

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 13 квітня 2024 р. № 428

ЗМІНИ,
що вносяться до Порядку реалізації програми державних
гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році

1. Пункт 3 після абзацу першого доповнити новим абзацом такого змісту:

“амбулаторний епізод медичної допомоги — період від першого звернення пацієнта до закладу охорони здоров’я за медичною допомогою щодо певної проблеми із здоров’ям із внесенням відповідної інформації до електронної системи охорони здоров’я до останньої взаємодії (включно) щодо тієї ж проблеми, розрізняють такі типи епізодів: діагностика, профілактика, лікування;”.

У зв’язку з цим абзаци другий — шістнадцятий вважати відповідно абзацами третім — сімнадцятим.

2. У пункті 7:

1) абзац дванадцятий викласти в такій редакції:

“НСЗУ не оплачує починаючи з 1 квітня 2024 р. 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 32 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).”;

2) доповнити пункт після абзацу дванадцятого новими абзацами такого змісту:

“У разі допустимого перевищення закладом охорони здоров’я реабілітаційної спроможності, до оплати включаються реабілітаційні послуги, надані понад допустиму спроможність, із застосуванням до ставки на пролікований випадок коригувального коефіцієнта 0,9 з наступним застосуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта, зазначених у главі 32 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.”.

У зв'язку з цим абзаци тринадцятий — тридцять п'ятий вважати відповідно абзацами п'ятнадцятим — тридцять сьомим;

3) після абзацу двадцять шостого доповнити пункт новими абзацами такого змісту:

“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, що передбачені у главі 8 розділу II цього Порядку, не більше ніж один раз на рік для одного пацієнта.

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

У зв'язку з цим абзаци двадцять сьомий — тридцять сьомий вважати відповідно абзацами тридцятим — сороковим;

4) абзац тридцять п'ятий викласти в такій редакції:

“наведених у главі 29 розділу II цього Порядку, — лише ті послуги, що надавалися не менше п'яти календарних днів, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених п'яти днів, та не більше 180 днів сукупно на рік одному пацієнту, крім дітей та пацієнтів з наслідками травматичного ушкодження головного або спинного мозку з порушенням функції та хронічним болем, апалічним синдромом;”;

5) абзац тридцять шостий викласти в такій редакції:

“наведених у главі 30 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;”;

6) в абзаці тридцять дев'ятому слова “що надавалися” замінити словами “що надавалися фахівцями з реабілітації з відповідним обліком в індивідуальному реабілітаційному плані”.

3. У пункті 11:

1) абзац шостий викласти в такій редакції:

“Для розрахунку запланованої вартості договорів, що будуть укладені після 1 січня, для медичних послуг за договорами, що укладаються із

зкладами охорони здоров'я, які розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Міністерства інтеграції, для яких не визначена дата завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), та мали договір згідно з главою 39 розділу II цього Порядку, щодо надання медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3, 8, 22 та 25 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.”;

2) абзац восьмий виключити.

4. Абзац третій пункту 17 викласти в такій редакції:

“Для надавачів медичних послуг, які не надавали за договором у 2023 році медичних послуг, передбачених главою 8 розділу II цього Порядку, запланована кількість таких медичних послуг у 2024 році підлягає коригуванню щомісяця в разі, коли за результатами аналізу інформації в електронній системі охорони здоров'я щодо змін обсягу фактично наданих медичних послуг у звітному місяці встановлено надання послуг в обсязі, меншому від запланованого в договорі (коригування здійснюється в тому числі за звітний місяць).”.

