

## КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

## ПОСТАНОВА

**від 24 грудня 2024 р. N 1503**

**Київ**

## Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році

Із змінами і доповненнями, внесеними
 постановами Кабінету Міністрів України
 від 24 січня 2025 року N 122
*(зміни, внесені пунктом 3 змін, затверджених постановою Кабінету*
 *Міністрів України від 24 січня 2025 року N 122, застосовується з* 1 січня 2025 року),
від 28 лютого 2025 року N 224
*(яка застосовується з* 1 березня 2025 року),
від 11 квітня 2025 року N 409,
від 16 травня 2025 року N 569,
від 4 червня 2025 року N 641
*(яка застосовується з* 20 березня 2025 року),
від 25 червня 2025 року N 754,
від 25 червня 2025 року N 755,
від 27 червня 2025 року N 769
*(зміни, внесені* абзацами четвертим - двадцять дев'ятим
 підпункту 3 пункту 2 змін, затверджених постановою Кабінету Міністрів України
 від 27 червня 2025 року N 769, набирають чинності з 1 липня 2025 року),
від 13 серпня 2025 року N 978,
від 3 вересня 2025 року N 1079,
від 3 вересня 2025 року N 1094

Відповідно до частини п'ятої статті 4 Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Затвердити Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, що додається.

2. Установити, що:

1) суми залишків коштів на рахунках державних установ (закладів охорони здоров'я) за спеціальним фондом державного бюджету перераховуються державному некомерційному підприємству, яке є правонаступником відповідної державної установи (закладу охорони здоров'я), що була реорганізована, на небюджетний рахунок, відкритий в органі Державної казначейської служби;

2) заклади охорони здоров'я використовують кошти, отримані згідно з підпунктом 1 цього пункту, за напрямами витрат з урахуванням їх цільового призначення з метою надання медичних послуг;

3) оновлення переліку лікарських засобів, що підлягають реімбурсації та передбачені у додатку до постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2024 р. N 1380 "Деякі питання доступності лікарських засобів, що підлягають реімбурсації у 2025 році", у березні 2025 р. не здійснюється, крім випадків, коли до зазначеного переліку включаються лікарські засоби, які не включено до переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 25 грудня 2024 р. N 2148.

Для лікарських засобів, які не включені до зазначеного переліку лікарських засобів, що затверджений Міністерством охорони здоров'я, застосовуються граничні оптово-відпускні ціни на лікарські засоби, які підлягають реімбурсації, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я від 9 грудня 2024 р. N 2050.

3. Внести до постанов Кабінету Міністрів України зміни, що додаються.

4. Міністерству охорони здоров'я:

1) подати Національній службі здоров'я протягом п'яти робочих днів з дня набрання чинності цією постановою та оновлювати у разі необхідності інформацію про:

надавачів медичних послуг, до глобальної ставки яких застосовуватиметься коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям за пакетом медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій" та "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах", визначеним главою 3 Порядку, затвердженого цією постановою (не більше 100 надавачів);

заклади охорони здоров'я державної форми власності, в яких організовується проведення оцінювання повсякденного функціонування особи;

заклади охорони здоров'я, які готові до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, за погодженням з Міністерством оборони (у разі наявності);

заклади охорони здоров'я, з якими можуть бути укладені договори за пакетом медичних послуг "Медична допомога при гострому мозковому інсульті", а також строк дії таких договорів;

заклади охорони здоров'я державної форми власності, які здійснюють діагностику та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз;

2) подати Національній службі здоров'я до 1 серпня 2025 р. (1 квітня 2025 р. - для випускників за спеціальністю "Технології медичної діагностики та лікування") перелік закладів охорони здоров'я, до яких розподілено випускників закладів вищої освіти для проходження підготовки в інтернатурі за кошти державного бюджету за результатами проведення рейтингового розподілу в інтернатуру у поточному році;

(підпункт 2 пункту 4 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

3) протягом трьох робочих днів з дня набрання чинності цією постановою визначити:

перелік закладів охорони здоров'я, з якими Національна служба здоров'я укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів;

перелік закладів охорони здоров'я, з якими Національна служба здоров'я укладає договори щодо надання медичних послуг із застосуванням трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин;

4) подавати Національній службі здоров'я щомісяця до 10 числа інформацію про кількість лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету та які проходили підготовку в інтернатурі протягом звітного місяця, в розрізі кожного надавача медичних послуг державної та приватної форми власності;

(підпункт 4 пункту 4 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

5) протягом одного місяця з дня набрання чинності цією постановою розробити зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я", затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 29 березня 2002 р. N 117, щодо доповнення кваліфікаційної характеристики професії "Лікар-інтерн" в частині збільшення ступеня участі лікарів-інтернів у наданні всіх видів медичної допомоги;

6) подавати Національній службі здоров'я щомісяця до 15 числа інформацію з Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин щодо проведених трансплантацій відповідно до даних, включених до реєстру задіяних осіб та реєстру анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

7) подавати Національній службі здоров'я щомісяця до 5 числа місяця, що настає за звітним, інформацію з електронної системи оцінювання повсякденного функціонування особи щодо кількості експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, створених на базі закладів охорони здоров'я, кількості розглянутих справ (прийнятих рішень) експертними командами за звітний місяць.

(пункт 4 доповнено підпунктом 7 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

5. Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям (військовим адміністраціям):

1) забезпечити розподіл централізовано закуплених лікарських засобів та медичних виробів згідно з обсягами наданих відповідних медичних послуг, що підлягають оплаті за програмою медичних гарантій у 2025 році, між усіма надавачами медичних послуг, які уклали договір з Національною службою здоров'я, відповідно до вимог Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення здійснення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2011 р. N 298 (Офіційний вісник України, 2011 р., N 22, ст. 917; 2022 р., N 18, ст. 966);

2) подати Національній службі здоров'я:

протягом п'яти робочих днів з дня набрання чинності цією постановою та оновлювати у разі необхідності інформацію про:

- заклади охорони здоров'я комунальної форми власності, визначені для надання медичних послуг за пакетом медичних послуг "Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки";

- заклади охорони здоров'я комунальної форми власності, які визначені для надання медичних послуг за пакетом медичних послуг "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії" та фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії;

- абзац п'ятий підпункту 2 пункту 5 виключено

(згідно з постановою Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

- заклади охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі, визначені для надання медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей з туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах;

- заклади охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі, визначені для надання хірургічної допомоги новонародженим, зокрема при ретинопатії, згідно із затвердженими маршрутами пацієнта за групами захворювань в межах області або поза її межами;

- заклади охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі, визначені як такі, що мають виїзну неонатологічну бригаду невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії і здійснюють транспортування немовлят із закладів охорони здоров'я до свого закладу або інших закладів в межах області або поза її межами згідно із затвердженим маршрутом пацієнта;

- заклади охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі, визначені як перинатальні центри III рівня, які надають допомогу вагітним, роділлям, породіллям групи високого перинатального ризику, зокрема при передчасних пологах до 34 тижнів;

протягом 15 робочих днів з дня набрання чинності цією постановою та оновлювати у разі необхідності погоджений Міністерством охорони здоров'я перелік закладів охорони здоров'я, які визначені як такі, що готові до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, зокрема у зонах можливого радіоактивного забруднення на території адміністративно-територіальних одиниць, де розташовані атомні електростанції;

3) подавати Національній службі здоров'я щомісяця до 10 числа інформацію про кількість лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету та які проходили підготовку в інтернатурі протягом звітного місяця, в розрізі кожного надавача медичних послуг комунальної форми власності;

4) затвердити щомісячні плани-графіки відвідувань населених пунктів медичними працівниками (лікарями, фельдшерами) у разі надання послуг з первинної медичної допомоги, до базової капітаційної ставки яких застосовуються коригувальні коефіцієнти, визначені у підпунктах 2 - 5 пункту 20 розділу II Порядку, затвердженого цією постановою, здійснювати контроль за дотриманням таких планів-графіків та подавати Національній службі здоров'я щомісяця до 10 числа звіт про виконання плану-графіка відвідувань населених пунктів медичними працівниками (лікарями, фельдшерами) для проведення аналізу та врахування результатів, внесених до системи автоматичного моніторингу, алгоритмів автоматизованого оцінювання надавачів медичних послуг з використанням ризик-орієнтованого підходу.

(пункт 5 доповнено підпунктом 4 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

5) до 20 вересня подати Національній службі здоров'я перелік надавачів медичних послуг з надання первинної медичної допомоги державної та комунальної форми власності, у яких всі місця надання послуг розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню на зазначених територіях, та для яких не застосовується коригувальний коефіцієнт звернень, передбачений главою 1 розділу II Порядку, затвердженого цією постановою.

(пункт 5 доповнено підпунктом 5 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1094)

6. Національній службі здоров'я:

1) для внесення та систематизації у центральній базі даних інформації щодо надання медичних послуг, пов'язаних із трансплантацією органів та/або трансплантацією гемопоетичних стовбурових клітин, лікуванням безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, наданням допомоги при апалічному синдромі, амбулаторних послуг забезпечити можливість кодування таких послуг з використанням кодів, передбачених специфікацією таких медичних послуг;

2) до 1 квітня 2025 р. провести аналіз інформації про накопичені залишки коштів на рахунках надавачів медичних послуг та подати Міністерству охорони здоров'я пропозиції щодо механізмів подальшого використання зазначених залишків коштів з метою забезпечення доступності послуги для пацієнта;

(підпункт 2 пункту 6 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2025 р. N 224,
*яка застосовується з* 01.03.2025 р.)

3) забезпечити проведення моніторингу надавачів медичних послуг, зокрема в частині забезпечення безоплатності надання медичних послуг, та подати до 30 квітня, 31 липня та 31 жовтня 2025 р. Міністерству охорони здоров'я та Міністерству фінансів звіти про результати його проведення за такими пакетами медичних послуг:

"Медична допомога при гострому мозковому інсульті";

"Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах";

"Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах" у частині проведення ендопротезування суглобів;

4) до 1 липня 2025 р. забезпечити здійснення верифікації пацієнтів віком до 18 років, що мають укладені декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу;

(підпункт 4 пункту 6 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2025 р. N 224,
*яка застосовується з* 01.03.2025 р.)

5) до 1 квітня 2025 р. подати Міністерству фінансів для проведення перевірки достовірності інформації, внесеної до електронної системи охорони здоров'я, дані з Реєстру пацієнтів про пацієнтів віком до 18 років, що подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, які повинні містити:

(абзац перший підпункту 5 пункту 6 у редакції
 постанови Кабінету Міністрів України від 28.02.2025 р. N 224,
*яка застосовується з* 01.03.2025 р.)

статус верифікації пацієнта в Реєстрі пацієнтів;

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності);

стать;

дату та місце народження;

реєстраційний номер облікової картки платників податків (за наявності);

відмітку про відмову від реєстраційного номера облікової картки платників податків;

адресу фактичного місця проживання або перебування;

реквізити (серію (у разі наявності), номер, дату видачі, строк дії, найменування органу, що видав документ) одного (або кількох) з таких документів, що посвідчують особу:

- паспорта громадянина України;

- тимчасового посвідчення громадянина України;

- свідоцтва про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку) або документа, що підтверджує факт народження, виданого компетентними органами іноземної держави, легалізованого в установленому порядку;

- посвідки на постійне проживання;

- посвідчення біженця;

- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

Електронна інформаційна взаємодія між Національною службою здоров'я та Міністерством фінансів здійснюється засобами системи електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів "Трембіта" відповідно до вимог Порядку електронної (технічної та інформаційної) взаємодії, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2016 р. N 606 "Деякі питання електронної взаємодії електронних інформаційних ресурсів" (Офіційний вісник України, 2016 р., N 73, ст. 2455; 2021 р., N 52, ст. 3216; 2023 р., N 11, ст. 721).

До забезпечення створення технічної можливості передачі даних з використанням системи електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів "Трембіта" електронна інформаційна взаємодія між суб'єктами електронної взаємодії здійснюється з використанням інших інформаційно-комунікаційних систем із дотриманням вимог щодо захисту інформації відповідно до статті 8 Закону України "Про захист інформації в інформаційно-комунікаційних системах". Вимоги до формату та структури даних про пацієнтів встановлюються технічним протоколом про обмін інформацією між Національною службою здоров'я та Міністерством фінансів;

6) до 1 квітня 2025 р. подати Міністерству охорони здоров'я пропозиції щодо удосконалення фінансування оплати послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за результатами проведеного аналізу щодо врахування навантаження на такі команди;

7) до 1 червня 2025 р. провести аналіз ефективності реалізації пакета медичних послуг "Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах", у разі потреби подати Міністерству охорони здоров'я пропозиції щодо удосконалення механізму оплати за таким пакетом медичних послуг;

8) до 1 серпня 2025 р. переглянути вимоги до спеціалістів та кількості фахівців, які працюють на посадах, в умовах закупівлі медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення в частині їх доповнення щодо залучення до надання медичних послуг лікарів-інтернів, спеціальність яких відповідає спеціальностям лікарів-спеціалістів, наявність яких передбачена умовами закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом.

(пункт 6 доповнено підпунктом 8 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

7. Міністерству охорони здоров'я, Національній академії наук, Національній академії медичних наук, Державному управлінню справами подати Національній службі здоров'я до 30 грудня 2024 р. інформацію щодо бюджетних асигнувань закладів охорони здоров'я державної форми власності, зазначених у додатку до постанови Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. N 1295 "Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2024 р., N 104, ст. 6637), за поточними видатками на 2024 рік (станом на 1 січня 2024 р.) та на 2025 рік (станом на 1 січня 2025 р.) за бюджетними програмами за кодами функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету 0722, 0731, 0732 з урахуванням видатків закладів, які є правонаступниками закладів, що були реорганізовані, за загальним фондом державного бюджету, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, на функціонування структурних підрозділів закладів вищої освіти, що надають стоматологічну медичну допомогу, на функціонування Центру оцінювання функціонального стану особи, визначеного Міністерством охорони здоров'я.

8. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та застосовується з 1 січня 2025 р., крім пункту 7 цієї постанови, який застосовується з дня набрання чинності цією постановою, та абзаців третього і четвертого пункту 22 Порядку, затвердженого цією постановою, які застосовуються з 1 квітня 2025 року.

|  |  |
| --- | --- |
| **Прем'єр-міністр України** | **Д. ШМИГАЛЬ** |

Інд. 73

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 24 грудня 2024 р. N 1503

### ПОРЯДОКреалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році

|  |
| --- |
| (У тексті Порядку слово "Мінреінтеграції" замінено словом "Мінрозвитку" згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 4 червня 2025 року N 641, яка застосовується з 20 березня 2025 року) |

### I. Загальна частина

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій) у 2025 році.

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають положенням постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. N 391 "Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 43, ст. 1528) та умовам закупівлі, які мають намір укласти або уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі - договір) із НСЗУ, а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ.

3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

базова ставка - середня вартість медичної послуги, що розрахована як співвідношення обсягу бюджетних коштів, що визначені на початок бюджетного періоду, та прогнозної кількості медичних послуг за відповідним напрямом, визначена на початок бюджетного періоду;

ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи - коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності пролікованих випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації в рамках однієї діагностично-спорідненої групи відносно загальної середньої вартості профілактики, діагностики, лікування та реабілітації клінічного випадку в умовах стаціонару;

донорський етап - заходи, спрямовані на отримання та надання органу чи іншого анатомічного матеріалу для трансплантації;

діагностично-споріднена група - група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в умовах стаціонару;

епізод медичної допомоги - період від першого звернення (взаємодії) пацієнта до надавача медичної послуги за медичною допомогою щодо певної проблеми із здоров'ям із внесенням відповідної інформації до електронної системи охорони здоров'я до останнього звернення (взаємодії) включно щодо тієї ж проблеми. Розрізняють такі типи епізодів: діагностика, профілактика, лікування, кондиціонування, реабілітація та паліативна допомога;

індекс структури випадків - середньозважене значення всіх вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп за всіма пролікованими випадками за відповідний період;

ліміт - оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги згідно з Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ;

пакет медичних послуг - перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором;

перцентиль - сота частка обсягу виміряної сукупності, виражена у відсотках, якій відповідає певне значення ознаки;

принцип екстериторіальності - надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від задекларованого/зареєстрованого місця проживання;

принцип нейтральності бюджету - відповідність тарифів і запланованої кількості медичних послуг загальному обсягу бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій;

пролікований випадок - комплекс наданих пацієнтові медичних послуг за умови його госпіталізації до стаціонару для профілактики та/або діагностики, та/або лікування, та/або реабілітації, що завершується вибуттям пацієнта із стаціонару;

регіон - Автономна Республіка Крим, області, мм. Київ та Севастополь;

складний неонатальний випадок - лікування новонародженого, вік якого на момент госпіталізації становить менше 28 діб (або більше виключно для пацієнтів з масою під час госпіталізації менше 1500 грамів), з діагнозом класу XVI (P) або класу XVII (Q), крім переліку хвороб, лікування яких не оплачується згідно із затвердженою МОЗ таблицею співставлення медичних послуг із кодами національного класифікатора НК 025:2021 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" та/або національного класифікатора НК 026:2021 "Класифікатор медичних інтервенцій", затверджених Мінекономіки;

унікальний пацієнт - пацієнт, який має свій унікальний ідентифікатор в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", "Про ліцензування видів господарської діяльності" та інших актах законодавства.

4. Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, що пов'язані з наданням за принципами екстериторіальності та нейтральності бюджету екстреної, первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги, реабілітації у сфері охорони здоров'я, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

5. У межах програми медичних гарантій НСЗУ здійснює реімбурсацію лікарських засобів, міжнародні непатентовані назви та форми випуску яких наведені в розділі III цього Порядку і які включені до переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій, затвердженого МОЗ, а також медичних виробів, назви яких наведені в розділі III цього Порядку і які включені до переліку медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій, затвердженого МОЗ, згідно з Порядком реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 р. N 854 "Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2021 р., N 67, ст. 4230; 2023 р., N 65, ст. 3698), з урахуванням постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2024 р. N 1380 "Деякі питання доступності лікарських засобів, що підлягають реімбурсації у 2025 році", відповідно до договорів про реімбурсацію.

6. НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, крім медичних послуг, які надаються в рамках випадків, включених до переліку випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 5 липня 2024 р. N 781 "Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб" (Офіційний вісник України, 2024 р., N 65, ст. 3907), та медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок коштів інших програм державного бюджету, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

7. НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами (які застосовуються шляхом множення, якщо інше не передбачено цим Порядком), визначеними в цьому Порядку, на підставі звітів про медичні послуги, які подані надавачем медичних послуг та складені на підставі інформації, яка внесена до електронної системи охорони здоров'я не пізніше десятого робочого дня після закінчення відповідного звітного періоду, 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. N 410 "Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 45, ст. 1570; 2020 р., N 2, ст. 59; 2021 р., N 82, ст. 5250), відповідно до укладеного договору в межах бюджетних асигнувань, передбачених на 2025 рік за відповідним пакетом медичних послуг.

До тарифів на медичні послуги не включається вартість лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я.

Вимагати та отримувати винагороду в будь-якій формі від пацієнтів або їх представників за медичні послуги, які надані за кошти програми медичних гарантій, забороняється.

НСЗУ не оплачує надавачу медичні послуги, які:

надаються за направленнями в паперовій формі, крім випадків направлення пацієнтів, які тримаються в установах виконання покарань або слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби, а також у таборах та дільницях для тримання військовополонених, направлення громадян Республіки Польща, направлення військовослужбовців із числа іноземців та осіб без громадянства, які проходять військову службу за контрактом у Збройних Силах, розвідувальному органі Міноборони, Державній спеціальній службі транспорту та Національній гвардії;

оплачені за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, та не передбачені договором. Інформація про такі медичні послуги вноситься їх надавачами до електронної системи охорони здоров'я.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, крім наведених у главі 1 розділу II цього Порядку, які надані за адресами місць надання медичних послуг, що не визначені договором.

НСЗУ не оплачує надавачу медичні послуги, які передбачені главою 8 розділу II цього Порядку та надані протягом одного дня, у разі, коли цього дня пацієнта госпіталізовано до такого надавача, крім наданих медичних послуг пацієнтам, які доставлені бригадою екстреної (швидкої) допомоги.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 8 і 10 - 21 або 23, або 24, або 25 і 26, або 29, або 31, або 37 - 39 розділу II цього Порядку, розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені різними пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакетів медичних послуг, зазначених у главах 10 - 21 або 23, або 24, або 25 і 26, або 29, або 31, або 37 - 39 розділу II цього Порядку.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3 - 7 або 19 - 22, або 24, або 27, або 29 і 30, або 37 - 39 розділу II цього Порядку, розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені різними пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакетів медичних послуг, зазначених у главах 4 - 7 або 19 - 22, або 25, або 24, або 27, або 29 і 30, або 37 - 39 розділу II цього Порядку.

У разі коли надавач медичних послуг надає медичні послуги, що віднесені до пакета медичних послуг зазначеного у главі 7 розділу II цього Порядку, тривалістю менше п'яти днів, що закінчується випискою із покращенням, або наявні повторні випадки госпіталізації в межах одного закладу охорони здоров'я, розрахунок вартості медичних послуг здійснюється в рамках пакета медичних послуг, зазначеного у главі 3 розділу II цього Порядку.

У разі коли надавач медичних послуг надає більше ніж одну медичну послугу пацієнту, що віднесена до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 7 розділу II цього Порядку, в межах одного закладу охорони здоров'я або переведення новонародженого в інший заклад здійснюється від п'ятої до 28 доби життя включно (крім випадків переведення дитини з хірургічних причин), розрахунок вартості медичних послуг здійснюється в рамках пакета медичних послуг, зазначеного у главі 3 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 4 - 6 розділу II цього Порядку, за договором надавачам медичних послуг за главою 3 розділу II цього Порядку, крім закладів охорони здоров'я, що розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не було визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп I03, I04, I05, I31, I32, I33, закладам охорони здоров'я, що відсутні в переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з безоплатного ендопротезування суглобів, затвердженому наказом МОЗ.

