 2024 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, одна послуга — для 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 2024 року.

96. 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

97. 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 добутків 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 2024 році отримувати хіміотерапевтичне лікування в надавача медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 в 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;

98. 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.

99. 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.

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

100. 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 отримане лікування 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.

101. 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 2024 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 2024 року.

102. 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

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 рік, із застосуванням таких коригувальних коефіцієнтів залежно від віку пацієнтів:

3,008 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

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

0,824 — за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше;

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

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).

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 2024 році отримувати відповідні медичні послуги в надавача медичних послуг у період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р., помножена на 2, — для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

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.

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 13326,57 гривні, до якої застосовуються коригувальні 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 коригувальні коефіцієнти залежно від складності пролікованого випадку (за кодами згідно з класифікатором НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я”, затвердженим Мінекономіки):

Коригувальний коефіцієнт	Код згідно з класифікатором НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я” із назвою
1,317	F00 — F09 Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади
0,518	F10 — F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин
1,672	F20 — F29 Шизофренія, шизотипові стани, маревні розлади
1,296	F30 — F39 Розлади настрою (афективні розлади)

Коригувальний коефіцієнт	Код згідно з класифікатором НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я” із назвою
0,751	F40 — F48 Невротичні, пов’язані із стресом та соматоформні розлади
0,474	F50 — F59 Поведінкові синдроми, пов’язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами
0,412	F60 — F69 Розлади особистості та поведінки у дорослому віці
0,9	F70 — F79 Розумова відсталість
0,951	F80 — F83, F85 — F89 Розлади психічного розвитку
1,672	F84 Первазивні розлади психологічного розвитку
0,924	F90 — F98 Розлади поведінки та емоцій, які зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці
0,318	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 без умов 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 2024 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 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, функціонують 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” зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць становить 92 360,1 гривні за кожну таку команду, яка функціонує в закладі охорони здоров'я, але не більше 333 000 гривень на місяць для одного закладу охорони здоров'я.

107. Запланована вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору, а також вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, їх кількості та кількості місяців строку дії договору.

Для надавачів медичних послуг, які включені до переліку спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги, затвердженого МОЗ, запланована 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 у розмірі 13326,57 гривні та середньомісячної кількості унікальних пацієнтів за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа (при значенні менше 1 застосовується 1) — для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, та кількості місяців строку дії договору.

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 у розмірі 13326,57 гривні 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 без 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 начальником (керівником) обласної, Київської міської держадміністрації (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 на місяць на одну команду, яка функціонує в закладі охорони здоров’я.

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 закладами охорони здоров’я, які увійшли до спроможної мережі закладів охорони здоров’я відповідних госпітальних округів як кластерні заклади охорони здоров’я (центри для надання допомоги дорослим), надкластерні заклади охорони здоров’я (центри для надання допомоги дітям), та закладами охорони здоров’я, які надають такі медичні послуги на територіях бойових дій (для яких не визначена дата завершення), включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінреінтеграції, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації.

110. Тариф на медичні послуги з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров’я та мобільними мультидисциплінарними командами, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць та становить 207 483,97 гривні, яка включає суму часток:

за надання медичної допомоги однією мультидисциплінарною командою в амбулаторних умовах, що становить 100 327,97 гривні;

за надання медичної допомоги однією мобільною мультидисциплінарною командою, що становить 107 156 гривень.

111. Запланована вартість медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, яка надається в центрах ментального (психічного) здоров’я та мобільними мультидисциплінарними командами, що надаються 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, яка надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами, за місяць розраховується як сума добутоків 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 з одним надавачем медичних послуг у регіоні, який визначений Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), та надавачами медичних послуг державної форми власності, визначеними МОЗ.

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, формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи. В умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом “Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах” зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць становить 92 360,1 гривні за кожен таку команду, яка функціонує в закладі охорони здоров'я, але не більше 333 000 гривень на місяць для одного закладу охорони здоров'я.

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 добутків капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта, кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги (окремо за лікування лікарсько-чутливого туберкульозу та за лікування лікарсько-стійкого туберкульозу), кількості місяців строку дії договору, а також вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, їх кількості та кількості місяців строку дії договору.

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 2024 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 цьому місяці, капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта та коефіцієнта початку лікування, що становить 0,75, і кількості пацієнтів, які закінчили лікування туберкульозу в цьому місяці, капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта та коефіцієнта закінчення лікування, що становить 0,25 (для пацієнтів, які почали отримувати лікування туберкульозу в 2024 році і за початок лікування яких була здійснена оплата, коефіцієнт закінчення лікування становить 0,5).

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 (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 на місяць на одну команду, яка функціонує в закладі охорони здоров'я.

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 2024 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 2024 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 2024 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 2024 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 8735 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
Р11	1,35	<p>Наявність усіх таких критеріїв:</p> <p>вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 18 років;</p> <p>тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:</p> <p>мінімальна тривалість — 11 діб, максимальна тривалість — 25 діб;</p> <p>максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 60 діб;</p> <p>сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування на рік — до 180 діб;</p>

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
P12	1,8	<p>кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік;</p> <p>період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів</p> <p>Наявність усіх таких критеріїв:</p> <p>вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — до 18 років;</p> <p>тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:</p> <p>мінімальна тривалість — 11 діб, максимальна тривалість — 24 доби;</p> <p>максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 60 діб;</p> <p>сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування на рік — до 180 діб;</p> <p>кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік;</p> <p>період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів</p>
P13a	7	<p>Наявність усіх таких критеріїв:</p> <p>вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — без обмежень;</p> <p>оцінка за шкалою надання паліативної допомоги — менше 20 відсотків або наявність щонайменше одного стану з наведених:</p> <p>стійкий вегетативний стан (апалічний синдром) (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — R40.3);</p> <p>залежність від апарата штучної вентиляції легень (код Міжнародної статистичної</p>

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
		<p>класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.1);</p> <p>залежність від штучного серця (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду — Z99.4);</p> <p>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);</p> <p>тяжкі післятравматичні стани (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5) та оцінка за шкалою надання паліативної допомоги — менше 30 відсотків;</p> <p>тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:</p> <p>мінімальна тривалість 60 діб, максимальна тривалість — 135 діб;</p> <p>сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) — необмежена. Тривалість послуг, що надавались протягом року одному пацієнту, підсумовується в одну</p>
P13b	0,34	<p>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;</p> <p>оцінка за шкалою надання паліативної допомоги менше 30 відсотків — медична послуга надається та оплачується виключно із дотриманням відповідного клінічного маршруту пацієнта, затвердженого МОЗ;</p> <p>тривалість послуги та сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного</p>

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
PI4	1,54	<p>пацієнта на рік (у тому числі не підряд) — необмежена.</p> <p>Наявність усіх таких критеріїв:</p> <p>вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 65 років;</p> <p>оцінка за шкалою коморбідності — від 1,9 до 7,3 бала;</p> <p>оцінка за шкалою Бартела* (Barthel Index) — менше 25 балів;</p> <p>тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:</p> <p>мінімальна тривалість — 14 діб, максимальна тривалість — 31 доба;</p> <p>максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 90 діб;</p> <p>кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік;</p> <p>загальна тривалість стаціонарного лікування на рік — до 180 діб;</p> <p>період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів</p>
PI5	1,7	<p>Наявність усіх таких критеріїв:</p> <p>вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 65 років;</p> <p>оцінка за шкалою коморбідності — більше 7,4 бала;</p> <p>оцінка за шкалою Бартела* (Barthel Index) — менше 25 балів;</p> <p>тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:</p> <p>мінімальна тривалість — 15 діб, максимальна тривалість — 34 доби;</p>

