

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо реалізації програми медичних гарантій»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта	Пояснення змін
Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»		
<p>2. Установити, що:</p> <p>...</p> <p>до забезпечення створення технічної можливості для здійснення документообігу, пов'язаного з укладенням, зміною, виконанням та припиненням договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій через електронну систему охорони здоров'я, такі договори укладаються в електронному вигляді з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг.</p> <p><i>відсутнє</i></p>	<p>2. Установити, що:</p> <p>...</p> <p>до забезпечення створення технічної можливості для здійснення документообігу, пов'язаного з укладенням, зміною, виконанням та припиненням договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій через електронну систему охорони здоров'я, такі договори укладаються в електронному вигляді з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг;</p> <p>в період з 01 квітня до 30 червня 2020 р. включно діє спрощений механізм внесення інформації про надані пацієнтам медичні послуги, віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених в главі 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного</p>	<p>Запровадження спрощеного механізму внесення медичних записів до електронної системи охорони здоров'я протягом II кварталу 2020 року для вивільнення ресурсів для протидії розповсюдженню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.</p>

	<p>обслуговування населення у 2020 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 року № 65 (Офіційний вісник України, 2020 р., № 18, ст. 688), до електронної системи охорони здоров'я відповідно до пункту 21¹ Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої цією постановою, який не передбачає обов'язкового ведення медичних записів, зведених відомостей про надані послуги пацієнтам, крім медичних записів щодо надання медичних послуг пацієнтам, із захворюваннями органів дихання, інфекційними захворюваннями, зокрема гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, а також летальних випадків.</p>	
<p align="center">Додаток 2 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410</p>		
<p>5. У разі коли протягом трьох місяців підряд <i>ціна наданих медичних послуг</i> вища або нижча, ніж запланована вартість медичних послуг за відповідний квартал, на вимогу замовника</p>	<p>5. У разі коли протягом трьох місяців підряд фактична вартість наданих медичних послуг вища або нижча, ніж запланована вартість медичних послуг за відповідний</p>	<p>Уточнення термінології, що застосовується.</p>

<p>сторони повинні підписати договір про внесення змін до договору, в якому визначити скориговані заплановану вартість послуг та у разі потреби граничні суми оплати на наступні місяці. У разі ухилення надавача від підписання договору про внесення змін до договору стосовно коригування ціни договору замовник має право зупинити оплату послуг за договором.</p>	<p>квартал, на вимогу замовника сторони повинні підписати договір про внесення змін до договору, в якому визначити скориговані заплановану вартість послуг та у разі потреби граничні суми оплати на наступні місяці. У разі ухилення надавача від підписання договору про внесення змін до договору стосовно коригування ціни договору замовник має право зупинити оплату послуг за договором.</p>	
<p>ПОРЯДОК реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»</p>		
<p>9. Визначення медичної послуги як такої, що належить до відповідного пакета медичних послуг, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом та/або проведеними медичними процедурами або хірургічними операціями, зазначеними у відповідному медичному записі, внесеному в електронну систему охорони здоров'я, відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2019 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" та/або національного класифікатора НК</p>	<p>9. Визначення медичної послуги як такої, що належить до відповідного пакета медичних послуг, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом та/або проведеними медичними процедурами або хірургічними операціями, зазначеними у відповідному медичному записі, внесеному в електронну систему охорони здоров'я, відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2019 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" та/або національного</p>	<p>Запровадження спрощеного механізму віднесення медичних послуг до відповідного пакету медичних послуг протягом II кварталу 2020 року</p>

<p>026:2019 “Класифікатор медичних інтервенцій”, затверджених Мінекономіки.</p> <p><i>відсутнє</i></p>	<p>класифікатора НК 026:2019 “Класифікатор медичних інтервенцій”, затверджених Мінекономіки.</p> <p>В період з 1 квітня 2020 року до 30 червня 2020 року включно підтвердження надання медичної послуги як такої, що належить до пакетів медичних послуг, зазначених в главі 3 розділу II цього Порядку, здійснюється НСЗУ на підставі звітів про медичні послуги, що складаються в порядку, передбаченому Типовою формою договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (Офіційний вісник України, 2018 р., №45, ст. 1570; 2019 р., № 20, ст. 682).</p>	
<p>17. У межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, на початок бюджетного періоду формується резерв коштів в обсязі не більше одного відсотка обсягу бюджетних асигнувань, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої реалізується програма медичних гарантій.</p>	<p>17. У межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, на початок бюджетного періоду формується резерв коштів в обсязі не більше одного відсотка обсягу бюджетних асигнувань, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої реалізується програма медичних гарантій.</p>	<p>Передбачення можливості оперативного використання резерву коштів, створеного в межах бюджетних асигнувань, у разі необхідності.</p>