(абзац чотирнадцятий пункту 7 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп R01 - R63, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного/укладених договору/договорів за пакетом/пакетами медичних послуг, зазначеним/зазначеними у главах 19 та/або 21 розділу II цього Порядку.

(пункт 14 доповнено новим абзацом п'ятнадцятим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-спорідненої групи P69, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного договору за пакетом медичних послуг, зазначеним у главі 7 розділу II цього Порядку.

(пункт 14 доповнено новим абзацом шістнадцятим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп O03 - O67, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного договору за пакетом медичних послуг, зазначеним у главі 6 розділу II цього Порядку.

(пункт 14 доповнено новим абзацом сімнадцятим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп B69, B70, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного договору за пакетом медичних послуг, зазначеним у главі 4 розділу II цього Порядку.

(пункт 14 доповнено новим абзацом вісімнадцятим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп C01 - C63, закладам охорони здоров'я, що не включені до переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з встановлення штучного кришталика та стаціонарної офтальмологічної допомоги, затвердженого МОЗ.

(пункт 14 доповнено новим абзацом дев'ятнадцятим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп U40 - U67, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного/укладених договору/договорів за пакетом/пакетами медичних послуг, зазначеним/зазначеними у главах 22 та/або 23 розділу II цього Порядку.

(пункт 14 доповнено новим абзацом двадцятим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978,
у зв'язку з цим абзаци п'ятнадцятий - шістдесят третій
 вважати відповідно абзацами двадцять першим - шістдесят дев'ятим)

НСЗУ не оплачує медичні послуги, що віднесені до коду послуги PI3b глави 27 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які не включені до клінічного маршруту пацієнта, затвердженого наказом МОЗ.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, що віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 19 і 21 розділу II цього Порядку, розрахунок вартості медичних послуг, які передбачені пакетами медичних послуг, здійснюється в рамках пакета медичних послуг, зазначених у главі 21 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, надані пацієнтам віком до 18 років, що віднесені до пакета медичних послуг, зазначеного у главі 22 розділу II цього Порядку, а також не враховує їх під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 22 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які відсутні в переліку закладів охорони здоров'я, визначених МОЗ, які надають психіатричну допомогу дітям у стаціонарних умовах.

(пункт 7 доповнено новим абзацом двадцять третім згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

НСЗУ не оплачує медичні послуги, які включені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 23 розділу II цього Порядку, закладам охорони здоров'я, які надають медичні послуги в регіонах, у яких не сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, крім випадків, коли такі заклади мають укладені договори за пакетом медичних послуг, визначеним главою 22 розділу II цього Порядку, або одночасно за пакетами медичних послуг, визначеними главами 27 та 30 розділу II цього Порядку, а також одним із пакетів, визначених главами 3 або 36 розділу II цього Порядку.

(пункт 7 доповнено новим абзацом двадцять четвертим згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754,
у зв'язку з цим абзаци двадцять третій - шістдесят сьомий
 вважати відповідно абзацами двадцять п'ятим - шістдесят дев'ятим)

НСЗУ не оплачує 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 30 розділу II цього Порядку, з допустимим перевищенням на З0 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. N 1268 "Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 2021 р., N 97, ст. 6315; 2024 р., N 6, ст. 270).

У разі допустимого перевищення закладом охорони здоров'я реабілітаційної спроможності під час надання послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, до оплати включаються реабілітаційні послуги, надані понад допустиму спроможність, із застосуванням ставки на пролікований випадок коригувального коефіцієнта 0,9 з наступним застосуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує 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 31 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.

Реабілітаційна спроможність реабілітаційного закладу або відділення встановлюється відповідно до кількості пацієнтів, яким протягом доби під час реабілітаційного циклу в стаціонарних умовах може бути надана реабілітаційна допомога високого обсягу (якнайменше три години реабілітації) фахівцями з реабілітації, що працюють у закладі, згідно з їх нормативами навантаження відповідно до пунктів 29 - 32 Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. N 1268 "Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 2021 р., N 97, ст. 6315), що визначається за меншим з показників - RCком або RCфрм.

Для визначення реабілітаційної спроможності реабілітаційного закладу використовується така формула:

RCстац = min (RCком, RCфрм),

де RCстац - реабілітаційна спроможність закладу;

RCком - реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад "фізичний терапевт", "ерготерапевт", "асистент фізичного терапевта", "асистент ерготерапевта" та "логопед" ("терапевт мови та мовлення");

RCфрм - реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад "лікар фізичної та реабілітаційної медицини".

Реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад "фізичний терапевт", "ерготерапевт", "асистент фізичного терапевта", "асистент ерготерапевта" та "логопед" ("терапевт мови та мовлення") розраховується за такою формулою:

RCком = (Кф х 6 + Ка х 7 + Кт х 5) / 3,

де Кф - кількість зайнятих посад "фізичний терапевт" та "ерготерапевт";

Ка - кількість зайнятих посад "асистент фізичного терапевта" та "асистент ерготерапевта";

Кт - кількість зайнятих посад "логопед" ("терапевт мови та мовлення").

Реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням кількості зайнятих посад "лікар фізичної та реабілітаційної медицини" розраховується за такою формулою:

RCфрм = Кфрм х 12,

де Кфрм - кількість зайнятих посад "лікар фізичної та реабілітаційної медицини".

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання медичних послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які перебувають в стаціонарі, з реабілітаційною спроможністю закладу.

Реабілітаційною спроможністю закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, є можливість фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів фізичних терапевтів, асистентів ерготерапевтів, логопедів (терапевтів мови та мовлення) надавати щодня реабілітаційну допомогу середнього обсягу (щонайменше одна година реабілітації) всім пацієнтам протягом реабілітаційного циклу.

Для визначення реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, використовується така формула:

RCамб = (Кф х 6 + Ка х 7 + Кт х 5),

де RCамб - реабілітаційна спроможність закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах;

Кф - кількість зайнятих посад "фізичний терапевт" та "ерготерапевт";

Ка - кількість зайнятих посад "асистент фізичного терапевта" та "асистент ерготерапевта";

Кт - кількість зайнятих посад "логопед" ("терапевт мови та мовлення").

Наявність перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання за договором (договорами) медичних послуг, зазначених у главі 31 розділу II цього Порядку, визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які проходять реабілітацію в амбулаторних умовах, з реабілітаційною спроможністю закладу, який надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах.

У разі коли надавач медичних послуг одночасно надає за договором (договорами) медичні послуги, зазначені у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, оплата здійснюється у такій послідовності: спочатку оплачуються послуги, зазначені у главі 30 розділу II цього Порядку, в межах реабілітаційної спроможності закладу, який надає реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах (з урахуванням надлишку послуг відповідно до абзацу тринадцятого пункту 7 цього Порядку), а потім оплачуються послуги, зазначені у главі 31 розділу II цього Порядку, в межах реабілітаційної спроможності закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах).

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, зазначені у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, реабілітаційна спроможність, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), визначається за місцем надання послуг.

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, під час розрахунку їх реабілітаційної спроможності, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), використовується така формула:

RCзалиш = RCса х 3,

де RCзалиш - реабілітаційна спроможність закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах);

RCса - спроможність мультидисциплінарної команди закладу додатково до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах надавати реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, яка розраховується за такою формулою:

RCса = RCком - Nстац,

де Nстац - кількість пацієнтів, яким надається допомога в стаціонарних умовах.

Для закладів, які надають за договором (договорами) медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 30 і 31 розділу II цього Порядку, наявність перевищення реабілітаційної спроможності, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах), визначається шляхом порівняння кількості пацієнтів, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, з реабілітаційною спроможністю закладу, яка залишилася для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах (з урахуванням залученості фахівців до надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах).

До фактичної вартості медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 1 - 42 розділу II цього Порядку, які надаються закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, місця надання послуг яких розташовані на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, з дати початку тимчасової окупації, застосовується коефіцієнт 0.

(абзац сорок дев'ятий пункту 7 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 1 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

НСЗУ здійснює оплату медичних послуг, передбачених пакетами медичних послуг, зазначених у главах 11 - 16 розділу II цього Порядку:

за договором з надавачем медичних послуг - один раз для одного пацієнта протягом одного календарного року. Подальше надання тих самих послуг тому ж самому пацієнтові оплачується за пакетом медичних послуг, зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку;

за медичні послуги, що надані поза межами періоду стаціонарного лікування.

НСЗУ оплачує послуги з проведення оцінювання повсякденного функціонування експертними командами за наявності договору про надання таких послуг за одним з пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3, 22, 24, 36 розділу II цього Порядку.

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 відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачені у главі 8 розділу II цього Порядку, не більше ніж один раз на рік для одного пацієнта, крім дітей.

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

НСЗУ оплачує медичні послуги, що включені до пакетів медичних послуг:

зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку, у разі надання таких послуг за кожним видом послуг (групою амбулаторних медичних послуг та класом медичних послуг) закладом одному пацієнту кількістю, що не перевищує значення, яке встановлюється на рівні 99 перцентилів від кількості обрахованих відповідних послуг на одного пацієнта в одному закладі за звітний період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

зазначених у главах 10, 18, 25 і 26 розділу II цього Порядку, надавачу медичних послуг, який останнім надав медичну послугу протягом звітного періоду пацієнту;

зазначених у главах 10, 17, 18 розділу II цього Порядку, за пацієнтів, що подали декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - декларація). Медичні послуги, пов'язані з веденням вагітності пацієнтів та проведенням діалізу в амбулаторних умовах для пацієнтів, у яких протягом двох місяців з моменту початку надання послуг відсутня декларація, оплачуються в загальному порядку, визначеному відповідно главами 10, 17 і 18 розділу II цього Порядку. У разі неподання декларації протягом двох місяців після звітного періоду наступні послуги оплачуються НСЗУ за пакетом медичних послуг, зазначених у главі 8 розділу II цього Порядку;

зазначених у главі 20 розділу II цього Порядку, надавачу медичних послуг за даним пакетом медичних послуг не більше чотирьох циклів на рік;

зазначених у главі 28 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;

зазначених у главі 29 розділу II цього Порядку, - лише ті послуги, що надавалися сукупно не менше 14 днів (у тому числі не підряд) протягом року в амбулаторних та/або стаціонарних умовах (не менше п'яти календарних днів поспіль), крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначеного 14 дня;

зазначених у главі 30 розділу II цього Порядку, - лише ті послуги, загальна кількість реабілітаційних циклів яких під час надання послуг найвищої складності (СР1) або високої складності (СР2) становить до восьми циклів протягом року, тривалість кожного з яких визначається досягненням реабілітаційних цілей, які внесено до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану за визначеним діагнозом першопричини, але не менше 14 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 днів). Загальна кількість реабілітаційних циклів під час надання послуг з реабілітації помірної та/або низької складності (СР3 та/або СР4) обмежується двома циклами на рік, тривалість кожного з яких визначається досягненням реабілітаційних цілей, які внесено до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану за визначеним діагнозом першопричини, але не менше 14 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 днів), за винятком надання реабілітаційних послуг під час реабілітації станів, спричинених ампутаціями, де загальна кількість реабілітаційних циклів становить не більше восьми циклів протягом року, а у випадку множинних ампутацій кінцівок - не більше 26 циклів протягом року. Загальна кількість реабілітаційних циклів під час надання послуг з реабілітації помірної та/або низької складності (СР3 та/або СР4) у разі надання реабілітаційної допомоги дітям обмежується чотирма циклами на рік;

зазначених у главі 31 розділу II цього Порядку, - не більше двох послуг для дорослих та чотирьох послуг для дітей (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги, з наступним завершенням надання реабілітації або переходу на інший нижчий чи вищий обсяг реабілітації) протягом року та:

- лише ті послуги, що надавалися фахівцями з реабілітації з відповідним обліком в індивідуальному реабілітаційному плані не менше однієї реабілітаційної сесії на день протягом не менше 14 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 днів), у тому числі не підряд, але не більше двох послуг (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги, з наступним завершенням надання реабілітації або переходу на інший нижчий чи вищий обсяг реабілітації) протягом року для одного дорослого пацієнта. У разі надання реабілітаційної допомоги дітям - не більше чотирьох послуг (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги) протягом року;

- у разі надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я фахівцем з реабілітації самостійно (за однією з таких професій фахівців з реабілітації, як фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення) - лише ті послуги, що надавалися фахівцем з реабілітації з відповідним обліком в індивідуальному реабілітаційному плані або програмі терапії не менше десяти реабілітаційних сесій протягом не більше 90 днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 90 днів). Кількість реабілітаційних сесій визначається фахівцем з реабілітації відповідно до потреб пацієнта, водночас вона не може становити більше двох сесій на тиждень;

зазначених у главі 36 розділу II цього Порядку, надавачам медичних послуг протягом періоду розташування їх на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, та протягом місяця, що настає за місяцем завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

НСЗУ оплачує медичні послуги з функціонування експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, які включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3, 22, 24, 36 розділу II цього Порядку, виключно за одним з визначених пакетів медичних послуг.

(абзац пункту 7 із змінами, внесеними згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 1 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

8. Попередня оплата медичних послуг за договорами здійснюється в порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2019 р. N 1070 "Деякі питання здійснення розпорядниками (одержувачами) бюджетних коштів попередньої оплати товарів, робіт і послуг, що закуповуються за бюджетні кошти" (Офіційний вісник України, 2020 р., N 2, ст. 64).

9. Визначення медичної послуги як такої, що підлягає оплаті за тарифом, встановленим для відповідного пакета медичних послуг, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом та/або проведеними медичними процедурами чи хірургічними операціями, зазначеними у відповідному медичному записі, внесеному до електронної системи охорони здоров'я, відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення медичних послуг із кодами національного класифікатора НК 025:2021 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" та/або національного класифікатора НК 026:2021 "Класифікатор медичних інтервенцій", затверджених Мінекономіки (далі - таблиця співставлення), алгоритмів та правил, визначених НСЗУ, з використанням національного класифікатора НК 024:2023 "Класифікатор медичних виробів", затвердженого наказом Мінекономіки від 24 травня 2023 р. N 4139, та національного класифікатора НК 031:2024 "Національна номенклатура медичних виробів", затвердженого наказом Мінекономіки від 24 вересня 2024 р. N 23992, інших національних класифікаторів у разі відповідності специфікаціям та умовам закупівлі.

Проведення медичних інтервенцій (медичних процедур чи хірургічних операцій), які не належать до медичних послуг відповідно до таблиці співставлення, не оплачується за програмою медичних гарантій.

10. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування під час надання пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, обладнання, всіх медичних виробів, витратних матеріалів і лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, відповідно до галузевих стандартів і медико-технологічних документів у сфері охорони здоров'я, специфікацій та умов закупівлі.

Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити за умови наявності технічних можливостей, які забезпечує НСЗУ, та за згодою пацієнта надання йому додаткових послуг, пов'язаних із наданням медичних послуг та виписуванням електронного рецепта (надсилання повідомлень через засоби мобільного зв'язку, на адресу електронної пошти).

11. НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають положенням постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. N 391 "Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 43, ст. 1528) та умовам закупівлі, якщо інше не визначено цим Порядком, на підставі поданих пропозицій про укладення договорів (далі - пропозиції) відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. N 410 "Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 45, ст. 1570; 2020 р., N 2, ст. 59).

Абзац другий пункту 11 виключено

(згідно з постановою Кабінету
 Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 1 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я, власниками (засновниками) яких є відповідні обласні ради.

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 3 розділу II цього Порядку, в разі невідповідності індикаторним показникам, крім закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги, зазначені у главі 24 цього Порядку.

НСЗУ не укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичними особами - підприємцями, які надають медичні послуги виключно за одним пакетом медичних послуг, передбачених пакетами медичних послуг, зазначеними у главі 8 або 9, або 25 розділу II цього Порядку.

НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг, зазначених у главі 28 розділу II цього Порядку, строком на шість місяців один раз протягом календарного року із закладами охорони здоров'я, які надають медичні послуги, зазначені у главі 1 розділу II цього Порядку, та не надають медичні послуги, зазначені у главі 8 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує медичні послуги, зазначені у главі 28 розділу II цього Порядку, віднесені до коду PA6, що надаються одному унікальному пацієнту одночасно з медичними послугами, які віднесені до послуг, зазначених у главі 23 розділу II цього Порядку, що надаються мобільною мультидисциплінарною командою.

НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації органів та/або трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, які надають медичні послуги за пакетами медичних послуг, зазначеними у главах 38, 39 розділу II цього Порядку.

Для розрахунку запланованої вартості медичних послуг для договорів, що діють з 1 березня або пізніше, із закладами охорони здоров'я, які розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, та мали договір згідно з главою 36 розділу II цього Порядку щодо надання медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главі 3 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.

У разі перевищення розрахункової загальної орієнтовної ціни договорів за кожним пакетом медичних послуг, розрахованої на підставі поданих пропозицій з урахуванням максимальної кількості послуг за відповідними пакетами медичних послуг, зазначеними в розділі II цього Порядку, над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг на відповідний бюджетний період, до запланованої кількості медичних послуг кожного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг застосовується коригувальний коефіцієнт, який розраховується як співвідношення суми бюджетних асигнувань до загальної орієнтовної ціни договорів за кожним пакетом медичних послуг, розрахованої на підставі поданих пропозицій з урахуванням максимальної кількості послуг за відповідними пакетами медичних послуг, зазначеними в розділі II цього Порядку, кількість медичних послуг при цьому заокруглюється до цілого числа.

12. Договори про реімбурсацію укладаються відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про реімбурсацію, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. N 136 "Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію" (Офіційний вісник України, 2019 р., N 21, ст. 717).

13. До договору з одним надавачем медичних послуг не включаються медичні послуги, які включені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 3 та 22 розділу II цього Порядку, з медичними послугами, які включені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 36 розділу II цього Порядку.

(абзац перший пункту 13 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

НСЗУ не укладає договори про надання медичних послуг, які віднесені до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 1 - 42 розділу II цього Порядку, із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, місця надання послуг яких на дату подання пропозиції розташовані на тимчасово окупованих територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації.

НСЗУ не укладає договори про надання медичних послуг, які включені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 36 розділу II цього Порядку (згідно із специфікацією таких медичних послуг), із закладами охорони здоров'я:

в яких на дату подання пропозицій щонайменше одне місце надання послуг розташоване на території, яка не включена до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку;

які за місцем надання послуг на дату подання пропозиції розташовані на територіях, на яких велися бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій);

які змінили щонайменше одне місце надання послуг після 24 лютого 2022 р., яке було розташоване на тимчасово окупованій Російською Федерацією території згідно з переліком територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку.

(абзаци перший - сьомий пункту 13 замінено абзацами згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
у зв'язку з цим абзаци восьмий і дев'ятий
 вважати відповідно абзацами сьомим і восьмим,
*зміни, внесені підпунктом 2 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

Медичні послуги, що передбачені пакетом медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня", зазначеним у главі 3 розділу II цього Порядку, включаються до договору із НСЗУ за умови надання медичних послуг відповідним надавачем медичних послуг, що включені до пакета медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах", передбаченого тією ж главою, крім закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук, Національної академії наук, Державного управління справами, МОЗ та інших закладів охорони здоров'я державної форми власності.

НСЗУ не укладає договори щодо надання медичних послуг, які включені виключно до пакетів медичних послуг, зазначених у главах 8, 9 та 25 розділу II цього Порядку, з надавачами медичних послуг, з якими у 2024 році було укладено договори виключно за одним з аналогічних пакетів медичних послуг, зазначених у главах 8, 9 та 25 розділу II цього Порядку, крім закладів, розташованих на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій).

14. Для визначення запланованої кількості медичних послуг на 2025 рік використовуються дані, які містяться в електронній системі охорони здоров'я, щодо кількості наданих медичних послуг у 2024 році (у тому числі надавачами медичних послуг, які припинені або припиняються шляхом реорганізації (приєднання), майно яких передано в оперативне управління та медичних працівників яких переведено до однієї юридичної особи) (за умови використання даних закладу охорони здоров'я, що припиняється, для визначення запланованої кількості медичних послуг виключно для закладу охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно такого закладу охорони здоров'я, що припиняється), які включені до пакетів медичних послуг, що аналогічні тим, що включені до договорів, за якими оплачувалися медичні послуги протягом 2024 року, якщо інше не визначено цим Порядком. У разі коли суб'єкт господарювання надавав відповідні медичні послуги протягом 2024 року, але не укладав при цьому договір, під час визначення запланованої кількості послуг враховуються дані, внесені таким суб'єктом до електронної системи охорони здоров'я, якщо інше не визначено цим Порядком.

У разі передачі від одного суб'єкта господарювання до іншого майнового комплексу (споруд, будівель, приміщень), які були/є місцями надання медичних послуг за договором, запланована вартість медичних послуг:

для суб'єкта господарювання, якому передано такий майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення), розраховується/коригується не раніше дати завершення процедури передачі відповідно до обсягу наданих медичних послуг за такими місцями, інформацію про які внесено до системи (протягом періоду, визначеного цим Порядком для розрахунку/коригування вартості відповідних медичних послуг);

для суб'єкта господарювання, від якого передано такий майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення), відповідно до обсягу наданих медичних послуг за такими місцями коригується в сторону зменшення з дати завершення процедури передачі. Медичні послуги, які надані в майновому комплексі (споруді, будівлі, приміщенні), який передано від одного суб'єкта господарювання до іншого, не враховуються під час розрахунку вартості послуг за договором, який укладається із суб'єктом господарювання, від якого передано такий майновий комплекс (споруди, будівлі, приміщення).