Код послуги	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
РІ6	6,5	<p>максимальна тривалість одного пролікованого випадку — до 90 діб;</p> <p>кількість пролікованих випадків за рік — не більше трьох госпіталізацій на рік;</p> <p>загальна тривалість стаціонарного лікування на рік — до 180 діб;</p> <p>період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах — більше 14 календарних днів</p> <p>Наявність усіх таких критеріїв:</p> <p>вік пацієнта — більше 65 років;</p> <p>наявність тяжкого психічного розладу (коди Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду F00—F04);</p> <p>оцінка за скороченою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE**) — менше 11 балів;</p> <p>тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:</p> <p>мінімальна тривалість — 60 діб, максимальна тривалість — 135 діб;</p> <p>сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) — необмежена. Тривалість послуг, що надавались протягом року одному пацієнту, підсумовується в одну</p>

* Код 96761-2 “Загальна оцінка Індекс Бартела” (компоненти шкали Бартела коди: 83184-2 “Прийом їжі”, 83185-9 “Переміщення (з ліжка на крісло і назад)”, 96767-9 “Персональна гігієна”, 83183-4 “Користування туалетом”, 83181-8 “Прийом ванни”, 83186-7 “Здатність до пересування по рівній площині”, 96758-8 “Подолання сходів”, 83182-6 “Одягання”, 96759-6 “Контроль дефекації”, 96760-4 “Контроль сечовипускання”).

** Код 72107-6 “Міні-обстеження психічного стану”.

За умови невідповідності пролікованого випадку референтним значенням тривалості лікування коригувальним коефіцієнтам, які

застосовуються до ставки на пролікований випадок відповідного класу та коду послуги при дотриманні референтних значень тривалості лікування, застосовуються понижуючі або підвищуючі коригувальні коефіцієнти за кожен день невідповідності референтним значенням тривалості лікування (не застосовуються при наданні медичних послуг пацієнтам з тяжкими післятравматичними станами (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5):

Код	Коригувальний коефіцієнт	Критерії застосування коригувального коефіцієнта
P11	- 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
P12	- 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 до 18 років
P13	- 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
P14	- 0,118	За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років
	+ 0,0261	За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років
P15	- 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

Код	Коригувальний коефіцієнт	Критерії застосування коригувального коефіцієнта
РІ6	- 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 та кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється відповідно до інформації, зазначеної у пропозиції, але не більше ніж:

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів, яким надано медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 2024 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 з дотриманням референтних значень тривалості лікування або скоригованих коригувальних коефіцієнтів з дотриманням референтних значень тривалості лікування на невідповідність тривалості лікування референтним значенням тривалості лікування та кількості пацієнтів, ставки на пролікований випадок із застосуванням відповідного коефіцієнта, фактичної кількості днів надання медичних послуг у звітному періоді (для послуги РІ3b).

У випадку оплати надання медичних послуг пацієнтам, які почали отримувати медичні послуги із стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за договорами, які діяли у 2024 році та строк дії яких закінчився у 2025 році, оплата таких послуг здійснюється відповідно до

визначених тарифів та коригувальних коефіцієнтів, які передбачені цією главою.

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	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
РА1	0,78	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — більше 18 років; оцінка за шкалою надання паліативної допомоги (Palliative Performance scale) — 20—50 відсотків
РА2	1,15	Вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, — до 18 років
РА3	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: <div style="margin-left: 40px;"> 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 </div>

Код	Коригувальний коефіцієнт	Критерії віднесення пацієнта до послуги
		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 — від 1,9 до 7,3 бала; оцінка за шкалою Бартела (Barthel Index*) — 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 (Barthel Index*) — менше 25 балів
РА6	0,73	Наявність усіх таких критеріїв: вік пацієнта — більше 65 років; наявність тяжкого психічного розладу з (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

* Коди аналогічні зазначеним в пункті 124 цього Порядку.

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, та кількості місяців строку дії договору.

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

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів, яким надані медичні послуги надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 2024 року.

129. Фактична вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутоків $1/52$ 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.

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 10820 гривень.

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 добуток ставки на медичну послугу та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг, 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 2024 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 2024 року.

132. Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг за місяць.

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 19769 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 CP1 (найвища складність) застосовується коригуючий 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 CP2 (висока складність) застосовується коригуючий 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 CP3 (помірна складність) застосовується коригуючий 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 CP4 (низька складність) застосовується коригуючий 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 CP1, CP2 та CP3.

Ставка за пролікований випадок під час надання послуг СР1 та 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 добутків 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 надані медичні послуги у стаціонарних умовах надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 та СР3 за одним напрямом реабілітації в стаціонарних умовах, десять послуг — для послуг СР4 в 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 2024 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 добутків ставки на пролікований випадок, відповідного коефіцієнта до рівня складності реабілітаційної допомоги 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 10820 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 з 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 та 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 СР1, СР2 та СР3);

0,4 — у разі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам фахівцем з реабілітації самостійно (за однією з професій фахівців з реабілітації: фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення).

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

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пацієнтів, яким надані медичні послуги надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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;

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 2024 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 добутоків ставки на медичну послугу, відповідних коригувальних коефіцієнтів, кількості фактично наданих послуг за місяць та 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:

кластерними та надкластерними закладами охорони здоров'я, а також в закладах охорони здоров'я комунальної форми власності в регіонах, в яких не сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, з розрахунку кількості надавачів медичних послуг із заокругленням до цілого числа один надавач медичних послуг на 200 тис. наявного населення 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 2024 р., за винятком 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 Мінреінтеграції, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, що визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (військовими адміністраціями);

закладами охорони здоров'я, визначеними МОЗ за погодженням з Міноборони;

одним закладом охорони здоров'я на область, в якій розташована атомна електростанція для надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, яка пов'язана з 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 1053510 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 та 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 незалежно від

форми власності та фізичними особами — підприємцями, які включені до переліку установ державної та/або комунальної форми власності, які виконують функцію експертного та регіонального центрів неонатального скринінгу для створення нової системи неонатального скринінгу в Україні, затвердженого МОЗ.

144. Тариф на медичні послуги з неонатального скринінгу, що визначені специфікацією, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1114,39 гривні за проведення одного дослідження, 31133,78 гривні за медичну послугу з експертної діагностики 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 (4160 гривень для послуги з неонатального скринінгу, 200 гривень для послуги з експертної діагностики неонатального скринінгу) та 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 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 форми власності, які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями).

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 та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних оглядів встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних оглядів, здійснених надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 2024 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 1613,25 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, здійснених надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними, наданими надавачами медичних послуг через сервіс звітності електронної системи охорони здоров'я через інформаційну систему НСЗУ, із заокругленням до цілого числа — для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними, наданими надавачами медичних послуг через сервіс звітності електронної системи охорони здоров'я через інформаційну систему НСЗУ;

п'ять послуг — для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними сервісу звітності електронної системи охорони здоров'я через інформаційну систему НСЗУ за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 центрів надання первинної медичної допомоги), 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 Мінреінтеграції, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії.

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 “Стационарна 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”, 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 (Офіційний вісник України, 2022 р., № 9, ст. 478).

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 “Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії” зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць становить 92 360,1 гривні за кожен таку команду, яка функціонує в закладі охорони здоров'я, але не більше 333 000 гривень на місяць для одного закладу охорони здоров'я.

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 добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору, а також вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, їх кількості та кількості місяців строку дії договору.

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 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 (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 на місяць на одну команду, яка функціонує в закладі охорони здоров'я.

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, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 84826,1 гривні.