5. У пункті 25:

1) у другому реченні абзацу четвертого цифри і слово “2022 р.” замінити цифрами і словом “2024 р.”;

2) в абзаці п'ятому слова і цифри “з 29 лютого 2016 р. до 28 лютого 2022 р.” замінити словами і цифрами “з 28 лютого 2018 р. до 29 лютого 2024 р.”;

3) в абзаці шостому слова і цифри “з 29 лютого 2016 р. до 28 лютого 2022 р.” замінити словами і цифрами “з 28 лютого 2018 р. до 29 лютого 2024 р.”, а цифри і слово “2022 р.” — цифрами і словом “2024 р.”;

4) в абзаці сьомому слова і цифри “з 29 лютого 2018 р. до 28 лютого 2024 р.” замінити словами і цифрами “з 28 лютого 2018 р. до 29 лютого 2024 р.”;

5) доповнити пункт абзацом такого змісту:

“З 1 жовтня 2024 р. запроваджується проведення оцінки досягнення надавачами медичних послуг за напрямом первинна медична допомога індикатора охоплення жінок віком старше 30 років Пап-тестуванням.”.

6. Абзац п'ятий пункту 26 викласти в такій редакції:

“чисельником є кількість осіб вікової групи 40—64 роки, які за останні 12 місяців (грудень 2023 р. плюс 11 місяців 2024 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 (код 14647-2 — холестерин (моль/об'єм) у сироватці або плазмі крові);”.

7. Підпункт 4 пункту 32 після слова “МОЗ” доповнити словами “(за всіма або окремими місцями надання послуг, визначеними у договорі)”.

8. В абзаці чотирнадцятому пункту 35 слова і цифру “або додаток 4” замінити словами і цифрою “або додаток 3”.

9. У пункті 51 таблицю викласти в такій редакції:

“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 < 10 днів
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)

Код	Коефіцієнт	Послуга
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)
P09	1,15	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

Код	Коефіцієнт	Послуга
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 ≥ 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”.

10. У пункті 54:

- 1) абзац вісімнадцятий виключити;
- 2) доповнити пункт абзацами такого змісту:

“кількість медичних послуг за кожною групою послуг, які були надані відповідно до умов договору за перший місяць дії договору згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, — для надавачів медичних послуг, які не мали укладеного договору з НСЗУ в 2023 році, але мали у I кварталі 2024 р. (для договорів, які діють з 1 квітня 2024 року).

З 1 квітня 2024 р. договори за пакетом послуг “Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах” не укладаються з надавачами медичних послуг, які не надавали відповідних послуг за таким пакетом у 2023 році або у I кварталі 2024 р., за винятком надавачів медичних послуг, які у 2024 році мали укладений договір щодо надання медичних послуг, які віднесені до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 39 розділу II цього Порядку.”.

11. Пункт 125 доповнити абзацами такого змісту:

“До базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти:

1 — у випадку надання медичної допомоги бригадами спеціалізованої паліативної допомоги, які функціонують у складі надавачів, з якими укладено договір щодо надання медичних послуг, передбачених главами 3, 8, 25, 29, 31, 32, 33, 39 розділу II цього Порядку;

0,7 — у випадку надання медичної допомоги бригадами загальної паліативної допомоги.”.

12. Пункт 127 викласти в такій редакції:

“127. Фактична вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток $1/52$ капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості унікальних пацієнтів, 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 відповідного коефіцієнта.”.

13. Пункт 134 доповнити абзацами такого змісту:

“До ставки на медичну послугу (один реабілітаційний цикл) застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності та комплексності наданої послуги, які становлять:

1 — у разі надання реабілітаційної послуги 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 послуги 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).”.

14. Абзац перший пункту 137 викласти в такій редакції:

“137. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг “Готовність закладу охорони здоров’я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях” із закладами охорони здоров’я, визначеними МОЗ за погодженням з Міноборони, закладами охорони здоров’я незалежно від форми власності та фізичними особами — підприємцями, які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), з розрахунку кількості надавачів медичних послуг із заокругленням до цілого числа.”.

15. Абзац п’ятий пункту 167 виключити.

16. Абзац десятий пункту 171 виключити.

17. У додатках до Порядку:

1) додаток 1 після позиції

“С16А	Операції на кришталику. Висока складність (встановлення штучного кришталика)	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2,29”
-------	--	---	-------

доповнити такою позицією:

“С16А-01	Операції на кришталику. Висока складність (встановлення штучного кришталика)	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2,29”;
----------	--	--	--------

2) додаток 4 виключити.