15. У разі коли загальна вартість медичних послуг за місяць за всіма договорами вища, ніж обсяг бюджетних асигнувань, запланованих на відповідний період за відповідним пакетом медичних послуг, несплачений залишок підлягає сплаті НСЗУ в наступних звітних періодах у межах загальної суми бюджетних асигнувань, затверджених кошторисом, у частині, пропорційній до суми таких залишків за всіма договорами. При цьому оплата несплаченого залишку здійснюється за тарифом із застосуванням коригувальних коефіцієнтів, що діяли в періоді, протягом якого відповідні медичні послуги надавалися.

16. У разі реорганізації юридичної особи - надавача медичних послуг шляхом приєднання до завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за надані медичні послуги за відповідними пакетами медичних послуг закладу охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно та до якого переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), за умови його звернення до НСЗУ в установленому порядку та внесення відповідних змін до договору.

Запланована вартість медичних послуг, що надаються згідно з договором із закладом охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно та до якого переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), на період починаючи з дня передачі такого майна в оперативне управління та переведення медичних працівників, які залучені до надання таких медичних послуг (розрахунок починається після виконання умов), розраховується як сума запланованої вартості медичних послуг (без застосування коефіцієнта відповідності додатковим вимогам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом) пропорційно часу до закінчення строку дії договорів, укладених з кожною юридичною особою, яка припиняється, та юридичною особою, до якої здійснюється приєднання, за умови попереднього письмового повідомлення НСЗУ про намір надавати такі медичні послуги закладом охорони здоров'я, якому передано в оперативне управління майно та до якого переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), та підтвердження його відповідності умовам закупівлі та специфікації за відповідними пакетами та умови, що заклад (заклади) охорони здоров'я, який (які) припиняється (припиняються), не заперечує (не заперечують) проти надання таких послуг закладом охорони здоров'я, до якого здійснюється приєднання. Під час розрахунку запланованої вартості застосовується визначений за результатами реорганізації коефіцієнт відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом.

Медичні послуги, надані в період між переведенням медичних працівників, які необхідні для надання таких послуг відповідно до умов договору, та передачею майна закладу в оперативне управління, не підлягають оплаті.

У разі реорганізації юридичної особи - надавача медичних послуг шляхом приєднання після завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за надані медичні послуги за відповідними пакетами медичних послуг закладу охорони здоров'я, який є правонаступником, за умови його звернення до НСЗУ у встановленому порядку та внесення відповідних змін до договору.

Запланована вартість медичних послуг, що надаються згідно з договором із закладом охорони здоров'я, який є правонаступником, на період починаючи з дня, що настає за днем державної реєстрації припинення юридичної особи - надавача медичних послуг у результаті приєднання або злиття, розраховується як сума запланованої вартості медичних послуг (без застосування коефіцієнта відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом) пропорційно часу до закінчення строку дії договорів, укладених із кожною юридичною особою, яка припиняється, та юридичною особою, до якої здійснюється приєднання (у разі приєднання), або як сума запланованих вартостей медичних послуг пропорційно часу до закінчення строку дії договорів, укладених із кожною юридичною особою, яка припиняється (у разі злиття). Під час розрахунку запланованої вартості застосовується визначений за результатами реорганізації коефіцієнта за відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом.

17. За результатами аналізу інформації в електронній системі охорони здоров'я щодо змін обсягу фактично наданих медичних послуг порівняно з обсягом, запланованим у договорі, НСЗУ має право ініціювати внесення змін до цього договору, на підставі яких здійснюється коригування запланованої вартості медичних послуг. Скоригована вартість медичних послуг визначається виходячи із розрахунку запланованої кількості послуг у періоді, наступному після проведення аналізу, за даними, внесеними до електронної системи охорони здоров'я, щодо аналогічних медичних послуг, які надавалися за договором або без нього, за умови їх внесення до електронної системи охорони здоров'я. Перерахунок проводиться в межах суми бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг на відповідний період.

У разі коригування запланованої вартості медичних послуг, які надаються за договорами менше періоду, який підлягає аналізу, такий аналіз проводиться протягом строку дії договору щодо надання відповідних медичних послуг.

У разі перевищення сум перерахунку над сумою бюджетних асигнувань, передбачених для кожного пакета медичних послуг, до скоригованої запланованої кількості медичних послуг кожного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг застосовується коригувальний коефіцієнт, який розраховується як співвідношення суми бюджетних асигнувань до сум перерахунку за кожним пакетом медичних послуг. Значення кількості медичних послуг при цьому заокруглюється до цілого числа.

НСЗУ може переглядати та здійснювати коригування запланованої вартості медичних послуг за договорами з надавачами медичних послуг, визначених главою 41 розділу II цього Порядку, з урахуванням сум договорів зазначених надавачів за іншими пакетами медичних послуг, що визначені іншими главами розділу II цього Порядку.

Для надавачів медичних послуг, які надають психіатричну допомогу дітям у стаціонарних умовах та визначені переліком МОЗ, за результатами аналізу інформації в електронній системі охорони здоров'я щодо змін обсягу фактично наданих медичних послуг порівняно із запланованим у договорі запланована кількість таких медичних послуг у 2025 році підлягає коригуванню за підсумками III кварталу.

(пункт 17 доповнено абзацом згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

18. У межах бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій, на початок бюджетного періоду формується резерв коштів в обсязі не більше ніж 1 відсоток обсягу бюджетних асигнувань, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої реалізується програма медичних гарантій.

Резерв коштів формується для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій, і може бути використаний НСЗУ для оплати медичних послуг, що визначені в розділі II цього Порядку, за відповідними пакетами медичних послуг.

### II. Пакети медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках програми медичних гарантій

### Глава 1. Первинна медична допомога

19. Тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які передбачені специфікаціями, визначається як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, та становить 844,4 гривні на рік.

20. До базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти:

1) залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років - 2,465;

від 6 до 17 років - 1,25;

від 18 до 39 років - 0,616;

від 40 до 55 років - 0,86;

від 56 до 64 років - 0,86;

понад 65 років - 1,3;

2) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 (у разі, коли медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні". Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації);

3) сільський коефіцієнт, який становить 1,2 (у разі, коли медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються за місцями провадження господарської діяльності, які розташовані у сільських населених пунктах, визначених частиною п'ятою статті 1 Закону України "Про порядок вирішення окремих питань адміністративно-територіального устрою України" та віднесених до територій активних бойових дій, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку);

4) сільський коефіцієнт, який становить 1,1 (у разі, коли медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються за місцями провадження господарської діяльності, які розташовані у населених пунктах, визначених частиною п'ятою статті 1 Закону України "Про порядок вирішення окремих питань адміністративно-територіального устрою України");

5) коефіцієнт щільності, який становить 1,2 (у разі, коли послуги з первинної медичної допомоги надаються за місцями провадження господарської діяльності, які розташовані у населених пунктах територіальних громад, включених до переліку територіальних громад, показник густоти населення в яких є вдвічі нижчим за показник середньої густоти населення в Україні без урахування площі та населення адміністративних центрів територіальних громад, затвердженого наказом Мінрозвитку.

(пункт 20 доповнено підпунктом 5 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

До базової капітаційної ставки застосовується один найбільший з коригувальних коефіцієнтів, зазначених у підпунктах 2 - 5 цього пункту (або гірський, або сільський, або коефіцієнт щільності).

(абзац пункту 20 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

21. До базової капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах, які розташовані на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації.

(абзац перший пункту 21 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 3 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.

До базової капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта (для пацієнтів до 18 років застосовується з 1 липня 2025 р.), що подав декларацію, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо такий пацієнт не має статусу "успішна верифікація" в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я.

(абзац третій пункту 21 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2025 р. N 224,
*яка застосовується з* 01.03.2025 р.)

До капітаційної ставки за один місяць за обслуговування пацієнтів, що подали декларацію про вибір лікаря, застосовується коригувальний коефіцієнт 0, якщо такий лікар за останні 365 календарних дні до 1 числа місяця звітного періоду перебував на території України менше 270 календарних днів, якщо це спричинило порушення умов договору, встановленого за результатами моніторингу.

(пункт 21 доповнено абзацом згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 28.02.2025 р. N 224,
*яка застосовується з* 01.03.2025 р.)

22. До капітаційної ставки на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які надані пацієнтам, що подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

|  |  |
| --- | --- |
| Рівень перевищення ліміту | Коефіцієнт |
| Від 100 відсотків ліміту плюс одна декларація до 110 відсотків ліміту включно | 0,616 |
| Від 110 відсотків ліміту плюс одна декларація до 120 відсотків ліміту включно | 0, 493 |
| Від 120 відсотків ліміту плюс одна декларація до 130 відсотків ліміту включно | 0,37 |
| Від 130 відсотків ліміту плюс одна декларація до 140 відсотків ліміту включно | 0,246 |
| Від 140 відсотків ліміту плюс одна декларація до 150 відсотків ліміту включно | 0,123 |

Медичні послуги, надані за деклараціями, поданими після досягнення 150 відсотків ліміту плюс одна декларація, НСЗУ не оплачуються.

До розрахунку загальної кількості декларацій лікаря не включаються декларації пацієнтів, записи про яких в Реєстрі пацієнтів електронної системи охорони здоров'я за результатом проведеної верифікації з Державним реєстром фізичних осіб - платників податків мають статус верифікації "неуспішна верифікація".

До розрахунку загальної кількості декларацій лікаря не включаються декларації пацієнтів, місця надання послуг за якими розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку.

Коригувальні коефіцієнти, зазначені в підпункті 1 пункту 20 розділу II цього Порядку, не застосовуються до капітаційної ставки на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги за обслуговування пацієнтів, що подали декларації понад ліміт.

Розподіл пацієнтів, що подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними в пункті 20 цього Порядку, здійснюється за фактичною структурою пацієнтів, що подали декларації. Ліміт лікаря, який надає первинну медичну допомогу та працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох надавачів медичних послуг, визначається за найменшим лімітом відповідної спеціальності лікарів, які надають первинну медичну допомогу, визначеним Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

23. У разі відповідності надавача медичних послуг з надання первинної медичної допомоги додатковим вимогам до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, встановлюється тариф, що визначається як капітаційна ставка із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги на місяць за обслуговування одного пацієнта, яка становить 835 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти, які встановлюються відповідно до результату лікування:

2 - за місяць, в якому пацієнт досяг результату "вилікуваний" і "лікування завершено" згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

0,75 - за кожен місяць, в якому пацієнт продовжує лікування.

24. Запланована вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, визначається за відомостями електронної системи охорони здоров'я:

для надавачів медичних послуг, що мають подані декларації на 1 число місяця подання пропозицій, - як сума добутків кількості поданих декларацій за відповідною віковою групою пацієнтів станом на 1 грудня 2024 р. (на 1 число місяця подання пропозицій - застосовується з 1 лютого 2025 року), 1/12 базової капітаційної ставки, кількості місяців строку дії договору, коригувального коефіцієнта кожної вікової групи пацієнтів.

Кількість поданих декларацій не може перевищувати суми добутків лімітів лікарів відповідно до їх спеціальності та кількості лікарів відповідної спеціальності в цього надавача медичних послуг згідно з відомостями електронної системи охорони здоров'я на 1 число місяця подання пропозицій;

для надавачів медичних послуг, що не мають поданих пацієнтами декларацій на 1 грудня 2024 р. (на 1 число місяця подання пропозицій - застосовується з 1 лютого 2025 року), - як одна капітаційна ставка.

Запланована вартість зазначених медичних послуг заокруглюється до двох знаків після коми.

(пункт 24 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 4 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

25. Запланована вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, зменшується на суму добутків кількості всіх декларацій вікової групи, 1/12 капітаційної ставки, вікового коефіцієнта, коригувального коефіцієнта вартості декларації 0,8, коригувального коефіцієнта звернень та кількості місяців строку дії договору.

Коригувальний коефіцієнт звернень, визначається за такою формулою:

1 - (Кзв / Кд),

де Кзв - загальна кількість пацієнтів, що мали декларацію та зверталися за медичною допомогою до надавача медичних послуг протягом останніх трьох років;

(абзац пункту 25 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

Кд - загальна кількість пацієнтів, які мали декларацію протягом трьох років, що передують звітній даті.

Для вікових груп 18 - 39 та 40 - 55 років коефіцієнт має значення 0.

Для закладів, у яких значення коригувального коефіцієнта звернень не перевищує 10 перцентилів серед всіх закладів відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я та/або які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), згідно з поданими ними переліками надавачів медичних послуг з первинної медичної допомоги державної та комунальної форми власності, які за всіма місцями надання послуг розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню на зазначених територіях, коефіцієнт має значення 0.

(абзац п'ятий пункту 25 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1094)

У разі перевищення суми медичної послуги за кожною віковою групою, що не підлягає оплаті, над запланованою вартістю послуги за відповідною віковою групою запланована вартість медичних послуг за такою віковою групою відповідає одній капітаційній ставці.

Для надавачів медичних послуг, які також надають медичні послуги відповідно до додаткових вимог до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, запланована вартість розраховується як сума відповідної запланованої вартості медичних послуг з надання первинної медичної допомоги та добутку капітаційної ставки із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги на місяць, кількості дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги, що визначені специфікаціями, кількості місяців строку дії договору, протягом яких у середньому надається медична допомога хворим на туберкульоз в амбулаторних умовах, що становить п'ять місяців. Якщо строк дії договору становить менше п'яти місяців, під час розрахунку запланованої вартості медичних послуг застосовується кількість місяців строку дії договору.

(абзац сьомий пункту 25 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 5 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

10 послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

26. Фактична вартість медичних послуг, що надаються за кожним договором, розраховується як сума вартості медичних послуг з надання первинної медичної допомоги та вартості медичних послуг із надання медичної допомоги їх супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні, за один місяць.

Фактична вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги за один місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків 1/12 базової капітаційної ставки та кількості активних декларацій станом на 1 число звітного періоду з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів. Фактична вартість медичних послуг із надання первинної медичної допомоги заокруглюється до двох знаків після коми.

Фактична вартість медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, зменшується на суму добутків кількості всіх декларацій вікової групи, коригувального коефіцієнта звернень (даний коефіцієнт має значення 0 для вікових груп 18 - 39 та 40 - 55 років, а також для закладів, у яких значення відповідного коефіцієнта не перевищує 10 перцентилів серед всіх закладів відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я та/або які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), згідно з поданими ними переліками надавачів медичних послуг з первинної медичної допомоги державної та комунальної форми власності, які за всіма місцями надання послуг розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню на зазначених територіях), 1/12 капітаційної ставки, вікового коефіцієнта, коригувального коефіцієнта вартості декларації 0,8.

(абзац третій пункту 26 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1094)

У разі перевищення за кожною віковою групою суми, що не підлягає оплаті, над фактичною вартістю за відповідною віковою групою фактична вартість медичних послуг за такою віковою групою за звітний період становить 0.

Вартість медичних послуг з надання медичної допомоги із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні визначається як добуток капітаційної ставки із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, відповідних коефіцієнтів, кількості дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, які отримували медичну допомогу, передбачену специфікаціями, у лікаря, який надає первинну медичну допомогу, за звітний місяць.

У разі утворення в результаті виділу юридичної особи - надавача первинної медичної допомоги після завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за медичні послуги з надання первинної медичної допомоги закладу охорони здоров'я, утвореному в результаті виділу, за умови наявності укладеного з таким надавачем договору та після створення в електронній системі охорони здоров'я запису про те, що декларації вважаються поданими юридичній особі - надавачу первинної медичної допомоги, утвореній у результаті виділу, відповідно до вимог Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ, починаючи з 1 числа місяця, наступного за місяцем переведення медичних працівників до надавача первинної медичної допомоги, утвореного в результаті виділу.

У разі реорганізації юридичної особи - надавача медичних послуг шляхом приєднання або злиття після завершення зазначеної процедури в установленому порядку НСЗУ здійснює оплату за медичні послуги з надання первинної медичної допомоги закладу охорони здоров'я, який є правонаступником, за умови наявності укладеного з таким надавачем договору та після створення в електронній системі охорони здоров'я запису про те, що декларації вважаються поданими юридичній особі - надавачу первинної медичної допомоги, яка є правонаступником припиненої в результаті реорганізації шляхом приєднання або злиття юридичної особи, відповідно до вимог Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ, починаючи з дня, що настає за днем державної реєстрації припинення юридичної особи - надавача медичних послуг у результаті приєднання або злиття.

27. Один раз на три місяці НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації. Розрахунок суми доплати за результатами проведеної оцінки досягнення індикаторів виконання умов договору здійснюється для рівня вакцинації дітей до шести років (включно) згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ. Розмір доплати розраховується як добуток суми вартості наданих медичних послуг за два місяці, що передують періоду оцінки, і місяць, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації за відповідний період, який становить 0,025, протягом строку дії договору.

Індикатором рівня вакцинації є досягнення цільового рівня охоплення імунізацією згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ, середній рівень по країні за визначений період 2024 року плюс 20 відсотків для кожного окремого захворювання, для категорії дітей до шести років (включно).

Індикатор вважається досягнутим, якщо станом на дату проведення оцінки частка дітей, які отримали всі необхідні щеплення проти кожного із захворювань відповідно до Календаря профілактичних щеплень, затвердженого МОЗ, згідно з даними електронної системи охорони здоров'я серед усіх дітей віком до шести років (включно), від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у надавача медичних послуг, становить середній рівень по країні за визначений період 2024 року плюс 20 відсотків для кожного окремого захворювання (для дітей до шести років (включно).

Перша оцінка досягнення індикатора здійснюється станом на 1 червня. Для оцінки, яка проводиться станом на 1 червня 2025 р., застосовується відношення, де:

чисельником є кількість дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2019 р. до 28 лютого 2025 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у надавача медичних послуг, та які отримали щеплення проти кожного із захворювань згідно з Календарем профілактичних щеплень, затвердженим МОЗ (для дітей до шести років (включно), згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

знаменником є загальна кількість дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2019 р. до 28 лютого 2025 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 червня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Індикатор рівня вакцинації для категорії дітей до шести років (включно) розраховується для надавачів первинної медичної допомоги, серед пацієнтів яких є щонайменше 100 дітей, дата народження яких припадає на період з 28 лютого 2019 р. до 28 лютого 2025 р. та від імені яких подана декларація про вибір лікаря, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 червня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Під час проведення повторних оцінок через кожних три місяці дата народження дітей збільшується на кожні три місяці із заокругленням до останнього дня місяця відповідно.

28. Один раз на рік НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині рівня охоплення оглядами осіб вікових груп 40 - 64 роки та 65 років і старше з гіпертонічною хворобою, іншими серцево-судинними захворюваннями, осіб з цукровим діабетом.

Для рівня охоплення оглядами осіб вікових груп 40 - 64 роки та 65 років і старше розмір доплати розраховується як добуток суми вартості медичних послуг за 11 місяців, що передують періоду оцінки, і місяць, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення профілактичних оглядів за відповідний період, який становить 0,025, протягом строку дії договору.

Індикатор вважається досягнутим, якщо станом на дату проведення оцінки відсоток осіб визначених вікових груп із відповідними захворюваннями, які мали декларації протягом періоду проведення оцінки та яким надано послуги в повному обсязі, серед загальної кількості усіх задекларованих осіб даних вікових груп становить середній рівень по країні за визначений період 2024 року плюс 10 відсотків (кожний з двох показників), що входить в індикатор. Оцінка проводиться станом на 1 грудня 2025 року.

Для проведення оцінки вікової групи 40 - 64 роки застосовується відношення, де:

чисельником є кількість осіб вікової групи 40 - 64 роки, які за останніх 12 місяців (грудень 2024 р. плюс 11 місяців 2025 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;

знаменником є загальна кількість осіб вікової групи 40 - 64 роки, які мали протягом останніх 12 місяців або мають декларацію з лікарем, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 грудня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я і мали щонайменше один візит для отримання послуг з первинної медичної допомоги за останніх 12 місяців.

Для проведення оцінки вікової групи 65 років і старше застосовується відношення, де:

чисельником є кількість осіб вікової групи 65 років і старше, які за останніх 12 місяців (грудень 2024 р. плюс 11 місяців 2025 р.) мали хоча б один візит з причиною звернення "А98 Підтримання здоров'я/ профілактика", а також щонайменше одне вимірювання індексу маси тіла і артеріального тиску та визначення рівня глюкози і холестерину;

знаменником є загальна кількість осіб вікової групи 65 років і старше, які мали протягом останніх 12 місяців або мають декларацію з лікарем, який працює у відповідного надавача медичних послуг, станом на 1 грудня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я і мали щонайменше один візит для отримання послуг з первинної медичної допомоги за останніх 12 місяців.

281. Один раз на рік НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині рівня охоплення популяційним скринінгом раку молочної залози, шийки матки, колоректального раку.

(Порядок доповнено пунктом 281 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

29. Перерахунок фактичної вартості медичних послуг з надання первинної медичної допомоги за результатами моніторингу та/або верифікації інформації, яка міститься в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, проводиться за середньою вартістю декларації за кожною віковою групою з урахуванням застосування всіх коригувальних коефіцієнтів, передбачених цим Порядком, у відповідному звітному періоді. Середня вартість декларації визначається як відношення фактичної вартості медичних послуг за кожною віковою групою до кількості декларацій відповідної вікової групи.

### Глава 2. Екстрена медична допомога

30. НСЗУ укладає договори щодо надання екстреної медичної допомоги з одним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф комунальної форми власності в регіоні.

31. Тариф на медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка, яка розраховується на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, протягом року, яка становить 306,3 гривні на рік.