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

1,1 — за проведення допоміжних репродуктивних технологій з 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 неспіттвердження;

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 з 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 непідтвердження.

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 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 2024 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 2024 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 з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків.

Один повний цикл на рік — у разі настання вагітності, при цьому у 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, та визначені МОЗ.

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-група, 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:

41253 гривні — за надання медичних послуг на дотрансплантаційному етапі (360 днів з моменту початку лікування, крім випадків смерті пацієнта);

18630 гривень — за тканинне типування потенційного донора або донора, або реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції);

722508 гривень — за надання медичних послуг з алотрансплантації нирки (від живого донора) пацієнту-реципієнту;

773208 гривень — за надання медичних послуг з АВ0-несумісної алотрансплантації нирки;

65806 гривень — за донорську нефректомію (живий донор);

801071 гривню — за надання медичних послуг з алотрансплантації нирки (від донора-група), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

2001059,72 гривні — за надання медичних послуг з трансплантації серця та лікування після перенесеної трансплантації серця (від донора-група), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

2678507,21 гривні — за надання медичних послуг з трансплантації легень та лікування після перенесеної трансплантації легень (від донора-група), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

1350171 гривню — за надання медичних послуг з пересадки частини печінки (від живого донора);

228994 гривні — за донорську резекцію печінки від живого донора;

1428734 гривні — за надання медичних послуг з пересадки печінки/частини печінки (від донора-група), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

за трансплантацію декількох органів тариф складається із суми відповідних тарифів;

193260 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);

190817 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);

190817 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);

189740 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);

185224 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).

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 та кількості місяців строку дії договору.

165. Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2023 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 та не надавали відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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) та 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 та раніше оплаченими послугами цього етапу у 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 у разі надання всього обсягу послуг, передбаченого договором для цього етапу), зокрема у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

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

добутку тарифів послуг на трансплантаційному етапі, передбачених пунктом 164 цього Порядку, та кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, в тому числі у 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 наступного за звітним заповнюють та 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 та визначені МОЗ.

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:

1874969,1 гривні — за надання медичної допомоги із проведенням алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом (від родинного донора) та посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

2484470 гривень — за надання медичної допомоги із проведенням алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

757767,4 гривні — за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та посттрансплантаційним супроводом до 100 дня;

22156,9 гривні — за надання медичної допомоги із проведенням іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу);

168448,3 гривні — за надання медичної допомоги із забезпечення посттрансплантаційного супроводу пацієнта з 180 до 360 дня;

18630 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 з:

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

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

аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та 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) та кількості 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 2024 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 та не надавали відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 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 добутоків:

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, в тому числі у 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, в тому числі у 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, в тому числі у 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, в тому числі у 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 типкування потенційного донора/реципієнта, який оплачується в місяць надання послуги, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг, та кількості пацієнтів;

тарифу на надання медичної допомоги із проведенням іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу), який оплачується в місяць надання послуги, в тому числі у разі

смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг, та кількості пацієнтів;

1/6 тарифу на медичні послуги з посттрансплантаційного супроводу пацієнта, передбачені пунктом 168 цього Порядку, та кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, в тому числі у 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 та коефіцієнта 0,7, в тому числі у 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 наступного за звітним, заповнюють та 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, кількості медичних послуг відповідно до пропозиції, але не більше 500 таких медичних послуг на рік для одного надавача.

Загальна кількість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) протягом 2025 року становить 4000 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 2025 р. до 31 грудня 2025 р. із закладами охорони здоров'я державної форми власності згідно з додатком до постанови 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), в тому числі у разі перетворення їх у державні некомерційні підприємства.

176. Тариф на перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я визначається як глобальна ставка на місяць та застосовується протягом періоду з 1 січня 2025 р. до 31 грудня 2025 року.

177. Запланована вартість перехідного фінансового забезпечення надання закладами охорони здоров'я медичних послуг, передбачених цією главою, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

Глобальна ставка на місяць розраховується як 1/12 різниці встановленого у кошторисі закладу охорони здоров'я обсягу бюджетних асигнувань за поточними видатками на 2024 рік (станом на 1 січня 2024 р. за бюджетними програмами, за кодом функціональних класифікацій 0722, 0731, 0732) з урахуванням видатків закладів, які є правонаступниками закладів, що реорганізувались, за загальним фондом державного бюджету, за винятком видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв та на функціонування структурних підрозділів закладів вищої освіти, що надають стоматологічну медичну допомогу (далі — обсяг бюджетних асигнувань у 2024 році), та передбаченого у кошторисі закладу охорони здоров'я обсягу бюджетних асигнувань за поточними видатками на 2025 рік (станом на 1 січня 2025 р. за бюджетними програмами за кодом функціональних класифікацій 0731, 0732) за загальним фондом державного бюджету, за винятком видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв та на функціонування підприємства, установи або організації, на які за рішенням МОЗ покладено права та обов'язки Центру оцінювання функціонального

стану особи, з урахуванням положень наказу МОЗ від 3 грудня 2024 р. № 2022 (далі — обсяг бюджетних асигнувань у 2025 році):

$$\text{Glob1} = (\text{Budprev 2024} - \text{Budprev 2025})/12,$$

де Glob1 — глобальна ставка на місяць;

Budprev 2024 — обсяг бюджетних асигнувань у 2024 році;

Budprev 2025 — обсяг бюджетних асигнувань у 2025 році.

У разі коли обсяг бюджетних асигнувань закладу у 2025 році більше або дорівнює обсягу бюджетних асигнувань у 2024 році, до глобальної ставки застосовується коригувальний коефіцієнт 0.

Надавачі медичних послуг за пакетом послуг “Перехідне фінансове забезпечення надання медичних” повинні забезпечити спрямування видатків на придбання медикаментів та перев’язувальних матеріалів в обсязі не менше ніж у 2024 році згідно з установленим у кошторисі закладу охорони здоров’я обсягом бюджетних асигнувань на початок року.

178. Фактична вартість перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров’я для кожного договору за один місяць розраховується як різниця суми глобальної ставки на місяць, помножена на кількість місяців від 1 січня до звітного місяця включно, та суми фактично сплачених коштів від 1 січня за договором станом на останнє число звітного місяця:

$$F_m = (\text{Glob1} \times m) - \text{PMG},$$

де F — фактична вартість перехідного фінансування на відповідний місяць;

m — номер місяця року;

Glob1 — глобальна ставка на місяць;

PMG — сума фактично сплачених коштів за програмою медичних гарантій на останнє число звітного місяця за главами 1, 3—37, 41—42 розділу II цього Порядку.

Протягом I кварталу 2025 року оплата за даним пакетом медичних послуг здійснюється до 15 числа поточного місяця в розмірі, що дорівнює глобальній ставці на місяць (Glob1).

З квітня 2025 р. оплата за даним пакетом медичних послуг здійснюється НСЗУ в розмірі, що дорівнює фактичній вартості перехідного фінансування на відповідний місяць (F).

Фактична вартість перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров’я для кожного договору за грудень 2025 р. дорівнює фактичній вартості перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров’я за листопад 2025 року.

При від’ємному значенні фактична вартість дорівнює 0.

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 державної та комунальної форми власності, в яких є фактично зайняті посади лікарів-інтернів та/або до яких розподілено випускників закладів вищої освіти для проходження підготовки в інтернатурі за кошти державного бюджету за результатами проведення рейтингового розподілу в інтернатуру у поточному році.

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 2025 рік”, та 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, та 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 заробітної плати лікарям-інтернам, зазначеної в щомісячній інформації про стан розрахунків із заробітної плати, підготовленої 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), станом на 1 число місяця, наступного за звітним, та коефіцієнта 1,22.