<p>Резерв коштів формується для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій, та використовується НСЗУ за погодженням з МОЗ насамперед у разі потреби за напрямками, передбаченими у <i>главах 1, 3-7, 15-17, 23-26</i> розділу II цього Порядку.</p> <p>Резерв коштів не може бути використаний на момент підписання договорів з метою визначення запланованої вартості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг за договорами.</p>	<p>Резерв коштів формується для оплати медичних послуг, передбачених програмою медичних гарантій, та використовується НСЗУ за погодженням з МОЗ насамперед у разі потреби за напрямками, передбаченими у <i>главах 1-7, 15-17, 23-26</i> розділу II цього Порядку.</p> <p>Резерв коштів може бути використаний НСЗУ понад тарифи та коригувальні коефіцієнти, визначені у розділі II цього Порядку за відповідними напрямками.</p>	
<p>21. Якщо медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у <i>пункті 3 глави 1 розділу II</i> цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.</p>	<p>21. Якщо медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 20 цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.</p>	<p>Уточнення посилання на структурну одиницю акта.</p>

<p>26. Тариф на медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка, що розрахована на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, протягом дев'яти місяців для 100 осіб, та становить 11661,24 гривні.</p> <p>Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, розраховується як добуток чисельності населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення, та даних Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня 2019 року.</p>	<p>26. Тариф на медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, передбачені специфікаціями, встановлюється як глобальна ставка, що розрахована на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, протягом дев'яти місяців для 100 осіб, та становить 11661,24 гривні.</p> <p>Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, розраховується як добуток базової капітаційної ставки та чисельності населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення, та даних Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня 2019 року, розділеної на 100.</p>	<p>Уточнення порядку визначення запланованої вартості медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою.</p>
--	--	---

<p>31. ...</p> <p>Планова кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” за кожною діагностично-спорідненою групою розраховується як заокруглення до цілого числа 3/4 зазначеної в заяві кількості пролікованих випадків за кожною групою, розрахованої відповідно до суми кількості послуг у графах 1, 3, 4, 7 таблиці 3220 звіту, крім:</p> <p>...</p> <p><i>рядка 16.0, якщо заклад подає заяву за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 6 розділу II цього Порядку;</i></p> <p><i>рядка 17.0, крім даних, поданих у заяві за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 7 розділу II цього Порядку,</i></p>	<p>31. ...</p> <p>Планова кількість медичних послуг за пакетом медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій” за кожною діагностично-спорідненою групою розраховується як заокруглення до цілого числа 3/4 зазначеної в заяві кількості пролікованих випадків за кожною групою, розрахованої відповідно до суми кількості послуг у графах 1, 3, 4, 7 таблиці 3220 звіту, крім:</p> <p>...</p> <p>кількості послуг, визначених в рядку 16.0, зменшених на кількість медичних послуг та підтверджених за заявою за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 6 розділу II цього Порядку;</p> <p>кількості послуг, визначених в рядку 17.0, зменшених на кількість медичних послуг та підтверджених за заявою за пакетом медичних послуг, визначеним у главі 7 розділу II цього Порядку;</p>	<p>Уточнення порядку визначення планової кількості медичних послуг, що відносяться до пакетів медичних послуг, зазначених в главах 6, 7 розділу II Порядку.</p>
---	---	---

32. Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць встановлюється як комбінація глобальної ставки (PPG_{plan}) та ставки на пролікований випадок на основі діагностично-спорідненої групи (PPD_{plan}) у такому порядку:

Місяць	Частка глобальної ставки (PPG_{plan}), відсотків	Частка ставки на пролікований випадок (PPD_{plan}), відсотків
Квітень	100	0
Травень	90	10
Червень	75	25
Липень	60	40
Серпень	60	40
Вересень	60	40
Жовтень	60	40

32. Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць встановлюється як комбінація глобальної ставки (PPG_{plan}) та ставки на пролікований випадок на основі діагностично-спорідненої групи (PPD_{plan}) у такому порядку:

Місяць	Частка глобальної ставки (PPG_{plan}), відсотків	Частка ставки на пролікований випадок (PPD_{plan}), відсотків
Квітень	100	0
Травень	100	0
Червень	100	0
Липень	90	10
Серпень	75	25
Вересень	60	40
Жовтень	60	40
Листопад	60	40

Зміна пропорційного розподілу глобальної ставки та ставки на пролікований випадок при оплаті медичних послуг, пов'язаних з хірургічними операціями дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарною допомогою дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій.