32. До базової капітаційної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) за готовність надавати медичні послуги з екстреної медичної допомоги в населених пунктах на територіях, що віднесені до територій можливих бойових дій, включених станом на 1 липня 2025 р. до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, який становить 1,48 (застосовується до кількості населення відповідних населених пунктів, визначених МОЗ);

(підпункт 1 пункту 32 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

2) за готовність надавати медичні послуги з екстреної медичної допомоги в населених пунктах на територіях, що віднесені до територій активних бойових дій, включених станом на 1 липня 2025 р. до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, який становить 6,01 (застосовується до кількості населення відповідних населених пунктів, визначених МОЗ);

(підпункт 2 пункту 32 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 (застосовується до кількості населення відповідних населених пунктів у разі, коли медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги надаються в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні").

33. Запланована вартість медичних послуг з надання екстреної медичної допомоги, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток 1/12 глобальної ставки з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів, кількості місяців строку дії договору, чисельності населення, яке проживає на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які взяті на облік внутрішньо переміщених осіб станом на 1 вересня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку.

(абзац перший пункту 33 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 6 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

Запланована вартість медичних послуг при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

НСЗУ укладає договори щодо надання екстреної медичної допомоги із запланованою вартістю 1 гривня на місяць із закладами охорони здоров'я, в яких залишок коштів на поточному та інших (вкладних (депозитних) тощо) рахунках станом на 1 грудня 2024 р. згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за грудень 2024 р., поданою відповідно до договору, який діяв у 2024 році, перевищує загальну суму нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску за 2024 рік згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень - грудень 2024 р., з обов'язковим переглядом запланованої вартості згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за квітень, липень і жовтень 2025 р., відповідно до договору.

Якщо залишок коштів на поточному та інших (вкладних (депозитних) тощо) рахунках станом на 1 квітня, 1 липня та 1 жовтня 2025 р. згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за відповідні звітні періоди перевищує загальну суму нарахованої заробітної плати та нарахованого єдиного соціального внеску за 2024 рік згідно з інформацією про оплату та витрати на забезпечення медичного обслуговування за програмою медичних гарантій за січень - грудень 2024 р., запланована вартість договору залишається на рівні 1 гривні на місяць.

34. Фактична вартість медичних послуг з надання екстреної медичної допомоги за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює добутку 1/12 глобальної ставки з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів та чисельності населення, яке проживає на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку.

Фактична вартість медичних послуг при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

### Глава 3. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня, стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій

35. Тариф на медичні послуги за пакетами медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах", "Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня" та "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", що передбачені відповідними специфікаціями, визначається як комбінація глобальної ставки та базової ставки на пролікований випадок, яка становить 8735 гривень.

36. Глобальна ставка на місяць встановлюється як сума добутків середньомісячної кількості унікальних пацієнтів за кожною діагностично-спорідненою групою з урахуванням коригувальних коефіцієнтів (при значенні менше 1 застосовується 0) за квітень - вересень 2024 р., крім тих, оплата за які здійснюється за іншими пакетами медичних послуг, визначеними в цьому розділі, базової ставки на пролікований випадок та відповідних вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп, значення яких наведені в додатках 1 і 3.

37. До глобальної ставки на місяць застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) коефіцієнт частки застосування глобальної ставки протягом періоду з 1 січня до 31 грудня 2025 р. який становить 0,45;

2) коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить 1,3 (за умови надання допомоги дітям) та 1,2 (за умови надання допомоги дорослим) (застосовується до пакетів медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах" та "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій");

3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до послуг, передбачених пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, які надані в місцях надання медичних послуг, що розташовані у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні";

4) коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить 1,1 і застосовується до коригувальних коефіцієнтів діагностично-споріднених груп з переліку, тривалість лікування яких перевищує референтний показник, та включається до умов договору з надавачами медичних послуг, визначених переліком МОЗ (за всіма або окремими місцями надання послуг, визначеними у договорі) (застосовується до пакетів медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах").

Перелік діагностично-споріднених груп, до яких застосовується даний коригувальний коефіцієнт, формується за даними електронної системи охорони здоров'я і включає діагностично-споріднені групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за значення 75 перцентилів, розраховане за усіма діагностично-спорідненими групами у період квітень - вересень 2024 року.

Референтний показник розраховується шляхом визначення середнього значення тривалості лікування пролікованих випадків для кожної діагностично-спорідненої групи за період квітень - вересень 2024 р. в цілому за всіма надавачами медичних послуг, помноженого на 3 (за умови середньої тривалості до 15 діб) та на 1,5 (за умови середньої тривалості більше 15 діб);

5) коефіцієнт 0,8 - для пролікованих випадків з пріоритетом звернення "планова медична допомога" за пакетом медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", крім випадків лікування дітей віком до 18 років;

6) коефіцієнт 0,6 - до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп з переліку (медіанне значення тривалості лікування більше семи діб) тривалістю лікування п'ять діб та менше або одна доба (застосовується до пакетів медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах").

Перелік діагностично-споріднених груп, до яких застосовується такий коефіцієнт, формується за даними електронної системи охорони здоров'я і включає діагностично-споріднені групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за медіанне значення тривалості лікування, розраховане за усіма діагностично-спорідненими групами у період квітень - вересень 2024 року.

38. Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338 (Офіційний вісник України, 2024 р., N 107, ст. 6782), формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, в умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій" зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

39. Пункт 39 виключено

(згідно з постановою Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

40. До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) коефіцієнт частки застосування ставки на пролікований випадок з 1 січня до 31 грудня 2025 р, який становить 0,55;

2) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал у порядку, визначеному в додатку 2. Станом на 1 січня 2025 р. значення коефіцієнта збалансованості бюджету становить 1;

3) ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи, значення якого наведені в додатку 1;

4) коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить 1,3 (за умови надання допомоги дітям) та 1,2 (за умови надання допомоги дорослим) (застосовується до пакетів медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах" та "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій");

5) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, в якому надаються медичні послуги, що передбачені пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні";

6) коефіцієнт 0,8 для пролікованих випадків планової медичної допомоги в рамках пакета медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", крім випадків лікування дітей віком до 18 років.

Планування госпіталізації пацієнтів здійснюється в порядку черговості з урахуванням їх стану та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з попереднім визначенням дати госпіталізації та орієнтовного строку очікування;

7) коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить 1,1 і застосовується до коригувальних коефіцієнтів діагностично-споріднених груп з переліку, тривалість лікування за якими перевищує референтний показник, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, визначених переліком МОЗ (за всіма або окремими місцями надання послуг, визначеними у договорі) (застосовується до пакетів медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах").

Перелік діагностично-споріднених груп, до яких застосовується даний коригувальний коефіцієнт, формується за даними електронної системи охорони здоров'я і включає діагностично-споріднені групи, в яких середнє значення тривалості лікування є більшим за значення 75 перцентилів, розраховане за усіма діагностично-спорідненими групами і усіма надавачами медичних послуг у період квітень - вересень 2024 р., перегляд періоду протягом 2025 року здійснюється відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ.

Референтний показник розраховується шляхом визначення середнього значення тривалості лікування пролікованих випадків для кожної діагностично-спорідненої групи за період квітень - вересень 2024 р. в цілому за всіма надавачами медичних послуг, помноженого на 3 (за умови середньої тривалості до 15 діб) та на 1,5 (за умови середньої тривалості 15 діб та більше);

8) за умови виконання двох або більше операцій в рамках одного пролікованого випадку, що включені до діагностично-споріднених груп додатка 3 (крім A13, A14, A15, A40), для пацієнтів з травматичними ушкодженнями (коди класу S та T) відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, визначеним МОЗ (застосовується до пакетів медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій" та "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах"), застосовується підхід, що включає сукупність тарифів за виконання кількох операцій (не більше п'яти операцій включно), визначених відповідно до наведеного нижче порядку:

100 відсотків коефіцієнта діагностично-споріднених груп за проведення операції з найбільшим тарифом плюс 75 відсотків коефіцієнта діагностично-споріднених груп за проведення операції з наступним найбільшим тарифом, плюс 60 відсотків коефіцієнта діагностично-споріднених груп за проведення кожної наступної операції;

(підпункт 8 пункту 40 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1079)

9) за умови проведення діалізу (код 87238-2) при гострих станах відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ, з внесенням відповідних електронних записів до електронної системи охорони здоров'я, в рамках одного пролікованого випадку застосовується підхід, що включає, зокрема, оплату даних інтервенцій з коефіцієнтом 0,343 від базової ставки на добу (для надавачів медичних послуг, до яких застосовується коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком МОЗ) (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування за пролікований випадок);

10) за умови виконання хірургічних втручань, пов'язаних з виконанням інтервенцій, визначених алгоритмами та правилами НСЗУ, та внесенням відповідних електронних записів до електронної системи охорони здоров'я в рамках одного пролікованого випадку за пакетом медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах", застосовується підхід, при якому відповідний ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи (додаток 1) множиться на коефіцієнт 1,2 (застосовується для надкластерних закладів охорони здоров'я, закладів Національної академії медичних наук, Національної академії наук, Державного управління справами, МОЗ);

11) коефіцієнт 0,6 - до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп з переліку під час надання медичної допомоги дорослим (середнє значення тривалості лікування більше семи діб) тривалістю лікування п'ять та менше або одна доба та до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп з переліку під час надання медичної допомоги дітям (середнє значення тривалості лікування більше семи діб) тривалістю лікування п'ять та менше або одна доба (застосовується до пакетів медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій", "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах", крім пролікованих випадків, визначених підпунктом 14 пункту 40 цього Порядку);

(підпункт 11 пункту 40 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409,
у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1079)

12) коефіцієнт 0,1 (за одну добу лікування протягом перших семи діб лікування у відділенні інтенсивної терапії), що додається до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп (крім діагностично-споріднених груп з інвазивною вентиляцією) за пролікований випадок, під час якого пацієнту надавалася медична допомога у відділенні інтенсивної терапії протягом однієї доби лікування у відділені інтенсивної терапії (код 74200-7, тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії) (для надкластерних закладів охорони здоров'я; закладів охорони здоров'я державної форми власності); коефіцієнт застосовується для закладів, у відділеннях інтенсивної терапії яких 20 відсотків і більше пацієнтів перебували на штучній вентиляції легень (за добу);

13) коефіцієнт 0,05 (за одну добу лікування протягом перших семи діб лікування у відділенні інтенсивної терапії), що додається до коригувального коефіцієнта визначених діагностично-споріднених груп (крім діагностично-споріднених груп з інвазивною вентиляцією) за пролікований випадок з лікуванням у відділенні інтенсивної терапії протягом однієї доби лікування у відділенні інтенсивної терапії для кластерних закладів охорони здоров'я (за добу), коефіцієнт застосовується для закладів, у відділенні інтенсивної терапії яких 20 відсотків і більше пацієнтів перебували на штучній вентиляції легень (за добу);

14) додатковий коефіцієнт застосовується до коригувального коефіцієнта діагностично-споріднених груп з переліку додатка 3 для пролікованих випадків тривалістю чотири доби та більше для пацієнтів з травматичними ушкодженнями (коди класу S та T) для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, визначеним МОЗ (застосовується до пакета "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах").

(пункт 40 доповнено підпунктом 14 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1079)

41. Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338, формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, в умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій" зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

42. Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

(пункт 42 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

43. Запланована вартість медичних послуг, передбачених цією главою, що надаються за договором, розраховується як сума добутків:

глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнтів, передбачених підпунктами 2, 3, 5, 6 пункту 37 цього Порядку, кількості місяців строку дії договору (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування глобальної ставки);

глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнта, передбаченого підпунктом 4 пункту 37 цього Порядку (без урахування коригувального коефіцієнта частки застосування глобальної ставки), та кількості місяців строку дії договору для надавачів медичних послуг, визначених переліком МОЗ, для надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям;

вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення) та кількості місяців до кінця строку дії договору.

(абзац четвертий пункту 43 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

44. Фактична вартість медичних послуг, що передбачені цією главою, за кожним пакетом медичних послуг і кожним договором за місяць розраховується як сума глобальної ставки на місяць із застосуванням коефіцієнтів, передбачених пунктом 37 цього Порядку, та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця та відповідних коефіцієнтів згідно з додатком 1, базової ставки, коефіцієнта збалансованості бюджету та коефіцієнтів, передбачених пунктом 40 цього Порядку.

(абзац перший пункту 44 із змінами, внесеними згідно з
 постановою Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 7 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі медичних послуг за відповідним пакетом, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється без урахування коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій" додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для закладів охорони здоров'я державної форми власності, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338 "Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи" включені до переліку закладів охорони здоров'я державної форми власності, визначеного МОЗ, та закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, що включені до переліку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, визначеного начальником (керівником) обласної, Київської міської держадміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

45. Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

(пункт 45 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

### Глава 4. Медична допомога при гострому мозковому інсульті

46. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із закладами охорони здоров'я, які включені до переліку закладів охорони здоров'я, з якими можуть бути укладені договори за пакетом медичних послуг "Медична допомога при гострому мозковому інсульті", визначеного МОЗ, та за відповідності таким індикаторним показниками:

кількість пролікованих пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі, за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. становить 70 та більше;

частка проведення системної тромболітичної терапії становить не менше ніж 2 відсотки усіх пролікованих пацієнтів із ішемічним інсультом за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

Індикаторні показники не застосовуються щодо закладів охорони здоров'я:

розташованих на території району, м. Києва, у межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення на території відповідного району, м. Києва згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку;

розташованих на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

державної форми власності;

які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, та здійснили п'ять ендоваскулярних втручань у пацієнтів з гострим мозковим інсультом.

Під час подання пропозицій кількома закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, що відповідають визначеним індикаторним показникам, договір укладається у такій черговості:

кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я, визначені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. N 174 "Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 2023 р., N 27, ст. 1515);

розташовані в районі відповідного регіону, в якому відсутні надавачі медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті за договором;

пролікували більше випадків з тромболітичною терапією за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

47. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 131472 гривні за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням ендоваскулярних втручань, 62565 гривень за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням тромболітичної терапії, 15643 гривні за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті без застосування ендоваскулярних втручань або тромболітичної терапії.

Ставка на пролікований випадок за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням ендоваскулярних втручань включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі.

48. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (із застосуванням ендоваскулярних втручань або тромболітичної терапії, без застосування ендоваскулярних втручань або тромболітичної терапії) та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг визначається як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих випадків надавачем медичних послуг за кожним видом послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

п'ять послуг - для послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті без застосування ендоваскулярних втручань або тромболітичної терапії, одна послуга - для послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням тромболітичної терапії або ендоваскулярних втручань (для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року).

49. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

### Глава 5. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда

50. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, які за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. пролікували не менше 20 пацієнтів з діагнозами, визначеними в умовах закупівлі, крім:

тих, що розташовані на території регіону, в межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення, яке проживає на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

закладів охорони здоров'я державної форми власності, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. N 391 "Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 43, ст. 1528).

Під час подання пропозицій кількома закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності договір укладається з тими, що розташовані на території регіону, в межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення, яке проживає на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, а також відповідають одному з таких критеріїв:

кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я, визначені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. N 174 "Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 2023 р., N 27, ст. 1515);

розташовані в районі відповідного регіону, в якому відсутні надавачі медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда за договором;

мають більше пролікованих випадків з проведенням стентування за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

51. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 43573 гривні за надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда із проведенням стентування, 25261 гривня за надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда без проведення стентування.

52. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (з проведенням та без проведення стентування) та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

п'ять послуг - для послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда без проведення стентування, одна послуга - для послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда з проведенням стентування (для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року).

53. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

### Глава 6. Медична допомога при пологах

54. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями у разі їх відповідності специфікаціям та індикаторним показникам, крім:

тих, що розташовані на території району, м. Києва, у межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення на території відповідного району, м. Києва згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 жовтня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації;

тих, що розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;

закладів охорони здоров'я, які мали договір за пакетом медичних послуг "Медична допомога при пологах" у 2024 році та включені до клінічних маршрутів пацієнтів обласними та Київською міською держадміністраціями (військовим адміністраціями);

закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. N 391 "Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 43, ст. 1528).

Під час подання пропозицій кількома закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності договір укладається з тими, що розташовані на території відповідного району, м. Києва, у межах якого кількість надавачів медичних послуг, заокруглена до цілого числа, менше ніж один на 150 тис. наявного населення, яке проживає на відповідній території згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 жовтня 2024 р., крім населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, а також відповідають одному з таких критеріїв (у порядку черговості):

кластерні та надкластерні заклади охорону здоров'я, визначені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. N 174 "Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 2023 р., N 27, ст. 1515);

розташовані в районі відповідного регіону, в якому відсутні надавачі медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах;

мають більше пролікованих випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

55. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги при пологах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 15137 гривень.

До ставки на пролікований випадок застосовується коригувальний коефіцієнт за надання комплексних медичних послуг матері та дитині, який становить 1,3. Зазначений коригувальний коефіцієнт застосовується до надавачів медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, а також одночасно надаватимуть медичні послуги, що визначені у главах 6 і 7 розділу II цього Порядку, за договором.

56. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

50 послуг для надавачів медичних послуг, які:

- у період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. не вносили до електронної системи охорони здоров'я інформацію щодо наданих послуг, включених до пакета медичних послуг "Медична допомога при пологах", яким шляхом приєднання передано в оперативне управління майно та переведено медичних працівників закладу (закладів) охорони здоров'я, діяльність яких припинилася та які надавали відповідні медичні послуги;

- розташовані на тимчасово окупованих територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких у період з 1 квітня до 31 грудня 2024 р. не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

57. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги при пологах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично пролікованих випадків за місяць.

58. У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється без урахування коефіцієнта з надання комплексних медичних послуг матері та дитині.

### Глава 7. Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках

59. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, які мають відповідні медичні записи за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. та в яких не більше ніж 15 відсотків пролікованих випадків немовлят закінчилися їх переведенням до інших надавачів медичних послуг, крім тих, що уклали з НСЗУ у 2024 році договір за відповідним пакетом медичних послуг та розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

60. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок та становить 8735 гривень. До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти залежно від складності медичної послуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 &lt; 7 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) |
| 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 &lt; 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 | 2,71 | 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 &lt; 10 днів |
| P10 | 43,79 | Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації &lt; 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 |
| 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 &lt; 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 ≤ п'яти діб |

61. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків після коми, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг за відповідною послугою та кількості місяців строку дії договору та доплати за готовність надання медичної допомоги виїзною неонатальною бригадою невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії.

Розмір доплати розраховується як добуток ставки на пролікований випадок, кількості послуг та коригувального коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу за допомогою виїзної неонатальної бригади, який становить 0,3 (застосовується до надавачів медичних послуг, які мають у своєму складі одну виїзну неонатальну бригаду або більше та відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг).

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пролікованих надавачем медичних послуг випадків за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, заокруглена до цілого числа (для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я);

п'ять послуг - для надавачів медичних послуг, які у період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. не вносили до електронної системи охорони здоров'я інформацію щодо наданих послуг, включених до пакета медичних послуг "Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках", та розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

62. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на пролікований випадок з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків після коми, кількості фактично пролікованих випадків та доплати за готовність надання медичної допомоги виїзною неонатальною бригадою невідкладної допомоги та інтенсивної терапії за місяць.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється без урахування коефіцієнта за готовність надавати медичну допомогу за допомогою виїзної неонатальної бригади.

### Глава 8. Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах

63. За пакетом медичних послуг "Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах" НСЗУ не укладає договори з надавачами медичних послуг, які не надавали відповідних послуг за таким пакетом у 2024 році, крім закладів охорони здоров'я державної форми власності та закладів охорони здоров'я, які за договором протягом 2024 року надавали медичні послуги за пакетом "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії".

64. Тариф на медичні послуги з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць.