Фактична вартість за даним пакетом на місяць не може перевищувати добутку тарифу та кількості фактично зайнятих посад лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету, яка зазначена в щомісячній інформації про стан розрахунків із заробітної плати, підготовленої 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”, станом на 1 число місяця, наступного за звітним.

У разі неподання інформації до тарифу застосовується коефіцієнт 0.

Фактична вартість на місяць не може перевищувати добутку тарифу та кількості фактично зайнятих посад лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету та які проходили інтернатуру протягом звітного місяця, яка зазначена в інформації, наданій МОЗ та Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), станом на 1 число місяця, наступного за звітним.

Фактична вартість заокруглюється до двох знаків після коми.

III. Реімбурсація

183. НСЗУ в межах програми медичних гарантій:

1) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску):

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання	
Аміодарон (Amiodarone)	таблетки
Амлодипін (Amlodipine)	—“—
Атенолол (Atenolol)	—“—
Бісопролол (Bisoprolol)	—“—
Верапаміл (Verapamil)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі 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 (у тому числі пролонгованої дії)

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Карведилол (Carvedilol)	таблетки
Клопідогрель (Clopidogrel)	—“—
Лозартан (Losartan)	—“—
Метопролол (Metoprolol)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії)
Нітрогліцерин (Glyceryl trinitrate)	—“—
Симвастатин (Simvastatin)	таблетки
Спіронолактон (Spironolactone)	тверда пероральна лікарська форма
Фуросемід (Furosemide)	таблетки
Варфарин (Warfarin)	—“—
Ніфедипін (Nifedipine)	—“—
Кислота ацетилсаліцилова (Acetylsalicylic acid)	тверда пероральна лікарська форма
Лізиноприл + Гідрохлортіазид (Lisinopril + Hydrochlorothiazide)	таблетки
Телмісартан + Амлодипін (Telmisartan + Amlodipine)	—“—
Телмісартан + Гідрохлортіазид (Telmisartan + Hydrochlorothiazide)	—“—
Цукровий діабет	
Глібенкламід (Glibenclamide)	тверда пероральна лікарська форма
Гліклазид (Gliclazide)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі з контрольованим (модифікованим) вивільненням)
Метформін (Metformin)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі 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 глутізин (Insulin glulisine)	—“—

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
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)	—“—
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)

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Сальметерол + Флютиказон (Salmeterol + Fluticasone)	порошок для інгаляцій
Розлади психіки та поведінки, епілесія	
Фенітоїн (Phenytoin)	тверда пероральна лікарська форма, розчин для перорального застосування
Карбамазепін (Carbamazepine)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії), суспензія для перорального застосування
Вальпроєва кислота/Вальпроат натрію (Valproic Acid/Sodium valproate)	розчин/сироп для перорального застосування, тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії)
Ламотриджин (Lamotrigine)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії)
Галоперидол (Haloperidol)	розчин для перорального застосування, таблетки
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 (у тому числі пролонгованої дії)

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
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 (у тому числі пролонгованої дії)
Лікарські засоби для осіб у посттрансплантаційному періоді	
Азатіоприн (Azathioprine)	таблетки
Циклоспорин (Cyclosporin)	тверда пероральна лікарська форма, розчин оральний
Такролімус (Tacrolimus)	тверда пероральна лікарська форма (у тому числі 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)	—“—
Лікарські засоби для лікування болю та надання паліативної допомоги	
Морфін (Morphine)	гранули (з повільним вивільненням), розчин для перорального застосування, таблетки (пролонгованого вивільнення), таблетки
Фентаніл (Fentanyl)	трансдермальний пластир;

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Лоперамід (Loperamide)	тверда пероральна лікарська форма
Метоклопрамід (Metoclopramide)	—“—
Лікарські засоби для лікування хвороб ендокринної системи	
Каберголін (Cabergoline)	таблетки
Флудрокортизон (Fludrocortisone)	—“—
Гідрокортизон (Hydrocortisone)	—“—
Левотироксин (Levothyroxine)	—“—
Лікарські засоби для лікування метаболічних, аутоімунних та запальних захворювань	
Алопуринол (Allopurinol)	таблетки
Сульфасалазин (Sulfasalazine)	—“—
Метотрексат (Methotrexate)	—“—
Пеніциламін (Penicillamine)	—“—
Гідроксихлорохін (Hydroxychloroquine)	—“—
Азатіоприн (Azathioprine)	—“—
Преднізолон (Prednisolone)	—“—
Метилпреднізолон (Methylprednisolone)	—“—
Піридостигмін (Pyridostigmine)	—“—
Лікарські засоби для лікування глаукоми	
Тимолол (Timolol)*	краплі очні
Латанопрост (Latanoprost)*	—“—
Пілокарпін (Pilocarpine)*	—“—
Ацетазоламід (Acetazolamide)	таблетки
Лікарські засоби для лікування мігрені	
Пропранолол (Propranolol)	таблетки
Суматриптан (Sumatriptan)	—“—
Лікарські засоби для лікування захворювань у дітей	
Амоксицилін (Amoxicillin)	таблетки
Метронідазол (Metronidazole)	—“—
Мебендазол (Mebendazole)	—“—

Міжнародна непатентована назва	Форма випуску
Азитроміцин (Azithromycin)*	краплі очні, мазь очна
Офлоксацин (Ofloxacin)*	—“—
Тетрациклін (Tetracycline)*	—“—
Ципрофлоксацин (Ciprofloxacin)*	краплі очні та вушні

2) здійснює реімбурсацію таких медичних виробів для вимірювання в амбулаторних умовах рівня цукру в крові пацієнтами з діабетом I типу:

до серпня 2025 року:

Медичні вироби для визначення рівня глюкози в крові

Назва медичного виробу	Форма випуску	Код згідно з національним класифікатором 024:2023 “Класифікатор медичних виробів”
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент	тест-смужки	53307

з липня 2025 року (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення):

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

* Реімбурсація таких лікарських засобів запроваджується з липня 2025 року.

ВАГОВІ КОЕФІЦІЄНТИ
діагностично-споріднених груп для пакетів медичних послуг,
передбачених у главі 3 розділу II Порядку реалізації програми
державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
A13	Інвазивна вентиляція (проводилася 336 годин і більше)	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	16,047
A14	Інвазивна вентиляція (проводилася від 96 до 335 годин включно)	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	9,042
A15	Лікування пацієнта, що потребувало трахеостомії	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	7,512
A40	Екстракорпоральна мембранна оксигенація	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	20,325
B01	Ревізія вентрикулярного шунта	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,942
B02	Операції на черепі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,55
B03	Операції на хребті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,299

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
B04	Операції на екстракраніальних судинах голови	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,876
B05	Розкриття зап'ястного каналу	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,421
B06	Операції при дитячому церебральному паралічі, м'язовій дистрофії і невропатії	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,295
B06-01	Операції при дитячому церебральному паралічі, м'язовій дистрофії і невропатії до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	3,295
B07	Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,599
B07-01	Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,599
B40	Плазмаферез при неврологічних захворюваннях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,249
B41	Телеметричний моніторинг електроенцефалографії	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,685
B42	Розлади нервової системи, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3,209

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
B62	Аферез	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,194
B63	Деменція та інші хронічні порушення функції мозку	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,307
B64	Делірій	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,435
B65	Дитячий церебральний параліч	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,471
B66	Доброякісні новоутворення нервової системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,623
B67	Дегенеративні захворювання нервової системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,501
B68	Розсіяний склероз і мозочкова атаксія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,333
B69	Транзиторна ішемічна атака та оклюзія магістральних артерій головного мозку	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,807
B70	Інсульт та інші цереброваскулярні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,362

