

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від ____ 2020 р. № _____

**ЗМІНИ,
що вносяться до Порядку реалізації програми державних гарантій
медичного обслуговування населення у 2020 році**

1. Пункт 6 після слів “крім медичних послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах” (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501; Офіційний вісник України, 2016 р., № 77, ст. 2567)” доповнити словами “(крім випадку, визначеного пунктом 40 розділу I цього переліку)”.

2. Пункт 26 викласти в такій редакції:

“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, для 100 осіб, та становить:

протягом періоду з 1 квітня 2020 року до 30 червня 2020 року – 11661,24 гривні;

протягом періоду з 1 липня 2020 року до 31 грудня 2020 року – 16393,70 гривні.

Запланована вартість медичних послуг, пов'язаних з екстреною медичною допомогою, розраховується як добуток базової капітаційної ставки, 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.”.

2. Пункт 35 викласти в такій редакції:

“35. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, яка становить:

протягом періоду з 1 квітня 2020 року до 30 червня 2020 року – 19332,31 гривні;

протягом періоду з 1 липня 2020 року до 31 грудня 2020 року – 26947,00 гривні.”.

3. Пункт 38 викласти в такій редакції:

“38. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, встановлюється як ставка на пролікований випадок, яка становить:

протягом періоду з 1 квітня 2020 року до 30 червня 2020 року – 16001,43 гривні;

протягом періоду з 1 липня 2020 року до 31 грудня 2020 року – 30108,00 гривні.”.

4. У пункті 116¹ слова “(далі – медичні послуги)” виключити.

5. Абзац дев’ятий підпункту 1 та абзац восьмий підпункту 3 пункту 116⁴ після слів “які надають допомогу пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за програмою медичних гарантій” доповнити словами “за цим пакетом медичних послуг”.

6. Доповнити главою 31 такого змісту:

“Глава 31. Перехідне фінансове забезпечення закладів охорони здоров’я для надання медичних послуг

116¹⁵. НСЗУ укладає договори про перехідне фінансове забезпечення закладів охорони здоров’я для надання медичних послуг відповідно до укладених надавачами медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

116¹⁶. Тариф на перехідне фінансове забезпечення закладів охорони здоров’я для надання медичних послуг застосовується протягом періоду з 1 липня 2020 р. до 31 грудня 2020 р.

116¹⁷. Договори на перехідне фінансове забезпечення закладів охорони здоров’я укладаються із закладами, які уклали договір з НСЗУ на надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв’язку з вагітністю та пологами, за виключенням спеціалізованих стоматологічних закладів.

116¹⁸. Запланована вартість перехідного фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я для надання медичних послуг, передбачених цією главою, за місяць розраховується як комбінація глобальної ставки та ставки за результатами виконання договору про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг у частині виконання здійснення умов плану

трансформації закладом охорони здоров'я, затверджених МОЗ в установленому порядку, за формулою:

$$\Sigma_{\text{finance}} = \Sigma_{\text{glob}} * (\text{PPG}_{\text{plan}} + \text{PPC}_{\text{plan}} * K_{\text{plan}}),$$

Σ_{glob} – глобальна ставка;

PPG_{plan} , PPC_{plan} – відповідні заплановані частка глобальної ставки та ставки за виконання договору з НСЗУ у відповідному місяці;

K_{plan} – коефіцієнт виконання умов плану трансформації закладом охорони здоров'я у відповідному місяці, затверджених МОЗ в установленому порядку. При розрахунку планових сум встановлюється рівним 1, при здійсненні виплат використовується фактичний коефіцієнт, за результатами моніторингової оцінки.

Розміри часток глобальної ставки та ставки за результатами виконання договору встановлюються наступним чином:

Місяць	Частка глобальної ставки (PPG_{plan}), відсотків	Частка ставки за результатами виконання договору (PPC_{plan}), відсотків
Липень	100	0
Серпень	100	0
Вересень	100	0
Жовтень	90	0
Листопад	90	10
Грудень	90	10

Глобальна ставка за місяць розраховується за формулою:

$$\Sigma_{\text{glob}} = ((\text{Bud}_{\text{prev}} - \text{Bud}_{\text{pmg}})) / 9,$$

де:

Bud_{prev} – сума фінансування надавача медичних послуг за рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам (І квартал 2020 року помножено на 3);

Bud_{pmg} – сума фінансування надавача медичних послуг відповідно до укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені в главах 3- 26 цього Порядку (за 9 місяців 2020 року).

Виплати на перехідне фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я здійснюються виключно у випадках позитивного значення суми глобальної ставки, розрахованої за формулою, зазначеній в цій главі.

При здійсненні виплати, глобальна ставка перераховується виходячи з фактично отриманих надавачем послуг сум фінансування за договорами медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені в главах 3 - 26 цього Порядку (за 9 місяців 2020 року).”.