Глобальна ставка на місяць розраховується як сума добутків кількості послуг відповідної групи амбулаторних медичних послуг та класу (класів) медичних послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 155 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти, із заокругленням до двох знаків після коми:

1) коефіцієнти залежно від групи амбулаторних медичних послуг та класу медичних послуг:

Сервіси\_і\_класи\_"Консультування\_та лікування"

|  |  |
| --- | --- |
| Клас медичних послуг | Коригувальний коефіцієнт |
| Геріатрія | 1,29 |
| Дерматологія | 1,29 |
| Ендокринологія | 1,29 |
| Кардіологія | 1,29 |
| Педіатрія | 1,29 |
| Імунологія | 1,29 |
| Аудіологія | 1,29 |
| Гематологія | 1,29 |
| Нефрологія | 1,29 |
| Психіатрія | 1,29 |
| Психологія | 1,29 |
| Гастроентерологія | 1,29 |
| Терапія з використанням фізичних та інших агентів | 1,29 |
| Ревматологія | 1,29 |
| Метаболічні ураження кісток | 1,29 |
| Пульмонологія | 1,29 |
| Неврологія | 1,29 |
| Медицина залежності | 1,29 |
| Інфекційні та паразитарні хвороби | 1,29 |
| Спостереження за дітьми з різними вадами розвитку та орфанними захворюваннями | 2,55 |
| Генетика | 2,55 |
| Пластична та реконструктивна хірургія | 1,8 |
| Гепатобіліарна хірургія | 2,2 |
| Гінекологія | 2 |
| Нейрохірургія | 2 |
| Ортопедія | 2 |
| Стани, пов'язані з ураженнями молочної залози | 1,53 |
| Судинна хірургія | 2 |
| Хірургія | 1,8 |
| Хірургія черепа, обличчя та щелепно-лицьової зони | 2 |
| Оториноларингологія | 2 |
| Кардіоторакальна хірургія | 2,2 |
| Лікування опіків | 2 |
| Анестезіологія | 2 |
| Онкогінекологія | 2 |
| Педіатрична хірургія | 2,2 |
| Урологія | 1,53 |
| Онкологія | 1,53 |
| Офтальмологія | 2 |
| Мультидисциплінарні консиліуми | 2,7 |

Сервіси і класи "Консультування та лікування" розглядаються як амбулаторний випадок (надання послуг пацієнту, який не госпіталізований) і визначаються як взаємодія між одним або кількома лікарями-спеціалістами медичних послуг з одним негоспіталізованим пацієнтом. Взаємодія повинна містити терапевтичний/клінічний зміст, тобто бути спрямована на проведення оцінки, обстеження, консультацію, лікування та/або навчання пацієнта і мати відповідний електронний медичний запис в електронній системі охорони здоров'я з датою, що відповідає фактичному наданню послуги;

Сервіси\_і\_класи\_"Процедури"

|  |  |
| --- | --- |
| Клас медичних послуг | Коригувальний коефіцієнт |
| Ендоскопія гастроінтестінальна | 4,5 |
| Ендоскопія урологічна/гінекологічна | 2,2 |
| Ендоскопія ортопедична | 2,58 |
| Ендоскопія органів дихання та ЛОР-органів | 4,5 |
| Гіпербарична терапія | 1,96 |
| Інтервенційна візуалізація | 11,22 |
| Амбулаторна хірургія | 3,8 |
| Медичні процедури | 2,5 |
| Менеджмент болю | 3 |
| Анестезіологічне забезпечення | 3,1 |

Сервіси і класи "Інструментальна діагностика"

|  |  |
| --- | --- |
| Клас медичних послуг | Коригувальний коефіцієнт |
| Магнітно-резонансна томографія | 4,42 |
| Комп'ютерна томографія з контрастуванням | 7,85 |
| Комп'ютерна томографія без контрастування | 3,5 |
| Рентгенологічні дослідження | 2,12 |
| Ультразвукове дослідження | 1,66 |
| Клінічні інструментальні дослідження | 2 |

Сервіси і класи "Лабораторна діагностика"

|  |  |
| --- | --- |
| Клас медичних послуг | Коригувальний коефіцієнт |
| Гематологія: |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 0,6383 |
| специфічні лабораторні дослідження | 1,9258 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) Біохімія: | 6,4355 |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 0,5032 |
| специфічні лабораторні дослідження | 1,9258 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) Мікробіологія: | 5,4819 |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 1,3064 |
| специфічні лабораторні дослідження | 2,0668 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) Імунологія: | 4,374 |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 1,4075 |
| специфічні лабораторні дослідження | 3,1911 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) | 7,7136 |
| Тканинна патологія: |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 0,7735 |
| специфічні лабораторні дослідження | 2,1514 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) Цитологія: | 7,2571 |
| специфічні лабораторні дослідження | 3,4827 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) | 7,3796 |
| Генетика: |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 1,2516 |
| специфічні лабораторні дослідження | 12,1667 |
| високоспецифічні (інші лабораторні дослідження) | 32,4387 |
| Інші дослідження: |   |
| загальні дослідження (основні лабораторні дослідження) | 0,9637 |
| специфічні лабораторні дослідження | 1,9654 |

До розрахунку оплат за сервіси і класи "Лабораторна діагностика" застосовуються алгоритми та правила, визначені НСЗУ;

2) коефіцієнт за медичні послуги з надання цілодобової спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам при ургентних (невідкладних) станах відповідно до групи захворювань під час перебування їх в приймальному відділенні або відділенні екстреної та невідкладної допомоги чи травмпункті в кластерних або надкластерних закладах охорони здоров'я у разі переведення в інший заклад або надання допомоги без подальшої госпіталізації:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Групи захворювань | Коригувальний коефіцієнт |
| E0110 | Деменція та інші хронічні мозкові синдроми | 3,46 |
| E0120 | Делірій | 2,96 |
| E0130 | Інсульт та інші порушення мозкового кровообігу | 3,17 |
| E0140 | Транзиторна ішемічна атака та прецеребральна оклюзія | 3,6 |
| E0150 | Судоми | 3,36 |
| E0160 | Неврологічні розлади | 3,31 |
| E0290 | Розлади та травми органів зору | 3,6 |
| E0310 | Розлади та травми вуха, носа, рота та горла | 3,64 |
| E0410 | Значні захворювання органів дихання | 2,47 |
| E0420 | Хронічна обструктивна хвороба легень | 3,4 |
| E0430 | Астма | 3,21 |
| E0440 | Інфекції верхніх дихальних шляхів | 3,65 |
| E0450 | Інфекції нижніх дихальних шляхів | 3,66 |
| E0490 | Розлади дихання, інше | 3,8 |
| E0510 | Гострі коронарні синдроми | 2,69 |
| E0520 | Аритмія і зупинка серця | 4,65 |
| E0530 | Серцева недостатність і шок | 3,47 |
| E0540 | Біль у грудях | 2,59 |
| E0590 | Порушення кровообігу, інше | 3,09 |
| E0610 | Шлунково-кишкова кровотеча | 3,68 |
| E0620 | Шлунково-кишкова непрохідність | 2,88 |
| E0630 | Перитоніт і перфорація шлунково-кишкового тракту | 2,61 |
| E0640 | Езофагіт і гастроентерит | 2,59 |
| E0650 | Біль у животі | 2,83 |
| E0690 | Розлади травної системи, інше | 3,45 |
| E0710 | Розлади функції печінки | 1,77 |
| E0720 | Розлади жовчного міхура, жовчовивідних шляхів і підшлункової залози | 2,52 |
| E0890 | Кістково-м'язові та м'язово-сухожильні розлади | 2,98 |
| E0910 | Інфекції шкіри та підшкірної клітковини | 2,94 |
| E0990 | Захворювання шкіри, інше | 3,31 |
| E1010 | Цукровий діабет | 3,36 |
| E1090 | Метаболічні та аліментарні розлади, інше | 2,76 |
| E1110 | Ниркова недостатність | 1,4 |
| E1120 | Сечові камені та непрохідність | 1,35 |
| E1130 | Інфекції нирок і сечовивідних шляхів | 3,04 |
| E1190 | Розлади нирок і сечовивідних шляхів, інші | 3,1 |
| E1290 | Чоловічі захворювання сечостатевої системи | 2,4 |
| E1390 | Гінекологічні розлади | 2,29 |
| E1410 | Післяпологовий та післяабортний стан | 2,7 |
| E1420 | Передпологові та інші акушерські стани | 2,12 |
| E1610 | Розлади імунної системи | 3,08 |
| E1620 | Порушення функції еритроцитів | 2,83 |
| E1630 | Порушення гемостазу | 2,78 |
| E1790 | Новоутворення | 2,77 |
| E1810 | Септицемія | 3,08 |
| E1820 | Вірусні захворювання | 2,84 |
| E1830 | Лихоманка невідомого походження | 3,32 |
| E1890 | Інфекційні та паразитарні хвороби, інші | 2,98 |
| E1910 | Розлади психіки та поведінки, пов'язані з алкоголем та наркотиками | 2,37 |
| E1920 | Психози | 2,4 |
| E1990 | Розлади психіки та нейроповедінкові розлади, інші | 3,09 |
| E2010 | Травми голови, внутрішньочерепної системи, хребта, внутрішніх органів та інші складні травми | 3,52 |
| E2020 | Переломи тазу і стегна | 2,81 |
| E2025 | Переломи, вивихи і пошкодження зв'язок | 3,81 |
| E2030 | Травми, інші | 3,89 |
| E2040 | Пошкодження пальців рук, ніг і поверхневі травми | 3,08 |
| E2050 | Опіки | 2,97 |
| E2060 | Отруєння | 3,32 |
| E2070 | Алергічні реакції | 2,57 |
| E2080 | Ускладнення після надання медичної стаціонарної, у тому числі хірургічної допомоги | 3,12 |
| E5010 | Больовий синдром | 2,35 |
| E5090 | Симптоми, інше | 3,13 |
| E6010 | Жорстоке поводження та зневага | 2,71 |
| E6090 | Інші фактори, що впливають на стан здоров'я | 2,21 |
| E0000 | Пацієнт самостійно покинув заклад | 1,21 |

3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, що передбачені пакетом медичних послуг, визначеним у цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні".

Кількість послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як середньомісячна кількість медичних послуг за відповідною групою амбулаторних медичних послуг та класом медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа (при значенні менше 1 застосовується 0) - для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

65. Запланована вартість медичних послуг з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

66. Фактична вартість медичних послуг з профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, дорівнює глобальній ставці на місяць.

### Глава 9. Стоматологічна допомога дорослим та дітям

67. Тариф на медичні послуги із стоматологічної допомоги дорослим та дітям, пов'язаної із зняттям гострого болю та станами, що потребують невідкладної медичної допомоги, та планової стоматологічної допомоги дітям (крім ортодонтичних процедур та протезування), що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць.

Глобальна ставка на місяць розраховується як добуток кількості послуг, які надавач готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 134,68 гривні, та гірського коефіцієнта, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, що передбачені пакетом медичних послуг, визначеним у цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні".

Кількість послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів протягом дня за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа (при значенні менше 1 застосовується 0) - для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

середньомісячна фактична кількість унікальних пацієнтів протягом дня за три місяці, що передують місяцю, в якому подано пропозицію, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р., які розташовані на територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

68. Запланована вартість медичних послуг із стоматологічної допомоги дорослим та дітям, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

69. Фактична вартість медичних послуг із стоматологічної допомоги дорослим та дітям за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

### Глава 10. Ведення вагітності в амбулаторних умовах

70. Тариф на медичні послуги з ведення вагітності в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка на місяць, яка становить 921,82 гривні.

71. Запланована вартість медичних послуг з ведення вагітності в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток капітаційної ставки, запланованої кількості осіб, яким буде надано медичну допомогу, та кількості місяців строку дії договору.

Запланована кількість осіб, яким буде надано медичну допомогу, встановлюється як:

середньомісячна кількість вагітних, яким надано амбулаторну медичну допомогу за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

50 послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

72. Фактична вартість медичних послуг з ведення вагітності в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток капітаційної ставки та кількості вагітних, яким надано медичну допомогу протягом місяця.

### Глава 11. Мамографія

73. Тариф на медичні послуги з проведення мамографії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 248, 64 гривні.

74. Запланована вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість зазначених медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

75. Фактична вартість медичних послуг з проведення мамографії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг протягом місяця.

### Глава 12. Гістероскопія

76. Тариф на медичні послуги з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 2394,2 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

77. Запланована вартість медичних послуг з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помножена на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

чотири послуги - для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, чотири послуги - для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

78. Фактична вартість медичних послуг з проведення гістероскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

### Глава 13. Езофагогастродуоденоскопія

79. Тариф на медичні послуги з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 912,72 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

80. Запланована вартість медичних послуг з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

вісім послуг - для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, 11 послуг - для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

81. Фактична вартість медичних послуг з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

### Глава 14. Колоноскопія

82. Тариф на медичні послуги з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1149,96 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

83. Запланована вартість медичних послуг з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

сім послуг - для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, вісім послуг - для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

84. Фактична вартість медичних послуг з проведення колоноскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

### Глава 15. Цистоскопія

85. Тариф на медичні послуги з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 976,95 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

86. Запланована вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р.;

дві послуги - для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, сім послуг - для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

87. Фактична вартість медичних послуг з проведення цистоскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

### Глава 16. Бронхоскопія

88. Тариф на медичні послуги з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1178,97 гривні, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, який становить 1,7.

89. Запланована вартість медичних послуг з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг (окремо діагностичних і з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції), помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг - для послуг з проведенням ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції, сім послуг - для послуг без проведення ендоскопічної маніпуляції та/або ендоскопічної операції для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

90. Фактична вартість медичних послуг з проведення бронхоскопії в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта із заокругленням до цілого числа та кількості фактично наданих послуг за місяць.

### Глава 17. Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах

91. Тариф на медичні послуги з лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка за медичну послугу, яка становить 2473 гривні.

92. Запланована вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість зазначених медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

93. Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості наданих медичних послуг протягом місяця.

### Глава 18. Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах

94. Тариф на медичні послуги з лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одну особу на день та становить 1129 гривень за проведення постійного перитонеального діалізу та 1814 гривень за проведення апаратного перитонеального діалізу.

95. Запланована вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги (окремо з проведення постійного перитонеального діалізу та з проведення апаратного перитонеального діалізу), та відповідної капітаційної ставки, помножена на кількість днів строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга - для послуг з проведення постійного перитонеального діалізу, одна послуга - для послуг з проведення апаратного перитонеального діалізу для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

96. Фактична вартість медичних послуг з лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, відповідної капітаційної ставки та фактичної кількості днів надання медичних послуг у звітному періоді.

### Глава 19. Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах

97. Тариф на медичні послуги з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка.

Глобальна ставка на місяць розраховується як 1/12 суми добутків кількості унікальних пацієнтів, капітаційної ставки на рік, яка становить 36807 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти залежно від віку пацієнта:

3,555 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

0,97 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше (стаціонарна допомога);

0,7 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років виключно в амбулаторних умовах.

Кількість унікальних пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, для кожної групи встановлюється як кількість унікальних пацієнтів, які почали вперше у 2024 році отримувати хіміотерапевтичне лікування в надавача медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р., помножена на 2, - для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Глобальна ставка на місяць при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

До глобальної ставки застосовується коефіцієнт відповідності додатковим вимогам, що визначається у договорі:

0,85 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнтам (відповідно до специфікації);

1 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам в рамках додаткового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації) за умови відсутності у надавача договору про надання медичних послуг, які віднесені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 20 розділу II цього Порядку;

1,1 - за готовність надавати комплексну медичну послугу пацієнтам у рамках додаткового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації) за умови наявності у надавача договору про надання медичних послуг, які віднесені до пакета медичних послуг, зазначених у главі 20 розділу II цього Порядку;

98. Запланована вартість медичних послуг з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

99. Фактична вартість медичних послуг з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється з урахуванням коефіцієнта за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнтам.

(пункт 99 доповнено абзацом згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 8 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

### Глава 20. Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах

100. Тариф на медичні послуги з радіологічного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одного пацієнта за отримане лікування та становить 51368 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1,5 - у разі проведення дистанційної променевої терапії із застосуванням лінійного прискорювача та/або гамма-ножа, або контактної променевої терапії (брахітерапії);

0,753 - у разі проведення дистанційної та контактної променевої терапії із застосуванням гамма-терапевтичного апарата, рентгенотерапевтичного апарата.

101. Запланована вартість медичних послуг з радіологічного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків капітаційної ставки, коригувального коефіцієнта із заокругленням до двох знаків після коми, кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, та кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

десять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

102. Фактична вартість медичних послуг з радіологічного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток кількості пацієнтів, які отримали лікування в надавача медичних послуг протягом місяця, капітаційної ставки та відповідного коригувального коефіцієнта (у разі застосування відповідного обладнання, яке визначено додатковими вимогами в умовах закупівлі) із заокругленням до двох знаків після коми у разі відповідності додатковим вимогам.

### Глава 21. Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах

103. Тариф на медичні послуги з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка.

Глобальна ставка на місяць розраховується як 1/12 суми добутків кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, капітаційної ставки, яка становить 74429 гривень на рік, із застосуванням таких коригувальних коефіцієнтів залежно від віку пацієнтів:

3,008 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років;

1,5 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років, виключно в амбулаторних умовах;

0,824 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше;

0,7 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше виключно в амбулаторних умовах.

Глобальна ставка на місяць при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

До глобальної ставки застосовується коефіцієнт відповідності додатковим вимогам, що визначається у договорі:

0,85 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації);

1 - за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках додаткового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта (відповідно до специфікації).

104. Запланована вартість медичних послуг з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

Кількість унікальних пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється для кожної групи залежно від віку пацієнтів як кількість унікальних пацієнтів, які почали вперше у 2024 році отримувати відповідні медичні послуги в надавача медичних послуг у період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р., помножена на 2, - для надавачів медичних послуг, які надавали медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

105. Фактична вартість медичних послуг з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється з урахуванням коефіцієнта за готовність надавати медичні послуги пацієнтам у рамках базового обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнтам.

(пункт 105 доповнено абзацом згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 9 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

### Глава 22. Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах

106. Тариф на медичні послуги з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць, яка розраховується як сума добутків кількості послуг (за винятком послуг примусового характеру для надавачів за переліком спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги, затвердженим МОЗ) у розрізі складності пролікованого випадку, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на пролікований випадок, яка становить 13326,57 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності пролікованого випадку із заокругленням до двох знаків після коми. До глобальної ставки застосовується коригувальний коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу в умовах інтенсивної терапії із заокругленням до двох знаків після коми.

До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти залежно від складності пролікованого випадку (за кодами згідно з класифікатором НК 025:2021 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем\_охорони\_здоров'я", затвердженим\_Мінекономіки):

|  |  |
| --- | --- |
| Коригувальний коефіцієнт | Код згідно з класифікатором НК 025:2021 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" із назвою |
| 1,317 | F00 - F09 Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади |
| 0,518 | F10 - F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин |
| 1,672 | F20 - F29 Шизофренія, шизотипові стани, маревні розлади |
| 1,296 | F30 - F39 Розлади настрою (афективні розлади) |
| 0,751 | F40 - F48 Невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади |
| 0,474 | F50 - F59 Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами |
| 0,412 | F60 - F69 Розлади особистості та поведінки у дорослому віці |
| 0,9 | F70 - F79 Розумова відсталість |
| 0,951 | F80 - F83, F85 - F89 Розлади психічного розвитку |
| 1,672 | F84 Первазивні розлади психологічного розвитку |
| 0,924 | F90 - F98 Розлади поведінки та емоцій, які зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці |
| 0,318 | F99 Розлади психіки, неуточнені |

До глобальної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти за готовність надавати медичну допомогу в умовах інтенсивної терапії:

1,102 - за готовність надавати послуги в умовах інтенсивної терапії відповідно до додаткових умов закупівлі;

0,982 - за готовність надавати послуги без умов інтенсивної терапії.

Кількість пролікованих випадків, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, встановлюється як середньомісячна фактична кількість унікальних пацієнтів за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа (при значенні менше 1 застосовується 0) - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338, формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи. В умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом "Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах" зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

(абзац восьмий пункту 106 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

107. Запланована вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку глобальної ставки на місяць на кількість місяців строку дії договору та добутку вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), на кількість місяців до кінця строку дії договору.

(пункт 107 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

108. Фактична вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

Для надавачів медичних послуг, які включені до переліку спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги, затвердженого МОЗ, фактична вартість медичних послуг з психіатричної допомоги дорослим та дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума глобальної ставки на місяць та добутку ставки у розмірі 13326,57 гривні та кількості пацієнтів, до яких надавач медичних послуг вживав примусових заходів медичного характеру згідно з даними електронної системи охорони здоров'я протягом звітного місяця.

У разі невідповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі щодо надання зазначених медичних послуг, розрахунок фактичної вартості медичних послуг за період невідповідності додатковим умовам здійснюється з урахуванням коригувального коефіцієнта за готовність надавати послуги без інтенсивної терапії.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом "Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах" додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для закладів охорони здоров'я державної форми власності, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338 "Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи" включені до переліку закладів охорони здоров'я державної форми власності, визначеного МОЗ, та закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, що включені до переліку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, визначеного начальником (керівником) обласної, Київської міської держадміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

(абзац п'ятий пункту 108 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

### Глава 23. Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами

109. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами, із:

закладами охорони здоров'я, які увійшли до спроможної мережі закладів охорони здоров'я відповідних госпітальних округів як кластерні, надкластерні багатопрофільні лікарняні заклади для дорослих (центри для надання допомоги дорослим), надкластерні багатопрофільні лікарняні заклади для дітей (центри для надання допомоги дітям), закладами охорони здоров'я державної форми власності;

закладами охорони здоров'я, які надають медичні послуги в регіонах, в яких не сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, з урахуванням особливостей, визначених в абзаці вісімнадцятому пункту 7 цього Порядку.

(пункт 109 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

110. Тариф на медичні послуги з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами, що передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць та становить 207483,97 гривні, яка включає суму часток:

за надання медичної допомоги однією мультидисциплінарною командою в амбулаторних умовах, що становить 100327,97 гривні;

за надання медичної допомоги однією мобільною мультидисциплінарною командою, що становить 107156 гривень.

111. Запланована вартість медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, яка надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

112. Фактична вартість медичних послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям, яка надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами, за місяць розраховується як сума добутків відповідних часток глобальної ставки, до яких застосовуються коригувальні коефіцієнти, які визначаються з урахуванням навантаження відповідних команд залежно від кількості пацієнтів, які отримали медичну допомогу протягом місяця за зазначеним пакетом медичних послуг, із заокругленням до цілого числа.

До частки глобальної ставки за надання медичної допомоги мультидисциплінарною командою в амбулаторних умовах застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1 - за надання медичної допомоги 300 і більше пацієнтам протягом місяця;

0,75 - за надання медичної допомоги 200 - 299 пацієнтам протягом місяця;

0,5 - за надання медичної допомоги 101 - 199 пацієнтам протягом місяця;

0,25 - за надання медичної допомоги 1 - 100 пацієнтам протягом місяця.

До частки глобальної ставки за надання медичної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1 - за надання медичної допомоги 50 пацієнтам і більше протягом місяця;

0,75 - за надання медичної допомоги 35 - 49 пацієнтам протягом місяця;

0,5 - за надання медичної допомоги 20 - 34 пацієнтам протягом місяця;

0,25 - за надання медичної допомоги 1 - 19 пацієнтам протягом місяця.

У разі ненадання медичних послуг жодному пацієнту протягом звітного місяця оплата за такий період становить 0.