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
В71	Ураження черепних та периферичних нервів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,99
В72	Інфекція нервової системи, крім вірусного менінгіту	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,101
В73	Вірусний менінгіт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,179
В74	Нетравматичний ступор і кома	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,792
В75	Фебрильні судоми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,284
В76	Пароксизмальні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,633
В77	Головний біль	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,342
В78	Внутрішньочерепні травми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,48
В79	Переломи черепа	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,08

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
B80	Інші травми голови	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,544
B81	Інші розлади нервової системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,048
B82	Хронічна та неуточнена параплегія/квадроपлегія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,065
B83	Гостра параплегія та квадроплегія і стани, пов'язані з ураженням спинного мозку	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,31
C01	Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,379
C01A	Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока. Висока складність (кератопластика, трансплантація рогівки)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	6,01
C01-01	Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,379
C02	Енуклеації і операції на очниці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,498
C02A	Енуклеації і операції на очниці. Висока складність (встановлення штучного орбітального імпланту)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,15

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
C03	Операції на сітківці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,513
C03-01	Операції на сітківці до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,513
C04	Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,247
C04-01	Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,247
C05	Дакриоцисториностомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,722
C10	Операції з виправлення косоокості	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,61
C10-01	Операції з виправлення косоокості до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,61
C11	Операції на повіках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,79
C12	Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,806
C12-01	Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,806

Продовження додатка 1

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
C13	Операції на слізному апараті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,42
C13-01	Операції на слізному апараті до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,42
C14	Інші операції на оці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,691
C14-01	Інші операції на оці до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,691
C15	Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,593
C15-01	Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,593
C16	Операції на кришталику	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,509
C16A	Операції на кришталику. Висока складність (встановлення штучного кришталика)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,29
C16A-01	Операції на кришталику. Висока складність (встановлення штучного кришталика)	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,29
C16-01	Операції на кришталику до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в	0,509

Продовження додатка 1

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
		умовах стаціонару одного дня	
С60	Гострі та генералізовані інфекції ока	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,1
С61	Неврологічні та судинні захворювання ока	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,605
С62	Гіфема та травми ока, які не потребують хірургічного лікування	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,444
С63	Інші захворювання ока	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,582
D02	Операції на голові та шиї	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,937
D03	Хірургічне усунення вродженого незрощення верхньої губи та піднебіння	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,425
D04	Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,352
D04-01	Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,352
D05	Операції на привушній слинній залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,647

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
D05-01	Операції на привушній слинній залозі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,647
D06	Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,072
D06-01	Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,072
D10	Операції на носі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,846
D10-01	Операції на носі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,846
D11	Тонзилектомія та аденоїдектомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,625
D11-01	Тонзилектомія та аденоїдектомія до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,625
D12	Інші операції на вусі, носі, роті і горлі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,133
D12-01	Інші операції на вусі, носі, роті і горлі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,133
D13	Міринготомія з катетером	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,374

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
D13-01	Міринготомія з катетером до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,374
D14	Операції у порожнині рота та на слинних залозах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,713
D14-01	Операції у порожнині рота та на слинних залозах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,713
D15	Операції на соскоподібному відростку	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,899
D15-01	Операції на соскоподібному відростку до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,899
D40	Видалення і реставрація зубів	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,522
D60	Злоякісні новоутворення вуха, носа, рота і горла	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,833
D61	Порушення утримання рівноваги	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,314
D62	Носова кровотеча	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,383

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
D63	Запалення середнього вуха та інфекції верхніх дихальних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,464
D64	Ларинготрахеїти та епіглотити	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,328
D65	Травми і деформації носа	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,368
D66	Інші захворювання носа, рота і горла	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,421
D67	Захворювання зубів і ротової порожнини	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,53
E01	Складні операції на грудній клітці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,124
E02	Інші загальні втручання на органах дихання	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,415
E40	Захворювання органів дихання, що потребують інвазивної штучної вентиляції легень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,902

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
E41	Захворювання органів дихання, що потребують неінвазивної штучної вентиляції легень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,518
E42	Бронхоскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,893
E60	Муковісцидоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,512
E61	Легенева емболія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,723
E62	Респіраторні інфекції і запалення	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,883
E63	Апноє сну	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,299
E64	Набряк легень та дихальна недостатність	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,12

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
E65	Хронічні обструктивні захворювання дихальних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,885
E66	Важка травма грудної клітки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,008
E67	Респіраторні ознаки і симптоми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,304
E68	Пневмоторакс	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,105
E69	Бронхіти та астма	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,57
E70	Кашлюк та гострі бронхіоліти	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,592
E71	Новоутворення органів дихання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,285
E72	Респіраторні проблеми, що виникають з неонатального періоду	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,694

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
E73	Плевральний випіт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,025
E74	Інтерстиціальна хвороба легень	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,095
E75	Інші захворювання органів дихання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,578
E76	Респіраторний туберкульоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,904
E77	Бронхоектатична хвороба	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,295
F01	Імплантація та заміна автоматичного імплантованого кардіовертера-дефібрилятора, всієї системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,768
F02	Інші процедури, пов'язані з автоматичним імплантованим кардіовертером-дефібрилятором	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,94
F03	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу під час проведення інвазивного обстеження серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	11,005

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
F04	Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу без проведення інвазивного обстеження серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	7,961
F05	Коронарне шунтування з проведенням інвазивного обстеження серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	6,622
F06	Коронарне шунтування без проведення інвазивного обстеження серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,083
F07	Інші кардіоторакальні/судинні операції з використанням апарата штучного кровообігу	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,942
F08	Реконструкція великих судин з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,885
F09	Інші кардіоторакальні операції з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,296
F10	Інтервенційні коронарні втручання, які виконуються при гострому інфаркті міокарда	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,134
F11	Ампутація, крім верхніх кінцівок і пальців ніг при порушеннях кровообігу	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,078
F12	Імплантація та заміна електрокардіостимулятора, всієї системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,045

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
F13	Ампутація верхніх кінцівок і пальців ніг при порушеннях кровообігу	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,956
F14	Судинні операції, крім реконструкції великих судин, з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,654
F17	Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,427
F17-01	Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,427
F18	Інші процедури з електрокардіостимулятором	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,775
F18-01	Інші процедури з електрокардіостимулятором до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,775
F19	Транссудинні перкутанні втручання на серці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,367
F19-01	Транссудинні перкутанні втручання на серці до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,367
F20	Лігування та екстирпація вен	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,8

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
F20-01	Лігування та екстирпація вен до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,8
F21	Інші загальні втручання на органах кровообігу	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,906
F24	Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,105
F24-01	Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,105
F40	Захворювання органів кровообігу, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,685
F41	Захворювання органів системи кровообігу, пов'язані із гострим інфарктом міокарда, з інвазивним обстеженням серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,578
F42	Захворювання органів системи кровообігу, не пов'язані із гострим інфарктом міокарда, з інвазивним обстеженням серця	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,388

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
F43	Захворювання органів системи кровообігу, що потребували застосування неінвазивної штучної вентиляції легень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,945
F60	Захворювання органів системи кровообігу, пов'язані з гострим інфарктом міокарда, без інвазивного обстеження серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,78
F61	Інфекційний ендокардит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3,317
F62	Серцева недостатність і шок	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,013
F63	Венозний тромбоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,724
F64	Виразки на шкірі при захворюваннях органів системи кровообігу	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,183
F65	Захворювання периферичних судин	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,883

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
F66	Атеросклероз коронарних судин	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,585
F67	Артеріальна гіпертензія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,446
F68	Вроджені вади серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,467
F69	Порок клапана серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,646
F72	Нестабільна стенокардія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,68
F73	Непритомність (синкопе) і колапс	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,371
F74	Біль у грудях	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,221
F75	Інші захворювання органів системи кровообігу	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,158
F76	Порушення ритму, провідності та зупинка серця	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,741

