



**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**  
**ПОСТАНОВА**

від №

Київ

**Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік**

Відповідно до пункту 2 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет Міністрів України **постановляє:**

1. Затвердити Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, що додається.

2. Установити, що договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік (далі - договори) з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 26 грудня 2018 року та протягом 2019 року;

3. Пункт 7 Додатку 1 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570) викласти в такій редакції:

« 7. У 2018 році та у першому півріччі 2019 року для комунальних закладів охорони здоров'я до суми оплати за звітний період додається 1/12 від добутку кількості пацієнтів із червоного списку станом на 1 число місяця звітного періоду та застосовного тарифу відповідно до Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на відповідний рік. Станом на 1 січня 2018 року кількість наявного населення на території обслуговування надавача (відповідного комунального закладу охорони здоров'я) становила \_\_\_\_\_ осіб.».

4. Ця постанова набирає чинності з дня її офіційного опублікування та діє до 31 грудня 2019 року, окрім абзацу третього пункту 3, абзацу третього пункту

5, пунктів 10 та 11 Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, затвердженого цією постановою, які діють до 30 червня 2019 року.

**Прем'єр-міністр України**

**В. ГРОЙСМАН**

**Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік**

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, встановлює тарифи та коригувальні коефіцієнти.

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі – договір) з Національною службою здоров'я, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою.

3. В цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

зелений список – перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подали відповідному надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – декларації), станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

червоний список – неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 11 цього Порядку;

ліміт – оптимальний обсяг практики (ООП) первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ;

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших законодавчих актах.

4. Перелік медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій на 2019 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

5. Тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюються як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та складають:

за одного пацієнта, включеного до зеленого списку, – 370 гривень на рік;

за одного пацієнта, включеного до червоного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я до 30 червня 2019 року включно), – 120 гривень на рік.

6. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, включеного до зеленого списку, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років	- 4
від 6 до 17 років	- 2,2
від 18 до 39 років	- 1
від 40 до 64 років	- 1,2
понад 65 років	- 2

7. Якщо медичне обслуговування пацієнта, включеного до зеленого списку, здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 6 цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.

8. До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

рівень перевищення ліміту	коефіцієнт
від 110% ООП + 1 декларація до 120% ООП включно	0,8
від 120% ООП + 1 декларація до 130% ООП включно	0,6
від 130% ООП + 1 декларація до 140% ООП включно	0,4
від 140% ООП + 1 декларація до 150% ООП включно	0,2
від 150% ООП + 1 декларація і всі наступні	0,0

Розподіл пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації про вибір лікаря, який працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.

9. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пункті 6 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, які подали декларації понад ліміт.

10. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пунктах 6 і 7 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку.

11. Кількість пацієнтів, включених до червоного списку, для надавачів медичних послуг, які є комунальними закладами охорони здоров'я, розраховується щомісяця до 30 червня 2019 року включно за такою формулою:

$$ЧС = НН \times (1 - ЗС / СНН), \text{ де}$$

ЧС – кількість пацієнтів, включених до червоного списку;

НН – кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується відповідним комунальним закладом охорони здоров'я, станом на 1 січня 2018 року, визначена у договорі, укладеному з НСЗУ;

ЗС – загальна кількість пацієнтів, що подали декларації, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я всім надавачам медичних послуг, які уклали договір з НСЗУ та розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади);

СНН – сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується усіма комунальними закладами охорони здоров'я, які уклали договори з НСЗУ станом на 1 число відповідного місяця та розташовані у межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади), що розраховується шляхом додавання кількості наявного населення, що визначена у таких договорах.

Якщо ЧС має значення менше нуля, ЧС становить нуль.

12. Оплата за надані медичні послуги здійснюється в порядку, встановленому договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеному з НСЗУ.

13. Тарифи, встановлені у пункті 5 цього Порядку, включають ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

---