113. Збільшення кількості мобільних мультидисциплінарних команд, утворених надавачем медичних послуг, здійснюється в разі, коли кожна з існуючих мультидисциплінарних команд центру ментального (психічного) здоров'я надає психіатричну допомогу відповідно більше ніж 300 та 50 пацієнтам щомісяця протягом шести місяців поспіль згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

У разі необхідності утворення додаткових мультидисциплінарних команд надавач медичних послуг повідомляє НСЗУ протягом трьох робочих днів з дати утворення команди з метою погодження такого рішення.

### Глава 24. Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах

114. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах з одним надавачем медичних послуг у регіоні, який визначений Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), та надавачами медичних послуг державної форми власності, визначеними МОЗ.

115. Тариф на медичні послуги з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка за одного пацієнта за отримане лікування та становить 49620 гривень, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1 - за лікування лікарсько-чутливого туберкульозу;

1,4 - за лікування лікарсько-стійкого туберкульозу.

Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338, формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи. В умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом "Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах" зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

(абзац п'ятий пункту 115 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

116. Запланована вартість медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку капітаційної ставки на коригувальний коефіцієнт за лікування лікарсько-чутливого туберкульозу на кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати такі медичні послуги, на кількість місяців строку дії договору, добутку капітаційної ставки на коригувальний коефіцієнт за лікування лікарсько-стійкого туберкульозу на кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати такі медичні послуги, на кількість місяців строку дії договору та добутку вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), на кількість місяців до кінця строку дії договору.

(абзац перший пункту 116 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється як середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

Фактична вартість медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів, які почали отримувати лікування туберкульозу в цьому місяці, капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта та коефіцієнта початку лікування, що становить 0,75, і кількості пацієнтів, які закінчили лікування туберкульозу в цьому місяці, капітаційної ставки, відповідного коригувального коефіцієнта та коефіцієнта закінчення лікування, що становить 0,25 (для пацієнтів, які почали отримувати лікування туберкульозу в 2024 році і за початок лікування яких була здійснена оплата, коефіцієнт закінчення лікування становить 0,5).

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом "Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах" додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для надавачів державної форми власності, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338 "Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи" включені до переліку закладів охорони здоров'я державної форми власності, визначеного МОЗ, та надавачів комунальної форми власності, що включені до переліку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, визначеного керівником обласної, Київської міської держадміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

117. Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

(пункт 117 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

### Глава 25. Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)

118. Тариф на медичні послуги з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ), що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка, яка становить 4091,04 гривні на рік.

119. Запланована вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ), що надаються за кожним договором, розраховується як добуток 1/12 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, середньомісячної кількості пацієнтів із ВІЛ (або підозрою на ВІЛ), яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги, що визначені специфікаціями, та кількості місяців строку дії договору.

Середньомісячна кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

15 послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

120. Фактична вартість медичних послуг з діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ) за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток 1/12 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми та кількості пацієнтів, які отримали медичні послуги за відповідний місяць.

### Глава 26. Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії

121. Тариф на медичні послуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка, яка становить 6874,2 гривні на рік.

122. Запланована вартість медичних послуг з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток 1/12 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, які отримують лікування препаратами замісної підтримувальної терапії, яким надавач медичних послуг готовий надавати медичні послуги, що визначені специфікаціями, та кількості місяців строку дії договору. Запланована вартість зазначених медичних послуг при цьому заокруглюється до двох знаків після коми.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, встановлюється як:

середньомісячна кількість пацієнтів, яким надано відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

15 послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

123. Фактична вартість медичних послуг з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток 1/12 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми та кількості пацієнтів, які отримали медичні послуги за відповідний місяць.

### Глава 27. Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям

124. Тариф на медичні послуги із стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що передбачені відповідними специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 8735 гривень за надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям.

До ставки на пролікований випадок застосовуються такі коригувальні коефіцієнти відповідно до коду послуги за умови дотримання всіх визначених критеріїв за кожною наданою послугою:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код послуги | Коригувальний коефіцієнт | Критерії віднесення пацієнта до послуги |
| PI1 | 1,35 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - більше 18 років;тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:мінімальна тривалість - 11 діб, максимальна тривалість - 25 діб;максимальна тривалість одного пролікованого випадку - до 60 діб;сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування на рік - до 180 діб;кількість пролікованих випадків за рік - не більше трьох госпіталізацій на рік;період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах - більше 14 календарних днів |
| PI2 | 1,8 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - до 18 років;тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:мінімальна тривалість - 11 діб, максимальна тривалість - 24 доби;максимальна тривалість одного пролікованого випадку - до 60 діб;сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування на рік - до 180 діб;кількість пролікованих випадків за рік - не більше трьох госпіталізацій на рік;період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах - більше 14 календарних днів |
| PI3a | 7 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - без обмежень;оцінка за шкалою надання паліативної допомоги - менше 20 відсотків або наявність щонайменше одного стану з наведених:стійкий вегетативний стан (апалічний синдром) (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - R40.3);залежність від апарата штучної вентиляції легень (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - Z99.1);залежність від штучного серця (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - Z99.4);залежність від інших механізмів та пристроїв, які підтримують життєдіяльність органів або систем (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - Z99.8);тяжкі післятравматичні стани (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5) та оцінка за шкалою надання паліативної допомоги - менше 30 відсотків;тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:мінімальна тривалість 60 діб, максимальна тривалість - 135 діб;сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) - необмежена. Тривалість послуг, що надавались протягом року одному пацієнту, підсумовується в одну |
| PI3b | 0,34 | застосовується у випадку лікування пацієнтів з тяжкими післятравматичними станами внаслідок бойових травм (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5) за кожний день надання медичної допомоги;оцінка за шкалою надання паліативної допомоги менше 30 відсотків - медична послуга надається та оплачується виключно із дотриманням відповідного клінічного маршруту пацієнта, затвердженого МОЗ;тривалість послуги та сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) - необмежена. |
| PI4 | 1,54 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - більше 65 років;оцінка за шкалою коморбідності - від 1,9 до 7,3 бала;оцінка за шкалою Бартела\* (Barthel Index) - менше 25 балів;тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:мінімальна тривалість - 14 діб, максимальна тривалість - 31 доба;максимальна тривалість одного пролікованого випадку - до 90 діб;кількість пролікованих випадків за рік - не більше трьох госпіталізацій на рік;загальна тривалість стаціонарного лікування на рік - до 180 діб;період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах - більше 14 календарних днів |
| PI5 | 1,7 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - більше 65 років;оцінка за шкалою коморбідності - більше 7,4 бала;оцінка за шкалою Бартела\* (Barthel Index) - менше 25 балів;тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:мінімальна тривалість - 15 діб, максимальна тривалість - 34 доби;максимальна тривалість одного пролікованого випадку - до 90 діб;кількість пролікованих випадків за рік - не більше трьох госпіталізацій на рік;загальна тривалість стаціонарного лікування на рік - до 180 діб;період між окремими госпіталізаціями в одному або різних закладах - більше 14 календарних днів |
| PI6 | 6,5 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта - більше 65 років;наявність тяжкого психічного розладу (коди Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду F00-F04);оцінка за скороченою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE\*\*) - менше 11 балів;тривалість одного пролікованого випадку (госпіталізації) в межах визначених референтних значень для даної послуги:мінімальна тривалість - 60 діб, максимальна тривалість - 135 діб;сукупна тривалість випадків стаціонарного лікування одного пацієнта на рік (у тому числі не підряд) - необмежена. Тривалість послуг, що надавались протягом року одному пацієнту, підсумовується в одну |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Код 96761-2 "Загальна оцінка Індекс Бартела" (компоненти шкали Бартела коди: 83184-2 "Прийом їжі", 83185-9 "Переміщення (з ліжка на крісло і назад)", 96767-9 "Персональна гігієна", 83183-4 "Користування туалетом", 83181-8 "Прийом ванни", 83186-7 "Здатність до пересування по рівній площині", 96758-8 "Подолання сходів", 83182-6 "Одягання", 96759-6 "Контроль дефекації", 96760-4 "Контроль сечовипускання").

\*\* Код 72107-6 "Міні-обстеження психічного стану".

За умови невідповідності пролікованого випадку референтним значенням тривалості лікування коригувальним коефіцієнтам, які застосовуються до ставки на пролікований випадок відповідного класу та коду послуги при дотриманні референтних значень тривалості лікування, застосовуються понижуючі або підвищуючі коригувальні коефіцієнти за кожен день невідповідності референтним значенням тривалості лікування (не застосовуються при наданні медичних послуг пацієнтам з тяжкими післятравматичними станами (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Коригувальний коефіцієнт | Критерії застосування коригувального коефіцієнта |
| PI1 | - 0,135 | За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років |
| + 0,0386 | За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років |
| PI2 | - 0,18 | За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком до 18 років |
| + 0,05 | За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів до 18 років |
| PI3 | - 0,1186 | За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років та для пацієнтів віком до 18 років |
| + 0,0311 | За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 18 років та для пацієнтів віком до 18 років |
| PI4 | - 0,118 | За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років |
| + 0,0261 | За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років |
| PI5 | - 0,121 | За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років |
| + 0,0304 | За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років |
| PI6 | - 0,11 | За кожен день за умови тривалості лікування менше мінімального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років |
| + 0,0289 | За кожен день за умови тривалості лікування більше максимального референтного значення для пацієнтів віком старше 65 років |

125. Запланована вартість медичних послуг за надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, ставки на пролікований випадок та кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

(абзац другий пункту 125 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 10 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів, яким надано медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

126. Фактична вартість медичних послуг за надання стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків кількості пацієнтів відповідного класу та коду послуги, ставки на пролікований випадок із застосуванням відповідного класу та коду послуги коригувальних коефіцієнтів з дотриманням референтних значень тривалості лікування або скоригованих коригувальних коефіцієнтів з дотриманням референтних значень тривалості лікування на невідповідність тривалості лікування референтним значенням тривалості лікування та кількості пацієнтів, ставки на пролікований випадок із застосуванням відповідного коефіцієнта, фактичної кількості днів надання медичних послуг у звітному періоді (для послуги PI3b).

У випадку оплати надання медичних послуг пацієнтам, які почали отримувати медичні послуги із стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за договорами, які діяли у 2024 році та строк дії яких закінчився у 2025 році, оплата таких послуг здійснюється відповідно до визначених тарифів та коригувальних коефіцієнтів, які передбачені цією главою.

### Глава 28. Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям

127. Тариф на медичні послуги з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що передбачені специфікаціями, визначається як капітаційна ставка на рік, яка становить 69326,04 гривні.

До базової капітаційної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти відповідно до коду послуги за умови дотримання всіх визначених критеріїв за кожною наданою послугою:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Коригувальний коефіцієнт | Критерії віднесення пацієнта до послуги |
| PA1 | 0,78 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - більше 18 років;оцінка за шкалою надання паліативної допомоги (Palliative Performance scale) - 20 - 50 відсотків |
| PA2 | 1,15 | Вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - до 18 років |
| PA3 | 1,2 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - без обмежень;оцінка за шкалою надання паліативної допомоги - менше 20 відсотків або наявність таких станів:стійкий вегетативний стан (апалічний синдром) (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - R40.3);залежність від апарата штучної вентиляції легень (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - Z99.1);залежність від штучного серця (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - Z99.4);залежність від інших механізмів та пристроїв, які підтримують життєдіяльність органів або систем (код Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду - Z99.8) |
| PA4 | 0,74 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - більше 65 років;оцінка за шкалою коморбідності - від 1,9 до 7,3 бала;оцінка за шкалою Бартела (Barthel Index\*) - менше 25 балів |
| PA5 | 0,79 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта, який потребує паліативної допомоги, - більше 65 років;оцінка за шкалою коморбідності - більше 7,3 бала;оцінка за шкалою Бартела (Barthel Index\*) - менше 25 балів |
| PA6 | 0,73 | Наявність усіх таких критеріїв:вік пацієнта - більше 65 років;наявність тяжкого психічного розладу з (коди Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду F00 - F04);оцінка за скороченою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE\*) - менше 11 балів |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Коди аналогічні зазначеним в пункті 124 цього Порядку.

128. Запланована вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток 1/12 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги, та кількості місяців строку дії договору.

Кількість пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати медичні послуги протягом місяця, встановлюється як:

середньомісячна кількість унікальних пацієнтів, яким надані медичні послуги надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

129. Фактична вартість медичних послуг з мобільної паліативної медичної допомоги дорослим і дітям за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків 1/52 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми, кількості пацієнтів відповідного класу та коду послуги, 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 коригувального коефіцієнта відповідно до класу та коду послуги.

### Глава 29. Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя

130. Тариф на медичні послуги з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 10820 гривень.

131. Запланована вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та запланованої середньомісячної кількості медичних послуг, помноженої на кількість місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

132. Фактична вартість медичних послуг з медичної реабілітації немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг за місяць.

### Глава 30. Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах

133. Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 19769 гривень за надання реабілітаційних послуг.

До ставки на пролікований випадок (один реабілітаційний цикл) застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта (коди згідно з таблицею співставлення), які становлять:

для послуги СР1 (найвища складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 2,1 - для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану з приводу поєднаних травм;

для послуги СР2 (висока складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 1,6 - для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану;

для послуги СР3 (помірна складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 1 - для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого реабілітаційного періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану;

для послуги СР4 (низька складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 0,8 - для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування) протягом післягострого або довготривалого реабілітаційного періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану і послуг, які не належать до категорій послуг СР1, СР2 та СР3.

Ставка за пролікований випадок під час надання послуг СР1 та СР2, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі.

134. Запланована вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на пролікований випадок, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг відповідно до рівнів складності та кількості місяців строку дії договору з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пацієнтів, яким надані медичні послуги у стаціонарних умовах надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, але з урахуванням реабілітаційної спроможності закладу;

п'ять послуг - для послуг СР1, СР2 та СР3 за одним напрямом реабілітації в стаціонарних умовах, десять послуг - для послуг СР4 в стаціонарних умовах для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

135. Фактична вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на пролікований випадок, відповідного коефіцієнта до рівня складності реабілітаційної допомоги та відповідної кількості пролікованих випадків за місяць.

### Глава 31. Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах

136. Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 10820 гривень.

До ставки на медичну послугу (один реабілітаційний цикл) застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності та комплексності наданої послуги (не застосовується для послуг за однією з професій фахівців з реабілітації), які становлять:

1 - у разі надання реабілітаційної допомоги 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 допомоги 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);

0,4 - у разі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам фахівцем з реабілітації самостійно (за однією з професій фахівців з реабілітації: фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення).

137. Запланована вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості відповідних медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість пацієнтів, яким надані медичні послуги надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

десять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

138. Фактична вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків ставки на медичну послугу, відповідних коригувальних коефіцієнтів, кількості фактично наданих послуг за місяць та ставки на медичну послугу з надання реабілітаційної послуги фахівцем з реабілітації самостійно та кількості проведених сесій за місяць.

### Глава 32. Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях

139. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг "Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях" із:

кластерними та надкластерними закладами охорони здоров'я, а також в закладах охорони здоров'я комунальної форми власності в регіонах, в яких не сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, з розрахунку кількості надавачів медичних послуг із заокругленням до цілого числа один надавач медичних послуг на 200 тис. наявного населення на території відповідного регіону згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення станом на 1 січня 2022 р. та Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на відповідній території станом на 1 вересня 2024 р., за винятком населення, яке проживає на тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначена дата завершення тимчасової окупації, що визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (військовими адміністраціями);

закладами охорони здоров'я, визначеними МОЗ за погодженням з Міноборони;

одним закладом охорони здоров'я на область, в якій розташована атомна електростанція для надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, яка пов'язана з радіаційним забрудненням, погодженим МОЗ.

140. Тариф на медичні послуги із забезпечення готовності до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, що визначені специфікацією, визначається як глобальна ставка на місяць, яка становить 1053510 гривень.

141. Запланована вартість медичних послуг із забезпечення готовності до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

142. Фактична вартість медичних послуг із забезпечення готовності до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

### Глава 33. Неонатальний скринінг

143. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з неонатального скринінгу із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, які включені до переліку установ державної та/або комунальної форми власності, які виконують функцію експертного та регіонального центрів неонатального скринінгу для створення нової системи неонатального скринінгу в Україні, затвердженого МОЗ.

144. Тариф на медичні послуги з неонатального скринінгу, що визначені специфікацією, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 1114,39 гривні за проведення одного дослідження, 31133,78 гривні за медичну послугу з експертної діагностики неонатального скринінгу.

145. Запланована вартість медичних послуг з неонатального скринінгу, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості таких медичних послуг (4160 послуг з неонатального скринінгу, 200 послуг з експертної діагностики неонатального скринінгу) та кількості місяців строку дії договору.

(пункт 145 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 11 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.)

146. Фактична вартість медичних послуг з неонатального скринінгу за один місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу та кількості відповідно наданих медичних послуг протягом місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

### Глава 34. Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки

147. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг "Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки" із закладами охорони здоров'я комунальної форми власності, які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями).

148. Тариф на медичні послуги з медичного огляду осіб, що визначені специфікаціями, визначається як ставка за медичну послугу, яка становить 883 гривні за один медичний огляд.

149. Запланована вартість медичних послуг за пакетом медичних послуг "Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки", що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки за медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних оглядів та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних оглядів встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість медичних оглядів, здійснених надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

50 послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

150. Фактична вартість медичних послуг за пакетом медичних послуг "Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки" за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки за медичну послугу та фактичної кількості медичних оглядів за місяць.

### Глава 35. Секційне дослідження

151. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг із секційного дослідження із закладами охорони здоров'я комунальної та державної форми власності.

152. Тариф на медичні послуги із секційного дослідження, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка за медичну послугу, яка становить 1613,25 гривні за одне секційне дослідження.

153. Запланована вартість медичних послуг із секційного дослідження, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток відповідної ставки за медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості секційних досліджень та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість секційних досліджень, здійснених надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними, наданими надавачами медичних послуг через сервіс звітності електронної системи охорони здоров'я через інформаційну систему НСЗУ, із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними, наданими надавачами медичних послуг через сервіс звітності електронної системи охорони здоров'я через інформаційну систему НСЗУ;

п'ять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними сервісу звітності електронної системи охорони здоров'я через інформаційну систему НСЗУ за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

154. Фактична вартість медичних послуг із секційного дослідження за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток відповідної ставки за медичну послугу та кількості секційних досліджень за місяць.

### Глава 36. Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії

155. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії" із:

надавачами медичних послуг комунальної форми власності (крім спеціалізованих стоматологічних закладів та центрів надання первинної медичної допомоги), які за місцем надання послуги на момент подання пропозиції розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, для яких не визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій), які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії;

надавачами медичних послуг комунальної форми власності, які за місцем надання послуги на момент подання пропозиції розташовані на територіях активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Мінрозвитку, та надавали медичну допомогу за договором, який діяв до 31 грудня 2022 р. за пакетом медичних послуг "Стаціонарна психіатрична допомога", які визначені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями) та погоджені МОЗ, та які фактично здійснюють надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії.

(пункт 155 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

156. Тариф за пакетом медичних послуг "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії" визначається як глобальна ставка на місяць за грудень (за відсутності значення - січень) за договором, який діяв до 31 грудня 2022 р. за пакетами медичних послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій" та/або "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах", та/або "Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня", та/або "Стаціонарна психіатрична допомога", яка була розрахована відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. N 1440 "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році" (Офіційний вісник України, 2022 р., N 9, ст. 478).

(абзац перший пункту 156 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

Для закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, в яких відповідно до Положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338, формуються та функціонують експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи. В умовах договору щодо надання медичних послуг за пакетом "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії" зазначається кількість експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить 1847,2 гривні, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення).

(абзац третій пункту 156 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

157. Запланована вартість за пакетом медичних послуг "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії", що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутку глобальної ставки на місяць на кількість місяців строку дії договору та добутку вартості послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, що дорівнює вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення), на кількість місяців до кінця строку дії договору.

(пункт 157 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

158. Фактична вартість за пакетом медичних послуг "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії" за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює глобальній ставці на місяць.

До фактичної вартості медичних послуг за пакетом "Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії" додається вартість послуг експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи для надавачів державної форми власності, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. N 1338 "Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи" включені до переліку закладів охорони здоров'я державної форми власності, визначеного МОЗ, та надавачів комунальної форми власності, що включені до переліку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, визначеного керівником обласної, Київської міської держадміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

Фактична вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи на місяць визначається як добуток вартості послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи за розгляд однієї справи (прийнятого рішення) та кількості розглянутих справ (прийнятих рішень).

(абзац третій пункту 158 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 27.06.2025 р. N 769)

### Глава 37. Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro)

159. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг з лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro) із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності.

160. Тариф на медичні послуги з виконання запліднення in vitro (повний цикл), що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 84826,1 гривні.

До ставки на пролікований випадок застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності медичної послуги, які становлять:

1,1 - за проведення допоміжних репродуктивних технологій з використанням методу інтрацитоплазматичної ін'єкції сперми (повний цикл);

1 - за проведення повного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

огляд, консультування та оцінювання стану жінки, у разі потреби її чоловіка/партнера;

стимуляцію дозрівання яйцеклітин;

отримання яйцеклітин з яєчників та спеціальну обробку сперми;

запліднення яйцеклітин спермою та культивування отриманих ембріонів;

заморожування ембріонів та проведення медико-генетичного обстеження за показаннями;

кріоембріотрансфер;

спостереження до настання вагітності та її підтвердження або непідтвердження;

0,6 - за проведення неповного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

огляд, консультування та оцінювання стану жінки, у разі потреби її чоловіка/партнера;

стимуляцію дозрівання яйцеклітин;

отримання яйцеклітин з яєчників та спеціальну обробку сперми;

запліднення яйцеклітин спермою та культивування отриманих ембріонів;

заморожування ембріонів та проведення медико-генетичного обстеження за показаннями;

0,7 - за проведення неповного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

огляд, консультування та оцінювання стану жінки, у разі потреби її чоловіка/партнера;

стимуляцію дозрівання декількох яйцеклітин;

отримання яйцеклітин з яєчників та спеціальну обробку сперми;

запліднення яйцеклітин з використанням методу інтрацитоплазматичної ін'єкції сперми та культивування отриманих ембріонів;

заморожування ембріонів та проведення медико-генетичного обстеження за показаннями;

0,4 - за проведення неповного циклу допоміжних репродуктивних технологій, що включає:

кріоембріотрансфер;

спостереження до настання вагітності та її підтвердження або непідтвердження.