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
G01	Резекція прямої кишки	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,07
G02	Складні операції на тонкому і товстому кишечнику	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,937
G03	Операції на шлунку, стравоході і дванадцятипалій кишці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,859
G04	Видалення перитонеальних спайок	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,005
G05	Нескладні операції на тонкому і товстому кишечнику	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,856
G06	Пілороміотомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,329
G07	Апендектомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,419
G10	Операції з вправлення грижі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,535
G10-01	Операції з вправлення грижі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,535
G11	Операції на задньому проході та стомі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,778
G11-01	Операції на задньому проході та стомі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,778

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
G12	Інші загальні втручання на органах травної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,366
G46	Комплексна ендоскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,979
G46-01	Комплексна ендоскопія до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,979
G47	Гастроскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,805
G48	Колоноскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,911
G60	Злоякісне новоутворення органів травної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,442

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
G61	Шлунково-кишкова кровотеча	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,733
G64	Запальні захворювання кишечника	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,678
G65	Обструкція шлунково-кишкового тракту	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,756
G66	Біль у животі та мезентеріальний лімфаденіт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,343
G67	Езофагіт і гастроентерит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,479
G70	Інші розлади травної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,594
H01	Шунтування та операції на підшлунковій залозі, печінці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,367
H02	Складні операції на біліарному тракті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,075
H02-01	Складні операції на біліарному тракті до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	5,075

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
H05	Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,266
H05-01	Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,266
H06	Інші загальні втручання на гепатобіліарній системі і підшлунковій залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,873
H07	Відкрита холецистектомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,681
H08	Лапароскопічна холецистектомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,773
H08-01	Лапароскопічна холецистектомія до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	4,773
H60	Цироз та алкогольний гепатит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,207
H61	Злоякісні новоутворення гепатобіліарної системи і підшлункової залози	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,714
H62	Захворювання підшлункової залози, крім злоякісних новоутворень	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,738

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
Н63	Інші захворювання печінки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,79
Н64	Захворювання біліарного тракту	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,001
Н65	Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,709
I01	Двосторонні та множинні операції на великих суглобах нижньої кінцівки	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	6,005
I02	Мікрovasкулярні пересадки тканин чи шкіри, крім рук	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	6,346
I03	Ендопротезування кульшового суглоба після травми	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,905
I04	Ендопротезування колінного суглоба	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,321
I05	Ендопротезування інших суглобів	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,042
I06	Спондилодез у зв'язку з деформацією	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	6,434
I07	Ампутація	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,037

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
I08	Інші операції на кульшовому суглобі і стегні	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,863
I09	Спондилодез	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,704
I10	Інші операції на шиї та спині	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,114
I10-01	Інші операції на шиї та спині до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	3,114
I11	Операції з подовження кінцівок	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,149
I12	Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,236
I12-01	Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	3,236
I13	Операції на плечовій кістці, великогомілковій кістці, малогомілковій кістці і щиколотці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,886
I15	Черепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,52
I16	Інші операції на плечовому поясі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,252

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
I17	Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,092
I17-01	Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	3,092
I18	Інші операції на коліні	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,142
I18-01	Інші операції на коліні до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,142
I19	Інші операції на лікті і передпліччі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,224
I19-01	Інші операції на лікті і передпліччі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	3,224
I20	Інші операції на ступнях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,386
I20-01	Інші операції на ступнях до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,386
I21	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,808

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
I21-01	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,808
I23	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за виключенням кульшового суглоба і стегна	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,688
I23-01	Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за виключенням кульшового суглоба і стегна до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,688
I24	Артроскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,84
I24-01	Артроскопія до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,84
I25	Діагностичні процедури на кістках і суглобах, включаючи біопсію	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,193
I25-01	Діагностичні процедури на кістках і суглобах, включаючи біопсію, до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,193
I27	Процедури на м'яких тканинах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,25
I27-01	Процедури на м'яких тканинах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,25

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
I28	Інші процедури з опорно-руховим апаратом	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,178
I29	Реконструкції колінного суглоба і ревізії реконструкцій	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,512
I30	Операції на кисті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,742
I31	Ревізія кульшового суглоба після ендопротезування	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,111
I32	Ревізія колінного суглоба після ендопротезування	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,681
I33	Ендопротезування кульшового суглоба, не пов'язане з травмою	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,223
I60	Переломи діафіза стегнової кістки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,138
I61	Дистальні переломи стегнової кістки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,99
I63	Розтягнення, вивихи і зміщення в ділянці кульшового суглоба, таза і стегнової кістки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,45
I64	Остеомієліт	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,614

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
I65	Злоякісні новоутворення опорно-рухового апарата	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,997
I66	Запальні захворювання опорно-рухового апарата	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,816
I67	Септичний артрит	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,408
I68	Захворювання хребта, які не потребують хірургічних втручань	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,607
I69	Захворювання кісток та артропатії	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,644
I71	Інші захворювання м'язів і сухожиль	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,388
I72	Специфічні захворювання м'язів і сухожиль	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,437
I73	Післяопераційний догляд за м'язово-скелетними імплантатами або протезами	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,671
I74	Травми передпліччя, зап'ястя, кисті і ступні	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,409

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
I75	Травми плечового пояса, плеча, ліктя, коліна, гомілки і щиколотки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,683
I76	Інші м'язово-скелетні захворювання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,618
I77	Переломи таза	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,019
I78	Переломи шийки стегна	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,373
I79	Патологічні переломи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,297
I80	Переломи стегнової кістки (від перелому до переведення у відділення інтенсивної терапії минуло менше двох днів)	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,143
J01	Мікрovasкулярні пересадки при ушкодженнях шкіри, підшкірної клітковини і захворюваннях молочних залоз	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,521
J06	Складні операції при захворюваннях молочних залоз	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,658
J07	Нескладні операції при захворюваннях молочних залоз	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,673

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
J07-01	Нескладні операції при захворюваннях молочних залоз до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,673
J08	Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,842
J08-01	Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,842
J09	Процедури при пілонідальній кістці та в періанальній ділянці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,552
J09-01	Процедури при пілонідальній кістці та в періанальній ділянці до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,552
J10	Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,316
J10-01	Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,316
J11	Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,829
J11-01	Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,829

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
J12	Операції на нижніх кінцівках при виразках або флегмонах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,772
J13	Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,592
J13-01	Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,592
J14	Складні операції з пластики молочної залози за медичними показаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,439
J60	Виразки шкіри	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,145
J62	Злоякісні захворювання молочних залоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,549
J63	Доброякісні захворювання молочних залоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,431
J64	Інші захворювання шкіри, жирової клітковини і молочних залоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,555
J65	Травми шкіри, підшкірної клітковини і молочних залоз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,497

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
J67	Незначні ушкодження шкіри	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,522
J68	Значні ушкодження шкіри	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,816
J69	Злоякісне новоутворення шкіри	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,645
K01	Загальні втручання щодо діабетичних ускладнень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,08
K02	Операції на гіпофізі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,619
K03	Операції на надниркових залозах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,632
K05	Операції на парашитовидній залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,566
K06	Операції на щитовидній залозі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,841
K06-01	Операції на щитовидній залозі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,841

