|  |
| --- |
| https://zakonst.rada.gov.ua/images/gerb.gif |
| **КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**  **ПОСТАНОВА** |
| **від 18 грудня 2018 р. № 1117** **Київ** |

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

{Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ   
[№ 26 від 16.01.2019](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/26-2019-%D0%BF#n2)}

Відповідно до [пункту 2](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n159) 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](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n11), що додається.

2. Установити, що договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік з комунальними закладами охорони здоров’я укладаються до 26 грудня 2018 р. та не пізніше 30 листопада 2019 року.

3. Внести у [додаток 1](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#n52) до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570), зміну, що додається.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2019 року.

|  |  |
| --- | --- |
| **Прем'єр-міністр України** | **В.ГРОЙСМАН** |
| **Інд. 73** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ЗАТВЕРДЖЕНО** **постановою Кабінету Міністрів України** **від 18 грудня 2018 р. № 1117** |

**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 НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов’язаних з первинною медичною допомогою.

3. В цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

зелений список - перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подали відповідному надавачу медичних послуг [декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92)(далі - декларації), станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров’я;

ліміт - оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у [Порядку надання первинної медичної допомоги](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19), затвердженому МОЗ;

червоний список - неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів комунального закладу охорони здоров’я, розрахована відповідно до [пункту 11](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n33) цього Порядку.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в [Основах законодавства України про охорону здоров’я](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12), [Законі України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19) “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та інших законодавчих актах.

4. Перелік послуг з медичного обслуговування населення (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](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19), 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 становлять:

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 р. 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](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56/95-%D0%B2%D1%80) “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у [пункті 6](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n23) цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до [декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну домопогу](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92).

8. До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали [декларації](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

|  |  |
| --- | --- |
| Рівень перевищення ліміту | Коефіцієнт |
| Від 110 відсотків ліміту + 1 [декларація](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) до 120 відсотків ліміту включно | 0,8 |
| Від 120 відсотків ліміту + 1 [декларація](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) до 130 відсотків ліміту включно | 0,6 |
| Від 130 відсотків ліміту + 1 [декларація](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) до 140 відсотків ліміту включно | 0,4 |
| Від 140 відсотків ліміту + 1 [декларація](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) до 150 відсотків ліміту включно | 0,2 |
| Від 150 відсотків ліміту + 1 [декларація](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) і всі наступні | 0 |

Розподіл пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали [декларації](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у [пункті 6](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n23) 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](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n23) цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов’язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, які подали [декларації](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92) понад ліміт.

10. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у [пунктах 6](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n23) і [7](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n25) цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов’язаних з первинною медичною допомогою пацієнтам, включених до червоного списку.

*{Пункт 10 в редакції Постанови КМ*[*№ 26 від 16.01.2019*](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/26-2019-%D0%BF#n5)*}*

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

ЧС = НН **×** (1 - ЗС / СНН),

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 р., визначена у договорі, укладеному з НСЗУ;

ЗС - загальна кількість пацієнтів, що подали [декларації](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92), 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 або об’єднаної територіальної громади);

СНН - сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується всіма 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 або 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 відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного з НСЗУ.

13. Тарифи, встановлені у [пункті 5](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF#n20) цього Порядку, включають ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ЗАТВЕРДЖЕНО** **постановою Кабінету Міністрів України** **від 18 грудня 2018 р. № 1117** |

**ЗМІНА,**  
**що вноситься у**[**додаток 1**](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#n52)**до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій**

Пункт 7 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. На 1 січня 2018 р. кількість наявного населення на території обслуговування надавача (відповідного комунального закладу охорони здоров’я) становила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осіб.”.