161. Запланована вартість медичних послуг з виконання запліднення in vitro, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, запланованої середньомісячної кількості медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість зазначених медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

п'ять послуг - для надавачів медичних послуг, які не надавали відповідні медичні послуги згідно з даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

162. Фактична вартість медичних послуг з лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro) за один місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості наданих медичних послуг протягом місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я з урахуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів із заокругленням до двох знаків.

Один повний цикл на рік - у разі настання вагітності, при цьому у разі народження здорової дитини наступні цикли допоміжних репродуктивних технологій не оплачуються.

Другий повний або неповний цикл на рік - у разі ненастання вагітності.

### Глава 38. Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів

163. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації органів, та визначені МОЗ.

Заклади охорони здоров'я, які уклали із НСЗУ договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів, здійснюють оплату закладам охорони здоров'я, в яких проводилося вилучення органів на підставі договорів про медичне обслуговування населення, укладених з метою оплати донорського етапу послуг з органної трансплантації від донора-трупа, в обсязі не меншому, ніж визначений пунктом 164 цього Порядку.

164. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації органів, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить:

41253 гривні - за надання медичних послуг на дотрансплантаційному етапі (360 днів з моменту початку лікування, крім випадків смерті пацієнта);

18630 гривень - за тканинне типування потенційного донора або донора, або реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції);

722508 гривень - за надання медичних послуг з алотрансплантації нирки (від живого донора) пацієнту-реципієнту;

773208 гривень - за надання медичних послуг з AB0-несумісної алотрансплантації нирки;

65806 гривень - за донорську нефректомію (живий донор);

801071 гривню - за надання медичних послуг з алотрансплантації нирки (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

2001059,72 гривні - за надання медичних послуг з трансплантації серця та лікування після перенесеної трансплантації серця (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

2678507,21 гривні - за надання медичних послуг з трансплантації легень та лікування після перенесеної трансплантації легень (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

1350171 гривню - за надання медичних послуг з пересадки частини печінки (від живого донора);

228994 гривні - за донорську резекцію печінки від живого донора;

1428734 гривні - за надання медичних послуг з пересадки печінки/частини печінки (від донора-трупа), у тому числі донорський етап 78563 гривні;

за трансплантацію декількох органів тариф складається із суми відповідних тарифів;

193260 гривень - за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації нирки (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

190817 гривень - за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації серця (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

190817 гривень - за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації серця та легенів (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

189740 гривень - за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації легень (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів);

185224 гривні - за надання медичних послуг з посттрансплантаційного супроводу пацієнта після трансплантації печінки (з дати виписки пацієнта до 360 дня з моменту проведення операції, крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 360 днів).

Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації органів, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу та запланованої середньомісячної кількості відповідних медичних послуг та кількості місяців строку дії договору.

165. Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2023 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга - для надавачів медичних послуг, які визначені МОЗ та не надавали відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

166. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації органів на місяць дорівнює сумі:

добутку 1/12 тарифу на медичні послуги на дотрансплантаційному етапі (360 днів з моменту початку лікування) та кількості унікальних пацієнтів, які отримали медичні послуги за відповідний місяць. У разі завершення дотрансплантаційного етапу або смерті пацієнта раніше ніж 360 днів в останній місяць або місяць смерті пацієнта сплачується різниця між тарифом та раніше оплаченими послугами цього етапу у разі надання всього обсягу послуг, передбаченого договором для цього етапу;

добутку тарифу на тканинне типування потенційного донора або донора чи реципієнта та кількості пацієнтів, який оплачується в місяць проведення послуги (зазначені послуги оплачуються у разі надання всього обсягу послуг, передбаченого договором для цього етапу), зокрема у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

добутків 1/12 тарифів на медичні послуги з посттрансплантаційного супроводу пацієнта, передбачених пунктом 164 цього Порядку, та кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

добутку тарифів послуг на трансплантаційному етапі, передбачених пунктом 164 цього Порядку, та кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг.

Заклади охорони здоров'я, які уклали із НСЗУ договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації органів, до 10 числа кожного місяця наступного за звітним заповнюють та подають до НСЗУ звіт щодо трансплантації органів.

### Глава 39. Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин

167. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин та визначені МОЗ.

168. Тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить:

1874969,1 гривні - за надання медичної допомоги із проведенням алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом (від родинного донора) та посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

2484470 гривень - за надання медичної допомоги із проведенням алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

757767,4 гривні - за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та посттрансплантаційним супроводом до 100 дня;

22156,9 гривні - за надання медичної допомоги із проведенням іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу);

168448,3 гривні - за надання медичної допомоги із забезпечення посттрансплантаційного супроводу пацієнта з 180 до 360 дня;

18630 гривень - за виконання тканинного типування потенційного донора або донора чи реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції).

169. Запланована вартість медичних послуг з надання медичної допомоги методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків відповідної ставки на медичну послугу та запланованої кількості медичних послуг з:

алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом (від родинного донора) з посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та посттрансплантаційним супроводом до 180 дня;

аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та посттрансплантаційним супроводом до 100 дня;

проведення іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу), забезпечення посттрансплантаційного супроводу пацієнта з 180 до 360 дня;

тканинного типування потенційного донора/реципієнта (визначення HLA-генів методом полімеразної ланцюгової реакції) та кількості місяців строку дії договору.

Запланована середньомісячна кількість медичних послуг встановлюється як:

середньомісячна фактична кількість наданих медичних послуг надавачем медичних послуг за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я із заокругленням до цілого числа - для надавачів медичних послуг, які надавали зазначені медичні послуги у визначений період згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

одна послуга - для надавачів медичних послуг, які визначені МОЗ та не надавали відповідні медичні послуги за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

170. Фактична вартість медичних послуг з надання медичної допомоги дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як сума добутків:

кількості фактично наданих послуг за місяць за донорський етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (від родинного донора), ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,4 від початку лікування, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за донорський етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,4 від початку лікування, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за трансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (від родинного донора), ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за трансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць за посттрансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (від родинного донора), ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3 на 180 день або в разі смерті пацієнта;

кількості фактично наданих послуг за місяць за посттрансплантаційний етап алогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, ставки на медичну послугу і коефіцієнта 0,3 на 180 день або в разі смерті пацієнта;

тарифу на тканинне типування потенційного донора/реципієнта, який оплачується в місяць надання послуги, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг, та кількості пацієнтів;

тарифу на надання медичної допомоги із проведенням іншого терапевтичного (лікувального) гемаферезу (екстракорпорального фотоферезу), який оплачується в місяць надання послуги, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг, та кількості пацієнтів;

1/6 тарифу на медичні послуги з посттрансплантаційного супроводу пацієнта, передбачені пунктом 168 цього Порядку, та кількості унікальних пацієнтів, які отримали такі медичні послуги за відповідний місяць, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць, тарифу за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин з донорським етапом та коефіцієнта 0,7, в тому числі у разі смерті пацієнта у звітному місяці та отримання таким пацієнтом медичних послуг;

кількості фактично наданих послуг за місяць, тарифу за надання медичної допомоги із проведенням аутологічної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин на посттрансплантаційному супроводі у разі завершення лікування або смерті пацієнта на цьому етапі та коефіцієнта 0,3.

Заклади охорони здоров'я, які уклали із НСЗУ договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, до 10 числа кожного місяця наступного за звітним, заповнюють та подають до НСЗУ звіт щодо трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

### Глава 40. Проведення досліджень з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії)

171. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності.

172. Тариф на медичні послуги з проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії), що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 19185 гривень.

173. Запланована вартість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) в амбулаторних умовах, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу, кількості медичних послуг відповідно до пропозиції, але не більше 500 таких медичних послуг на рік для одного надавача.

Загальна кількість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) протягом 2025 року становить 4000 послуг.

174. Фактична вартість медичних послуг із проведення дослідження з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії) в амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та фактичної кількості наданих послуг за місяць.

### Глава 41. Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я

175. НСЗУ укладає договори про перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг на період з 1 січня 2025 р. до 31 грудня 2025 р. із закладами охорони здоров'я державної форми власності згідно з додатком до постанови Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. N 1295 "Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2024 р., N 104, ст. 6637), в тому числі у разі перетворення їх у державні некомерційні підприємства.

176. Тариф на перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я визначається як глобальна ставка на місяць та застосовується протягом періоду з 1 січня 2025 р. до 31 грудня 2025 року.

177. Запланована вартість перехідного фінансового забезпечення надання закладами охорони здоров'я медичних послуг, передбачених цією главою, розраховується як добуток глобальної ставки на місяць та кількості місяців строку дії договору.

Глобальна ставка на місяць розраховується як 1/12 різниці встановленого у кошторисі закладу охорони здоров'я обсягу бюджетних асигнувань за поточними видатками на 2024 рік (станом на 1 січня 2024 р. (для закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук - станом на 1 лютого 2024 р.) за бюджетними програмами за кодами функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету 0722, 0731, 0732, для закладів охорони здоров'я Державного управління справами до обсягу бюджетних асигнувань за поточними видатками на 2024 рік включаються також видатки, які на початок року були передбачені у складі бюджетної програми 2301400 "Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру" і в подальшому перерозподілені за рішенням Кабінету Міністрів України на видатки споживання на закупівлю лікарських засобів та медичних виробів для забезпечення надання військовослужбовцям медичної допомоги та соціальної реабілітації) з урахуванням видатків закладів, які є правонаступниками закладів, що були реорганізовані, за загальним фондом державного бюджету, за винятком видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв та на функціонування структурних підрозділів закладів вищої освіти, що надають стоматологічну медичну допомогу (далі - обсяг бюджетних асигнувань у 2024 році), та передбаченого у кошторисі закладу охорони здоров'я обсягу бюджетних асигнувань за поточними видатками на 2025 рік (станом на 1 січня 2025 р. за бюджетними програмами за кодами функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету 0731, 0732) за загальним фондом державного бюджету, за винятком видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв та на функціонування підприємства, установи або організації, на які за рішенням МОЗ покладено права та обов'язки Центру оцінювання функціонального стану особи, з урахуванням положень наказу МОЗ від 3 грудня 2024 р. N 2022 (далі - обсяг бюджетних асигнувань у 2025 році):

Globl = (Budprev 2024 - Budprev 2025) / 12,

де Glob1 - глобальна ставка на місяць;

Budprev 2024 - обсяг бюджетних асигнувань у 2024 році;

Budprev 2025 - обсяг бюджетних асигнувань у 2025 році.

У разі коли обсяг бюджетних асигнувань у 2025 році більше або дорівнює обсягу бюджетних асигнувань у 2024 році, до глобальної ставки застосовується коригувальний коефіцієнт 0.

Надавачі медичних послуг, які уклали договір за пакетом послуг "Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я", повинні забезпечити спрямування видатків на придбання лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них в обсязі не менше ніж у 2024 році згідно з установленим у кошторисі закладу охорони здоров'я обсягом бюджетних асигнувань станом на 1 січня 2024 р. (для закладів охорони здоров'я Національної академії медичних наук - станом на 1 лютого 2024 року).

Заклади охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ та уклали договір за пакетом "Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я", щокварталу до 10 числа місяця, наступного за звітним, подають інформацію про обсяг видатків, спрямованих на придбання лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них.

(пункт 177 у редакції постанов Кабінету
 Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122,
*зміни, внесені підпунктом 12 пункту 3 змін, затверджених постановою*
 *Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. N 122, застосовується з* 01.01.2025 р.,
від 25.06.2025 р. N 755)

178. Фактична вартість перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я для кожного договору за один місяць розраховується як різниця суми глобальної ставки на місяць, помножена на кількість місяців від 1 січня до звітного місяця включно, та суми фактично сплачених коштів від 1 січня за договором станом на останнє число звітного місяця:

Fm= (Glob1 х m) - PMG,

де F - фактична вартість перехідного фінансування на відповідний місяць;

m - номер місяця року;

Glob1 - глобальна ставка на місяць;

PMG - сума фактично сплачених коштів за програмою медичних гарантій на останнє число звітного місяця за главами 1, 3 - 37, 41 - 42 розділу II цього Порядку.

Протягом I кварталу 2025 року оплата за даним пакетом медичних послуг здійснюється до 15 числа поточного місяця в розмірі, що дорівнює глобальній ставці на місяць (Glob1).

З квітня 2025 р. оплата за даним пакетом медичних послуг здійснюється НСЗУ в розмірі, що дорівнює фактичній вартості перехідного фінансування на відповідний місяць (F).

Фактична вартість перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я для кожного договору за грудень 2025 р. дорівнює фактичній вартості перехідного фінансового забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я за листопад 2025 року.

При від'ємному значенні фактична вартість дорівнює 0.

### Глава 42. Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів

179. НСЗУ укладає договори за пакетом медичних послуг "Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів" із надавачами медичних послуг незалежно від форми власності, які:

мають у штатному розписі лікарів, спеціальність яких відповідає спеціальностям лікарів-інтернів;

(абзац другий пункту 179 у редакції постанови
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

мають укладений договір із НСЗУ за відповідним пакетом медичних послуг, для надання яких можуть залучатися лікарі-інтерни, спеціальність яких відповідає спеціальностям лікарів-спеціалістів, наявність яких передбачена умовами закупівлі медичних послуг за таким пакетом.

(пункт 179 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 25.06.2025 р. N 754)

180. Тариф за пакетом медичних послуг "Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів" визначається як добуток мінімальної заробітної плати, визначеної Законом України "Про Державний бюджет України на 2025 рік", та коефіцієнта 1,22.

181. Запланована вартість за пакетом медичних послуг "Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів", що надаються за кожним договором, розраховується як добуток тарифу, кількості посад лікарів-інтернів згідно із штатним розписом надавача медичних послуг, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету, зазначеної у пропозиції, та кількості місяців строку дії договору.

182. Фактична вартість за пакетом медичних послуг "Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів" за місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює сумі фактично нарахованої заробітної плати лікарям-інтернам, зазначеної в щомісячній інформації про стан розрахунків із заробітної плати, підготовленій надавачем медичних послуг відповідно до вимог пункту 28 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. N 410 "Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 45, ст. 1570; 2020 р., N 2, ст. 59; 2021 р., N 82, ст. 5250), станом на 1 число місяця, наступного за звітним, та коефіцієнта 1,22.

Фактична вартість за даним пакетом на місяць не може перевищувати добутку тарифу та кількості фактично зайнятих посад лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету, яка зазначена в щомісячній інформації про стан розрахунків із заробітної плати, підготовленій надавачем медичних послуг відповідно до вимог пункту 28 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. N 410 "Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій", станом на 1 число місяця, наступного за звітним.

У разі неподання інформації до тарифу застосовується коефіцієнт 0.

Фактична вартість на місяць не може перевищувати добутку тарифу та кількості фактично зайнятих посад лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету та які проходили інтернатуру протягом звітного місяця, яка зазначена в інформації, наданій МОЗ та Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (відповідними військовими адміністраціями), станом на 1 число місяця, наступного за звітним.

Фактична вартість заокруглюється до двох знаків після коми.

1821. У разі надання послуг з первинної медичної допомоги лікарями, до роботи яких залучаються лікарі-інтерни, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету або за кошти фізичних чи юридичних осіб, фельдшери або сестри медичні (брати медичні) з вищою освітою другого (магістерського) рівня за спеціальністю "Медсестринство" галузі знань "Охорона здоров'я та соціальне забезпечення", до фактичної вартості за пакетом медичних послуг "Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів" за місяць, що надаються за кожним договором, здійснюється доплата за надані послуги за деклараціями, поданими таким лікарям після досягнення 150 відсотків ліміту.

Сума доплати за відповідний звітний період розраховується за кожним лікарем, до роботи якого залучаються лікарі-інтерни, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету або за кошти фізичних чи юридичних осіб, фельдшери або сестри медичні (брати медичні) з вищою освітою другого (магістерського) рівня за спеціальністю "Медсестринство" галузі знань "Охорона здоров'я та соціальне забезпечення", як добуток кількості декларацій, поданих такому лікарю, що віднесені до лімітної групи понад 150 відсотків, 1/12 капітаційної ставки, визначеної пунктом 19 цього Порядку, та відповідних коригувальних коефіцієнтів, передбачених пунктом 20 цього Порядку.

Перелік лікарів та залучених до роботи кожного з них лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету або за кошти фізичних чи юридичних осіб, фельдшерів або сестер медичних (братів медичних) з вищою освітою другого (магістерського) рівня за спеціальністю "Медсестринство" галузі знань "Охорона здоров'я та соціальне забезпечення", подається Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями (військовими адміністраціями) станом на 1 число місяця, наступного за звітним періодом, у строки, визначені для подання інформації щодо кількості фактично зайнятих посад лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету.

(Порядок доповнено пунктом 1821 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 13.08.2025 р. N 978)

### III. Реімбурсація

183. НСЗУ в межах програми медичних гарантій:

1) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) для лікування в амбулаторних умовах:

(абзац перший підпункту 1 пункту 183 у редакції
 постанови Кабінету Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1079)