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
K08	Операції на щитоподібно-під'язиковій ділянці	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,72
K09	Інші загальні втручання, пов'язані з порушеннями ендокринного, травного і метаболічного характеру	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,799
K10	Ревізійні та відкриті бариатричні операції	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,2
K11	Великі лапароскопічні бариатричні операції	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,896
K12	Інші бариатричні операції	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,466
K13	Загальні пластичні втручання при ендокринних, травних і метаболічних розладах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,82
K40	Ендоскопічні процедури і діагностичні обстеження при метаболічних розладах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,043
K40-01	Ендоскопічні процедури і діагностичні обстеження при метаболічних розладах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,043
K60	Діабет	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,865

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
K61	Важкі порушення травлення	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,948
K62	Інші метаболічні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,696
K63	Вроджені порушення метаболізму	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,591
K64	Ендокринні порушення	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,708
L02	Хірургічне встановлення перитонеального катетера для діалізу	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,849
L02-01	Хірургічне встановлення перитонеального катетера для діалізу до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,849
L03	Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі при новоутвореннях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,732
L04	Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі, не пов'язані з новоутвореннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,889
L05	Трансуретральна простатектомія при порушенні сечовиділення	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,835

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
L06	Інші операції на сечовому міхурі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,912
L06-01	Інші операції на сечовому міхурі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,912
L07	Інші трансуретральні операції	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,603
L07-01	Інші трансуретральні операції до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,603
L08	Операції на сечівнику	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,809
L08-01	Операції на сечівнику до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,809
L09	Інші операції при захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,481
L40	Уретроскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,552
L41	Цистоуретроскопія при порушенні сечовиділення	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;	0,501

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
		Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	
L41-01	Цистоуретроскопія при порушенні сечовиділення до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,501
L42	Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,601
L42-01	Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,601
L60	Ниркова недостатність	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,259
L61	Гемодіаліз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,343
L62	Новоутворення нирок і сечовивідних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,047
L63	Інфекції нирок і сечовивідних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,661
L64	Камені та обструкція сечовивідних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,507

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
L65	Ознаки і симптоми захворювання нирок і сечовивідних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,628
L66	Стриктури сечівника	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,403
L67	Інші розлади нирок і сечовивідних шляхів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,542
L68	Перитонеальний діаліз	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,343
M01	Складні операції на органах малого таза у чоловіків	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,253
M02	Трансуретральна простатектомія при захворюваннях органів репродуктивної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,899
M03	Операції на чоловічому статевому органі	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,712
M03-01	Операції на чоловічому статевому органі до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,712
M04	Операції на яєчках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,754

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
M04-01	Операції на яєчках до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,754
M05	Обрізання	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,636
M05-01	Обрізання до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,636
M06	Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,947
M06-01	Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,947
M40	Цистоуретроскопія при захворюваннях органів чоловічої репродуктивної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,097
M40-01	Цистоуретроскопія при захворюваннях органів чоловічої репродуктивної системи до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,097
M60	Злоякісні захворювання органів чоловічої репродуктивної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,295

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
M61	Доброякісна гіпертрофія передміхурової залози	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,555
M62	Запалення органів чоловічої репродуктивної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,6
M64	Інші розлади чоловічої репродуктивної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,302
N01	Евісцерація органів малого таза і радикальна вульвектомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,984
N04	Гістеректомія при доброякісних новоутвореннях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,742
N05	Оофоректомія та комплексні операції на фаллопієвих трубах при доброякісних новоутвореннях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,426
N06	Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,331
N06-01	Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,331
N07	Інші операції на матці і придатках матки при доброякісних новоутвореннях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,816

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
N08	Ендоскопічні і лапароскопічні операції на органах жіночої репродуктивної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,269
N08-01	Ендоскопічні і лапароскопічні операції на органах жіночої репродуктивної системи до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,269
N09	Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,642
N09-01	Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,642
N10	Діагностичне вишкрібання та діагностична гістероскопія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,304
N10-01	Діагностичне вишкрібання та діагностична гістероскопія до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,304
N11	Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,332
N11-01	Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,332
N12	Операції на матці і придатках матки при злякисних новоутвореннях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,177

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
N12-01	Операції на матці і придатках матки при злоякісних новоутвореннях до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,177
N60	Злоякісні новоутворення жіночої репродуктивної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,634
N61	Інфекції жіночої репродуктивної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,447
N62	Менструальні та інші розлади жіночої репродуктивної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,289
O03	Позаматкова вагітність	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,003
O04	Післяпологовий і післяабортний період із загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,363
O04-01	Післяпологовий і післяабортний період із загальними втручаннями до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,363
O05	Аборт із загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,375
O05-01	Аборт із загальними втручаннями до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,375

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
O61	Післяпологовий і післяабортний період без загальних втручань	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,61
O63	Аборт без загальних втручань	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,303
O66	Аntenатальна та інша акушерська госпіталізація	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,308
O67	Пологи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,956
P69	Неонатальна допомога	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,293
Q01	Спленектомія	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,255
Q02	Порушення з боку системи кровотворення та імунної системи з іншими загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,248
Q60	Розлади системи мононуклеарних фагоцитів та імунної системи	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,919
Q61	Захворювання, пов'язані з еритроцитами	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,473

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
Q62	Розлади коагуляції	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,2
R01	Лімфома та лейкемія із значними загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,479
R02	Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,778
R03	Лімфома та лейкемія з іншими загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,258
R04	Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,837
R60	Гостра лейкемія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,69
R61	Лімфома і хронічна лейкемія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,185
R62	Інші неопластичні захворювання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,083
R63	Хіміостаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,21
T01	Інфекційні і паразитарні захворювання із загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,579

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
Т40	Інфекційні і паразитарні захворювання, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3,339
Т60	Септицемія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,066
Т61	Післяопераційні інфекції	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,98
Т62	Лихоманка невідомого генезу	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,592
Т63	Вірусні захворювання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,538
Т64	Інші інфекційні та паразитарні захворювання	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,347
U40	Лікування психічних розладів за допомогою електросудомної терапії	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,186
U60	Лікування психічних розладів без електросудомної терапії	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,07

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
U61	Шизофренія	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,435
U62	Параноя і гострі психотичні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,422
U63	Складні афективні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,239
U64	Інші афективні і соматоформні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,629
U65	Тривожні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,604
U66	Розлади харчової поведінки та обсесивно-компульсивні розлади	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,517
U67	Розлади особистості і гострі реакції на стрес	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,445
U68	Розлади психіки у дітей	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,775
V60	Алкогольна інтоксикація та абстиненція	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,339

Продовження додатка 1

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
V61	Наркотична інтоксикація та абстиненція	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,372
V62	Зловживання алкоголем та алкогольна залежність	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,463
V63	Вживання і залежність від опіодів	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,321
V64	Вживання і залежність від інших наркотиків та речовин	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,504
W01	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	9,841
W02	Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,367
W03	Абдомінальні операції при множинних значних травмах	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,834
W04	Множинні значні травми з іншими загальними втручаннями	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5,802
W60	Пацієнти з множинними значними травмами, переведені до відділення інтенсивної терапії (від перелому до переведення у відділення інтенсивної	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,95

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
	терапії минуло менше п'яти днів)		
W61	Множинні значні травми без загальних втручань	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	2,257
X02	Мікрovasкулярні пересадки тканин та шкіри при пошкодженнях кисті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3,473
X04	Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,982
X04-01	Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,982
X05	Інші операції при пошкодженні кисті	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,557
X05-01	Інші операції при пошкодженні кисті до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,557
X06	Інші операції при інших пошкодженнях	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,887
X06-01	Інші операції при інших пошкодженнях до 24 годин	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	1,887
X07	Пересадки шкіри при пошкодженнях, крім кистей	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,224