<p>Листопад 60 40</p> <p>Грудень 60 40</p>	<p>Грудень 60 40</p>	
<p>33. Фактична вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць розраховується як сума розміру глобальної ставки на медичні послуги за місяць та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця, базової ставки, фактичного індексу структури випадків, коефіцієнта збалансованості бюджету та інших коефіцієнтів, що застосовуються у відповідному періоді.</p> <p>...</p> $CMI_{fact} = \frac{\sum Cases_{fact_i} \times RW_i}{Cases_{plan}},$ <p>...</p> <p>де:</p> <p>...</p> <p>$Cases_{plan}$ — загальна фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.</p>	<p>33. Фактична вартість медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць розраховується як сума розміру глобальної ставки на медичні послуги за місяць та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця, базової ставки, фактичного індексу структури випадків, коефіцієнта збалансованості бюджету та інших коефіцієнтів, що застосовуються у відповідному періоді.</p> <p>...</p> $CMI_{fact} = \frac{\sum Cases_{fact_i} \times RW_i}{Cases_{fact}},$ <p>...</p> <p>де:</p> <p>...</p> <p>$Cases_{fact}$ — загальна фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.</p>	<p>Уточнення назв змінних, що використовуються у формулі розрахунку фактичної вартості медичних послуг.</p>

<p>45. Коригувальні коефіцієнти залежно від складності наданої медичної послуги становлять:</p> <p>під час надання медичних послуг новонародженим з масою тіла до 1500 грамів - 3,32;</p> <p>під час надання медичних послуг новонародженим з масою тіла <i>більше 1500 грамів</i> - 0,879.</p>	<p>45. Коригувальні коефіцієнти залежно від складності наданої медичної послуги становлять:</p> <p>під час надання медичних послуг новонародженим з масою тіла до 1500 грамів - 3,32;</p> <p>під час надання медичних послуг новонародженим з масою тіла 1500 грамів і більше - 0,879.</p>	<p>Технічне уточнення маси тіла новонароджених для застосування коригувального коефіцієнта.</p>
<p>50. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток <i>3/4 кількості медичних послуг</i>, що містяться у заяві згідно з даними звіту, базової ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів.</p>	<p>50. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток заокругленої до цілого числа 3/4 кількості медичних послуг, що містяться у заяві згідно з даними звіту, базової ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів.</p>	<p>Технічне уточнення порядку розрахунку запланованої вартості медичних послуг.</p>
<p>55. Фактична вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах на один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг за <i>один</i> місяць.</p>	<p>55. Фактична вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах на один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг за відповідний місяць.</p>	<p>Прив'язка фактичної вартості медичних послуг до кількості наданих послуг за кожний місяць окремо.</p>
<p>70. Фактична вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних</p>	<p>70. Фактична вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних</p>	<p>Прив'язка фактичної вартості медичних послуг</p>

<p>умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за <i>один</i> місяць.</p>	<p>умовах за один місяць за кожним договором розраховується як добуток ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів та кількості фактично наданих послуг за відповідний місяць.</p>	<p>до кількості наданих послуг за кожний місяць окремо.</p>
<p>90. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток 3/4 кількості пролікованих випадків згідно з інформацією, зазначеною у заяві, що розрахована за даними звіту, та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.</p>	<p>90. Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток заокругленої до цілого числа 3/4 кількості пролікованих випадків згідно з інформацією, зазначеною у заяві, що розрахована за даними звіту, та базової ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коефіцієнтів.</p>	<p>Уточнення порядку розрахунку вартості послуг.</p>

Генеральний директор
Директорату медичних послуг
« ____ » _____ 2020 року

Оксана СУХОПУКОВА