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
Х40	Травми, отруєння та інтоксикація в результаті споживання наркотиків або речовин із застосуванням вентиляції	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,063
Х60	Травми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,934
Х61	Алергічні реакції	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,268
Х62	Отруєння/інтоксикація в результаті споживання наркотиків та інших речовин	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,458
Х63	Ускладнення в результаті лікування	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,712
Х64	Інші пошкодження, отруєння та інтоксикації	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,541
У01	Вентиляція, що здійснювалася 96 годин і більше, або трахеостомія при опіках, або загальні втручання при важких глибоких опіках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	34, 535
У02	Пересадки шкіри при інших опіках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4,5

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
Y03	Інші загальні втручання при інших опіках	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,27
Y60	Пацієнти з опіками, переведені до відділення інтенсивної терапії (госпіталізація менше п'яти днів)	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,429
Y61	Важкі опіки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3,729
Y62	Інші опіки	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,337
Z01	Інші звернення до органів охорони здоров'я щодо загальних втручань	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,639
Z40	Інші звернення до органів охорони здоров'я щодо ендоскопії	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	0,159
Z60	Реабілітація	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,151
Z65	Вроджені аномалії і проблеми, що діагностуються після неонатального періоду	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,797
Z66	Порушення сну	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,154

Код	Група	Пакет послуг	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
801	Загальні втручання, не пов'язані з основним діагнозом	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,337
802	Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, середньої важкості	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,227
803	Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, високої важкості	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3,143
804	Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, критичної важкості	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	8,741
805	Інші хірургічні втручання, пов'язані з віддаленими наслідками мінно-вибухової травми	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	1,91
806	Наслідки мінно-вибухової травми (важкі опіки, внутрішньочерепні травми)	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3,17
807	Інші захворювання, пов'язані з віддаленими наслідками мінно-вибухової травми	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1,02

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 2025 році (далі — Порядок), розраховується за такою формулою:

$$BRC_{\text{plan}} = (\text{Bud}_{\text{total}} - \text{Bud}_{\text{gb}} - \text{DRG}_{\text{fact}}) / \text{DRG}_{\text{plan}},$$

де BRC_{plan} — коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного періоду;

$\text{Bud}_{\text{total}}$ — 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.

ВАГОВІ КОЕФІЦІЄНТИ

діагностично-споріднених груп для пакетів медичних послуг, передбачених у підпункті 8 пункту 40 глави 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році при множинних (чисельних) операціях в межах одного пролікованого випадку

Код	Група (пакет медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
W01+W02	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах та операції на кульшовому суглобі, стегні та нижніх кінцівках	14,135
W01+W03	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах та абдомінальні операції при множинних значних травмах	13,708
W02+W03	Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах та абдомінальні операції при множинних значних травмах	9,234
W01+W02+W03	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах/Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах/Абдомінальні операції при множинних значних травмах	17,035
W01+W02+W03+E01	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах/Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах/Абдомінальні операції при множинних значних травмах/Складні операції на грудній клітці	19,085

Код	Група (пакет медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)	Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп
W01+W02+E01	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах/ Операції на кульшовому суглобі, стегні та нижніх кінцівках/Складні операції на грудній клітці	17,2094
W01+W03+E01	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах/ Абдомінальні операції при множинних значних травмах/Складні операції на грудній клітці	16,7824
W01+E01	Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах та складні операції на грудній клітці	13,9402
W02+W03+E01	Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах/Абдомінальні операції при множинних значних травмах/Складні операції на грудній клітці	12,3084
W02+E01	Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах та складні операції на грудній клітці	9,4662
W03+E01	Абдомінальні операції при множинних значних травмах та складні операції на грудній клітці	8,9332

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 24 грудня 2024 р. № 1503

ЗМІНИ,
що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України

1. Пункт 3 постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 р. № 239 “Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну” (Офіційний вісник України, 2016 р., № 28, ст. 1111) виключити.

2. Пункт 4 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 “Про утворення Національної служби здоров'я України” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 15, ст. 507; 2020 р., № 2, ст. 59), доповнити підпунктом 3⁴ такого змісту:

“3⁴) затверджує алгоритми та правила щодо визначення медичної послуги в рамках програми медичних гарантій як такої, що підлягає оплаті за тарифом;”.

3. Пункт 1 додатка 3 до 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; 2023 р., № 46, ст. 2460), доповнити підпунктом 12 такого змісту:

“12) забезпечувати виконання вимог щодо покращеного харчування військовослужбовців під час їх лікування відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 13 серпня 2024 р. № 955 “Про затвердження Порядку забезпечення покращеного харчування військовослужбовців під час лікування у закладах охорони здоров'я усіх форм власності та підпорядкування відповідно до норм, які застосовуються у військово-медичних закладах” (Офіційний вісник України, 2024 р., № 80, ст. 4723).”.

4. У додатках до Порядку проведення державної оцінки медичних технологій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 р. № 1300 (Офіційний вісник України, 2021 р., № 2, ст. 94; 2024 р., № 103, ст. 6574):

1) пункт 11 додатка 2 доповнити підпунктом 2¹ такого змісту:

“2¹) орієнтовний обсяг щорічної 100 відсотків потреби в лікарському засобі (в одиницях лікарської форми);”;

2) пункт 4 додатка 3 виключити;

3) додаток 4 доповнити пунктом 4¹ такого змісту:

“4¹. Додатково щодо лікарських засобів, для яких рекомендується застосування процедури укладення договорів керованого доступу, у формі додатка до висновку подається така інформація (у разі наявності):

орієнтовний обсяг 100 відсотків потреби предмета закупівлі за договорами керованого доступу протягом трьох років на основі даних досьє заявника;

орієнтовний обсяг фінансування видатків протягом трьох років;

рекомендована ціна за одиницю предмета закупівлі за договорами керованого доступу, необхідна для досягнення показника ефективності витрат на рівні менше 1 валового внутрішнього продукту на душу населення, 1—3 валового внутрішнього продукту на душу населення, 3—5 валового внутрішнього продукту на душу населення відповідно до висновку з державної оцінки медичних технологій.”.

5. У підпункті 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; 2024 р., № 21, ст. 1351):

1) в абзаці третьому слова “(крім лікарів-інтернів)” і “(крім фармацевтів-інтернів)” виключити;

2) доповнити підпункт після абзацу третього новим абзацом такого змісту:

“15000 гривень для осіб, які займають посади у закладах охорони здоров’я лікарів-інтернів, що віднесені єдиними кваліфікаційними вимогами до посад фахівців;”.

У зв’язку з цим абзаци четвертий — восьмий вважати відповідно абзацами п’ятим — дев’ятим;

3) в абзаці п’ятому слова “(крім лікарів-інтернів та фармацевтів-інтернів)” виключити;

4) в абзаці першому підпункту 1¹ цифри “2024” замінити цифрами “2025”.

6. У постанові 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, № 90, ст. 5806):

1) в абзаці шостому пункту 5 слова і цифри “1 лютого 2025 р.” замінити словами і цифрами “1 березня 2025 р.”;

2) в абзаці третьому пункту 5¹ цифри і слова “1 березня 2025 року” замінити цифрами і словами “1 квітня 2025 року”;

3) у пункті 6 цифри і слова “2025 року” замінити цифрами і словами “2026 року”.

7. У додатку до постанови 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):

- 1) розділ “Заклади вищої освіти МОЗ” доповнити такою позицією:
 “Національний фармацевтичний університет 02010936”;
- 2) розділ “Заклади охорони здоров’я МОЗ” доповнити такими позиціями:
- | | |
|--|------------|
| “Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни | 05480766 |
| Державний заклад “Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров’я України” | 23598715 |
| Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров’я України | 22863747 |
| Державна установа “Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров’я України” | 02012125 |
| Державний заклад “Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров’я України” | 20072556 |
| Державний заклад “Басейнова стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров’я України” | 02775165”. |
-