|  |  |
| --- | --- |
| Міжнародна непатентована назва | Форма випуску |
| **Серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, у тому числі з первинною та вторинною профілактикою інфарктів та інсультів** |
| Аміодарон (Amiodarone) | таблетки |
| Амлодипін (Amlodipine) | - " - |
| Атенолол (Atenolol) | - " - |
| Бісопролол (Bisoprolol) | - " - |
| Верапаміл (Verapamil) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Гідрохлортіазид (Hydrochlorothiazide) | тверда пероральна лікарська форма |
| Дигоксин (Digoxin) | таблетки, розчин для перорального застосування |
| Еналаприл (Enalapril) | тверда пероральна лікарська форма |
| Ізосорбіду динітрат (Isosorbide dinitrate) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Карведилол (Carvedilol) | таблетки |
| Клопідогрель (Clopidogrel) | - " - |
| Лозартан (Losartan) | - " - |
| Метопролол (Metoprolol) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Нітрогліцерин (Glyceryl trinitrate) | - " - |
| Симвастатин (Simvastatin) | таблетки |
| Спіронолактон (Spironolactone) | тверда пероральна лікарська форма |
| Фуросемід (Furosemide) | таблетки |
| Варфарин (Warfarin) | - " - |
| Ніфедипін (Nifedipine) | - " - |
| Кислота ацетилсаліцилова (Acetylsalicylic acid) | тверда пероральна лікарська форма |
| Лізиноприл + Гідрохлортіазид (Lisinopril + Hydrochlorothiazide) | таблетки |
| Телмісартан + Амлодипін (Telmisartan + Amlodipine) | - " - |
| Телмісартан + Гідрохлортіазид (Telmisartan + Hydrochlorothiazide) | - " - |
| **Цукровий діабет (пероральні гіпоглікемізуючі лікарські засоби)** |
| Глібенкламід (Glibenclamide) | тверда пероральна лікарська форма |
| Гліклазид (Gliclazide) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі з контрольованим (модифікованим) вивільненням) |
| Метформін (Metformin) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Інсуліни та аналоги для ін'єкцій швидкої дії |
| Інсулін людини (Insulin (human) | флакон, картридж, шприц-ручка |
| Інсулін лізпро (Insulin lispro) | - " - |
| Інсулін аспарт (Insulin aspart) | шприц-ручка |
| Інсулін глюлізин (Insulin glulisine) | - " - |
| Інсуліни та аналоги для ін'єкцій середньої тривалості дії |
| Інсулін людини (Insulin (human) | флакон, картридж, шприц-ручка |
| Комбінації інсулінів середньої і тривалої дії для ін'єкцій з інсулінами швидкої дії |
| Інсулін людини (Insulin (human) | флакон, картридж, шприц-ручка |
| Інсулін аспарт (Insulin aspart) | шприц-ручка |
| Інсулін лізпро (Insulin lispro) | картридж, шприц-ручка |
| Інсулін деглюдек та інсулін аспарт (Insulin degludec and insulin aspart) | шприц-ручка |
| Інсуліни та аналоги для ін'єкцій тривалої дії |
| Інсулін гларгін (Insulin glargine) | флакон, картридж, шприц-ручка |
| Інсулін детемір (Insulin detemir) | шприц-ручка |
| Інсулін деглюдек (Insulin degludec) | - " - |
| Інсулін гларгін та ліксисенатид (Insulin glargine and lixisenatide) | - " - |
| Інсулін деглюдек та ліраглутид (Insulin degludec and liraglutide) | - " - |
| Нецукровий діабет |
| Десмопресин (Desmopressin) | таблетки, спрей назальний, ліофілізат оральний, краплі назальні |
| Хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів |
| Беклометазон (Beclometasone) | аерозоль для інгаляцій |
| Будесонід (Budesonide) | порошок для інгаляцій дозований, суспензія для розпилення |
| Сальбутамол (Salbutamol) | аерозоль для інгаляцій, розчин для інгаляцій |
| Іпратропію бромід (Ipratropium bromide) | - " - |
| Тіотропію бромід (Tiotropium bromide) | порошок для інгаляцій, тверді капсули |
| Будесонід + Формотерол (Formoterol + Budesonide) | порошок для інгаляцій, інгаляції (порошок, аерозоль) |
| Сальметерол + Флютиказон (Salmeterol + Fluticasone) | порошок для інгаляцій |
| Розлади психіки та поведінки, епілепсія |
| Фенітоїн (Phenytoin) | тверда пероральна лікарська форма, розчин для перорального застосування |
| Карбамазепін (Carbamazepine) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії), суспензія для перорального застосування |
| Вальпроєва кислота/Вальпроат натрію (Valproic Acid/Sodium valproate) | розчин/сироп для перорального застосування, тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Ламотриджин (Lamotrigine) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Галоперидол (Haloperidol) | розчин для перорального застосування, таблетки |
| Клозапін (Clozapine) | тверда пероральна лікарська форма |
| Рисперидон (Risperidone) | розчин оральний, тверда пероральна лікарська форма |
| Кломіпрамін (Clomipramine) | тверда пероральна лікарська форма |
| Амітриптилін (Amitriptyline) | таблетки |
| Флуоксетин (Fluoxetine) | тверда пероральна лікарська форма |
| Фенобарбітал (Phenobarbital) | розчин для перорального застосування, таблетки |
| Леветирацетам (Levetiracetam) | розчин оральний, таблетки |
| Хлорпромазин (Chlorpromazine) | таблетки |
| Оланзапін (Olanzapine) | тверда пероральна лікарська форма |
| Кветіапін (Quetiapine) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії) |
| Арипіпразол (Aripiprazole) | тверда пероральна лікарська форма |
| Діазепам (Diazepam) | таблетки |
| Пароксетин (Paroxetine) | тверда пероральна лікарська форма |
| Сертралін (Sertraline) | - " - |
| Есциталопрам (Escitalopram) | - " - |
| Хвороба Паркінсона |
| Біпериден (Biperiden) | таблетки |
| Леводопа + Карбідопа (Levodopa + Carbidopa) | таблетки (у тому числі пролонгованої дії) |
| **Стан, пов'язаний з наявністю трансплантованого органу чи тканини** |
| Азатіоприн (Azathioprine) | таблетки |
| Циклоспорин (Ciclosporin) | тверда пероральна лікарська форма, розчин оральний |
| Такролімус (Tacrolimus) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії), гранули для оральної суспензії |
| Мікофенолова кислота та її солі (Mycophenolic acid) | тверда пероральна лікарська форма, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні, таблетки (із відстроченим вивільненням) |
| Еверолімус (Everolimus) | таблетки |
| Валганцикловір (Valganciclovir) | - " - |
| **Біль та надання паліативної допомоги** |
| Морфін (Morphine) | гранули (з повільним вивільненням), розчин для перорального застосування, таблетки (пролонгованого вивільнення), таблетки |
| Фентаніл (Fentanyl) | трансдермальний пластир; |
| Лоперамід (Loperamide) | тверда пероральна лікарська форма |
| Метоклопрамід (Metoclopramide) | - " - |
| **Хвороби ендокринної системи** |
| Каберголін (Cabergoline) | таблетки |
| Флудрокортизон (Fludrocortisone) | - " - |
| Гідрокортизон (Hydrocortisone) | - " - |
| Левотироксин (Levothyroxine) | - " - |
| **Метаболічні, аутоімунні та запальні захворювання** |
| Алопуринол (Allopurinol) | таблетки |
| Сульфасалазин (Sulfasalazine) | - " - |
| Метотрексат (Methotrexate) | - " - |
| Пеніциламін (Penicillamine) | - " - |
| Гідроксихлорохін (Hydroxychloroquine) | - " - |
| Азатіоприн (Azathioprine) | - " - |
| Преднізолон (Prednisolone) | - " - |
| Метилпреднізолон (Methylprednisolone) | - " - |
| Піридостигмін (Pyridostigmine) | - " - |
| **Глаукома** |
| Тимолол (Timolol)\* | краплі очні |
| Латанопрост (Latanoprost)\* | - " - |
| Пілокарпін (Pilocarpine)\* | - " - |
| Ацетазоламід (Acetazolamide) | таблетки |
| **Мігрень** |
| Пропранолол (Propranolol) | таблетки |
| Суматриптан (Sumatriptan) | - " - |
| **Дитячі захворювання** |
| Амоксицилін (Amoxicillin) | тверда пероральна лікарська форма |
| Метронідазол (Metronidazole) | - " - |
| Мебендазол (Mebendazole) | - " - |
| Азитроміцин (Azithromycin)\* | краплі очні, мазь очна |
| Офлоксацин (Ofloxacin)\* | - " - |
| Тетрациклін (Tetracycline)\* | - " - |
| Ципрофлоксацин (Ciprofloxacin)\* | краплі очні та вушні |

(підпункт 1 пункту 183 із змінами, внесеними згідно з
 постановами Кабінету Міністрів України від 28.02.2025 р. N 224,
*яка застосовується з* 01.03.2025 р.,
від 03.09.2025 р. N 1079)

11) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій) із серпня до 31 грудня 2025 р. за умови, що такі лікарські засоби включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. N 333 "Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення" (Офіційний вісник України, 2009 р., N 27, ст. 906; 2022 р., N 6, ст. 343):

|  |  |
| --- | --- |
| Міжнародна непатентована назва | Форма випуску |
| Індапамід (Indapamide)\* | тверда пероральна лікарська форма |
| Торасемід (Torasemide)\* | - " - |
| Метилдопа (Methyldopa)\* | - " - |

(пункт 183 доповнено підпунктом 11 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

12) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) для лікування онкологічних захворювань (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій) із жовтня до 31 грудня 2025 р. за умови, що такі лікарські засоби включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. N 333:

|  |  |
| --- | --- |
| Міжнародна непатентована назва | Форма випуску |
| Екземестан (Exemestane) | тверда пероральна лікарська форма |
| Летрозол (Letrozole) | - " - |
| Тамоксифен (Tamoxifen) | - " - |

(пункт 183 доповнено підпунктом 12 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

13) здійснює реімбурсацію таких лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) для лікування вагітних, роділей та породілей (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій) із серпня до 31 грудня 2025 р. за умови, що такі лікарські засоби включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. N 333:

|  |  |
| --- | --- |
| Міжнародна непатентована назва | Форма випуску |
| Заліза двовалентного сіль (Ferrous salt) | тверда пероральна лікарська форма (у тому числі пролонгованої дії), розчин/сироп для перорального застосування |
| Фолієва кислота (Folic acid) | таблетки |

(пункт 183 доповнено підпунктом 13 згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

2) здійснює реімбурсацію таких медичних виробів для вимірювання в амбулаторних умовах рівня цукру в крові пацієнтами з діабетом I типу:

до серпня 2025 року:

Медичні вироби для визначення рівня глюкози в крові

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва медичного виробу | Форма випуску | Код згідно з національним класифікатором 024:2023 "Класифікатор медичних виробів" |
| Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент | тест-смужки | 53307 |

з серпня 2025 року (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення):

(абзац четвертий підпункту 2 пункту 183 із змінами, внесеними
 згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

Медичні вироби для визначення рівня глюкози в крові

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва медичного виробу | Форма випуску | Код згідно з національним класифікатором 031:2024 "Національна номенклатура медичних виробів" |
| Медичні вироби для діагностики in vitro | тест-смужки для вимірювання рівня глюкози | W0101060101 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Реімбурсація таких лікарських засобів запроваджується із серпня 2025 р. (з дати початку дії затвердженого МОЗ переліку медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення).

(примітка "\*" у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 11.04.2025 р. N 409)

Додаток 1
до Порядку

### ВАГОВІ КОЕФІЦІЄНТИдіагностично-споріднених груп для пакетів медичних послуг, передбачених у главі 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код | Група | Пакет послуг | Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп |
| A13 | Інвазивна вентиляція (проводилася 336 годин і більше) | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 16,047 |
| A14 | Інвазивна вентиляція (проводилася від 96 до 335 годин включно) | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 9,042 |
| A15 | Лікування пацієнта, що потребувало трахеостомії | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 7,512 |
| A40 | Екстракорпоральна мембранна оксигенація | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 20,325 |
| B01 | Ревізія вентрикулярного шунта | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,942 |
| B02 | Операції на черепі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,55 |
| B03 | Операції на хребті | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,299 |
| B04 | Операції на екстракраніальних судинах голови | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,876 |
| B05 | Розкриття зап'ястного каналу | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,421 |
| B06 | Операції при дитячому церебральному паралічі, м'язовій дистрофії і невропатії | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,295 |
| B06-01 | Операції при дитячому церебральному паралічі, м'язовій дистрофії і невропатії до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 3,295 |
| B07 | Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,599 |
| B07-01 | Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 2,599 |
| B40 | Плазмоферез при неврологічних захворюваннях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,249 |
| B41 | Телеметричний моніторинг електроенцефалографії | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,685 |
| B42 | Розлади нервової системи, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 3,209 |
| B62 | Аферез | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,194 |
| B63 | Деменція та інші хронічні порушення функції мозку | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,307 |
| B64 | Делірій | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,435 |
| B65 | Дитячий церебральний параліч | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,471 |
| B66 | Доброякісні новоутворення нервової системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,623 |
| B67 | Дегенеративні захворювання нервової системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,501 |
| B68 | Розсіяний склероз і мозочкова атаксія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,333 |
| B69 | Транзиторна ішемічна атака та оклюзія магістральних артерій головного мозку | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,807 |
| B70 | Інсульт та інші цереброваскулярні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,362 |
| B71 | Ураження черепних та периферичних нервів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,99 |
| B72 | Інфекція нервової системи, крім вірусного менінгіту | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,101 |
| B73 | Вірусний менінгіт | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,179 |
| B74 | Нетравматичний ступор і кома | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,792 |
| B75 | Фебрильні судоми | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,284 |
| B76 | Пароксизмальні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,633 |
| B77 | Головний біль | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,342 |
| B78 | Внутрішньочерепні травми | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,48 |
| B79 | Переломи черепа | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,08 |
| B80 | Інші травми голови | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,544 |
| B81 | Інші розлади нервової системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,048 |
| B82 | Хронічна та неуточнена параплегія/квадроплегія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,065 |
| B83 | Гостра параплегія та квадроплегія і стани, пов'язані з ураженням спинного мозку | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,31 |
| C01 | Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,674 |
| C01A | Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока.Висока складність (кератопластика, трансплантація рогівки) | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 12,612 |
| C01-01 | Операції, пов'язані з проникаючою травмою ока до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,674 |
| C02 | Енуклеації і операції на очниці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,818 |
| C02A | Енуклеації і операції на очниці.Висока складність (встановлення штучного орбітального імпланта) | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,415 |
| C03 | Операції на сітківці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,804 |
| C03-01 | Операції на сітківці до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,804 |
| C04 | Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,489 |
| C04-01 | Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,489 |
| C05 | Дакриоцисториностомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,722 |
| C10 | Операції з виправлення косоокості | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,61 |
| C10-01 | Операції з виправлення косоокості до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,61 |
| C11 | Операції на повіках | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,367 |
| C12 | Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,349 |
| C12-01 | Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,349 |
| C13 | Операції на слізному апараті | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,42 |
| C13-01 | Операції на слізному апараті до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,42 |
| C14 | Інші операції на оці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,691 |
| C14-01 | Інші операції на оці до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,691 |
| C15 | Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,593 |
| C15-01 | Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,593 |
| C16 | Операції на кришталику | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,217 |
| C16A | Операції на кришталику.Висока складність (встановлення штучного кришталика) | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,256 |
| C16A-01 | Операції на кришталику.Висока складність (встановлення штучного кришталика) | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 3,256 |
| C16-01 | Операції на кришталику до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,217 |
| C60 | Гострі та генералізовані інфекції ока | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,1 |
| C61 | Неврологічні та судинні захворювання ока | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,605 |
| C62 | Гіфема та травми ока, які не потребують хірургічного лікування | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,444 |
| C63 | Інші захворювання ока | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,582 |
| D02 | Операції на голові та шиї | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,937 |
| D03 | Хірургічне усунення вродженого незрощення верхньої губи та піднебіння | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,425 |
| D04 | Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,352 |
| D04-01 | Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,352 |
| D05 | Операції на привушній слинній залозі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,647 |
| D05-01 | Операції на привушній слинній залозі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,647 |
| D06 | Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,072 |
| D06-01 | Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,072 |
| D10 | Операції на носі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,846 |
| D10-01 | Операції на носі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,846 |
| D11 | Тонзилектомія та аденоїдектомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,625 |
| D11-01 | Тонзилектомія та аденоїдектомія до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,625 |
| D12 | Інші операції на вусі, носі, роті і горлі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,133 |
| D12-01 | Інші операції на вусі, носі, роті і горлі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,133 |
| D13 | Міринготомія з катетером | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,374 |
| D13-01 | Міринготомія з катетером до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,374 |
| D14 | Операції у порожнині рота та на слинних залозах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,713 |
| D14-01 | Операції у порожнині рота та на слинних залозах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,713 |
| D15 | Операції на соскоподібному відростку | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,899 |
| D15-01 | Операції на соскоподібному відростку до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,899 |
| D40 | Видалення і реставрація зубів | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,522 |
| D60 | Злоякісні новоутворення вуха, носа, рота і горла | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,833 |
| D61 | Порушення утримання рівноваги | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,314 |
| D62 | Носова кровотеча | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,383 |
| D63 | Запалення середнього вуха та інфекції верхніх дихальних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,464 |
| D64 | Ларинготрахеїти та епіглотити | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,328 |
| D65 | Травми і деформації носа | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,368 |
| D66 | Інші захворювання носа, рота і горла | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,421 |
| D67 | Захворювання зубів і ротової порожнини | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,53 |
| E01 | Складні операції на грудній клітці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,124 |
| E02 | Інші загальні втручання на органах дихання | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,415 |
| E40 | Захворювання органів дихання, що потребують інвазивної штучної вентиляції легень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,902 |
| E41 | Захворювання органів дихання, що потребують неінвазивної штучної вентиляції легень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,518 |
| E42 | Бронхоскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,893 |
| E60 | Муковісцидоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,512 |
| E61 | Легенева емболія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,723 |
| E62 | Респіраторні інфекції і запалення | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,883 |
| E63 | Апное сну | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,299 |
| E64 | Набряк легень та дихальна недостатність | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,12 |
| E65 | Хронічні обструктивні захворювання дихальних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,885 |
| E66 | Важка травма грудної клітки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,008 |
| E67 | Респіраторні ознаки і симптоми | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,304 |
| E68 | Пневмоторакс | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,105 |
| E69 | Бронхіти та астма | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,57 |
| E70 | Кашлюк та гострі бронхіоліти | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,592 |
| E71 | Новоутворення органів дихання | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,285 |
| E72 | Респіраторні проблеми, що виникають з неонатального періоду | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,694 |
| E73 | Плевральний випіт | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,025 |
| E74 | Інтерстиціальна хвороба легень | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,095 |
| E75 | Інші захворювання органів дихання | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,578 |
| E76 | Респіраторний туберкульоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,904 |
| E77 | Бронхоектатична хвороба | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,295 |
| F01 | Імплантація та заміна автоматичного імплантованого кардіовертера-дефібрилятора, всієї системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,768 |
| F02 | Інші процедури, пов'язані з автоматичним імплантованим кардіовертером-дефібрилятором | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,94 |
| F03 | Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу під час проведення інвазивного обстеження серця | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 11,005 |
| F04 | Операції на клапанах серця з використанням апарата штучного кровообігу без проведення інвазивного обстеження серця | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 7,961 |
| F05 | Коронарне шунтування з проведенням інвазивного обстеження серця | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 6,622 |
| F06 | Коронарне шунтування без проведення інвазивного обстеження серця | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,083 |
| F07 | Інші кардіоторакальні/судинні операції з використанням апарата штучного кровообігу | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,942 |
| F08 | Реконструкція великих судин з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,885 |
| F09 | Інші кардіоторакальні операції з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,296 |
| F10 | Інтервенційні коронарні втручання, які виконуються при гострому інфаркті міокарда | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,134 |
| F11 | Ампутація, крім верхніх кінцівок і пальців ніг при порушеннях кровообігу | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,078 |
| F12 | Імплантація та заміна електрокардіостимулятора, всієї системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,045 |
| F13 | Ампутація верхніх кінцівок і пальців ніг при порушеннях кровообігу | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,956 |
| F14 | Судинні операції, крім реконструкції великих судин, з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,654 |
| F17 | Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,427 |
| F17-01 | Встановлення та заміна генератора електрокардіостимулятора до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,427 |
| F18 | Інші процедури з електрокардіостимулятором | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,775 |
| F18-01 | Інші процедури з електрокардіостимулятором до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,775 |
| F19 | Транссудинні перкутанні втручання на серці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,367 |
| F19-01 | Транссудинні перкутанні втручання на серці до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 2,367 |
| F20 | Лігування та екстирпація вен | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,8 |
| F20-01 | Лігування та екстирпація вен до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,8 |
| F21 | Інші загальні втручання на органах кровообігу | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,906 |
| F24 | Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,105 |
| F24-01 | Інтервенційні коронарні втручання, які не виконуються при гострому інфаркті міокарда до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 2,105 |
| F40 | Захворювання органів кровообігу, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,685 |
| F41 | Захворювання органів системи кровообігу, пов'язані із гострим інфарктом міокарда, з інвазивним обстеженням серця | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,578 |
| F42 | Захворювання органів системи кровообігу, не пов'язані із гострим інфарктом міокарда, з інвазивним обстеженням серця | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,388 |
| F43 | Захворювання органів системи кровообігу, що потребували застосування неінвазивної штучної вентиляції легень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,945 |
| F60 | Захворювання органів системи кровообігу, пов'язані з гострим інфарктом міокарда, без інвазивного обстеження серця | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,78 |
| F61 | Інфекційний ендокардит | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 3,317 |
| F62 | Серцева недостатність і шок | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,013 |
| F63 | Венозний тромбоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,724 |
| F64 | Виразки на шкірі при захворюваннях органів системи кровообігу | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,183 |
| F65 | Захворювання периферичних судин | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,883 |
| F66 | Атеросклероз коронарних судин | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,585 |
| F67 | Артеріальна гіпертензія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,446 |
| F68 | Вроджені вади серця | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,467 |
| F69 | Порок клапана серця | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,646 |
| F72 | Нестабільна стенокардія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,68 |
| F73 | Непритомність (синкопе) і колапс | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,371 |
| F74 | Біль у грудях | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,221 |
| F75 | Інші захворювання органів системи кровообігу | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,158 |
| F76 | Порушення ритму, провідності та зупинка серця | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,741 |
| G01 | Резекція прямої кишки | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,07 |
| G02 | Складні операції на тонкому і товстому кишечнику | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,937 |
| G03 | Операції на шлунку, стравоході і дванадцятипалій кишці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,859 |
| G04 | Видалення перитонеальних спайок | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,005 |
| G05 | Нескладні операції на тонкому і товстому кишечнику | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,856 |
| G06 | Пілороміотомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,329 |
| G07 | Апендектомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,419 |
| G10 | Операції з вправлення грижі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,535 |
| G10-01 | Операції з вправлення грижі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,535 |
| G11 | Операції на задньому проході та стомі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,778 |
| G11-01 | Операції на задньому проході та стомі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,778 |
| G12 | Інші загальні втручання на органах травної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,366 |
| G46 | Комплексна ендоскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,979 |
| G46-01 | Комплексна ендоскопія до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,979 |
| G47 | Гастроскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,805 |
| G48 | Колоноскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,911 |
| G60 | Злоякісне новоутворення органів травної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,442 |
| G61 | Шлунково-кишкова кровотеча | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,733 |
| G64 | Запальні захворювання кишечника | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,678 |
| G65 | Обструкція шлунково-кишкового тракту | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,756 |
| G66 | Біль у животі та мезентеріальний лімфаденіт | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,343 |
| G67 | Езофагіт і гастроентерит | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,479 |
| G70 | Інші розлади травної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,594 |
| H01 | Шунтування та операції на підшлунковій залозі, печінці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,367 |
| H02 | Складні операції на біліарному тракті | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,075 |
| H02-01 | Складні операції на біліарному тракті до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 5,075 |
| H05 | Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,266 |
| H05-01 | Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,266 |
| H06 | Інші загальні втручання на гепатобіліарній системі і підшлунковій залозі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,873 |
| H07 | Відкрита холецистектомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,681 |
| H08 | Лапароскопічна холецистектомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,773 |
| H08-01 | Лапароскопічна холецистектомія до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 4,773 |
| H60 | Цироз та алкогольний гепатит | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,207 |
| H61 | Злоякісні новоутворення гепатобіліарної системи і підшлункової залози | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,714 |
| H62 | Захворювання підшлункової залози, крім злоякісних новоутворень | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,738 |
| H63 | Інші захворювання печінки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,79 |
| H64 | Захворювання біліарного тракту | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,001 |
| H65 | Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,709 |
| I01 | Двосторонні та множинні операції на великих суглобах нижньої кінцівки | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 6,005 |
| I02 | Мікроваскулярні пересадки тканин чи шкіри, крім рук | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 6,346 |
| I03 | Ендопротезування кульшового суглоба після травми | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,905 |
| I04 | Ендопротезування колінного суглоба | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,321 |
| I05 | Ендопротезування інших суглобів | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,042 |
| I06 | Спондилодез у зв'язку з деформацією | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 6,434 |
| I07 | Ампутація | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,037 |
| I08 | Інші операції на кульшовому суглобі і стегні | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,863 |
| I09 | Спондилодез | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,704 |
| I10 | Інші операції на шиї та спині | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,114 |
| I10-01 | Інші операції на шиї та спині до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 3,114 |
| I11 | Операції з подовження кінцівок | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,149 |
| I12 | Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,236 |
| I12-01 | Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 3,236 |
| I13 | Операції на плечовій кістці, великогомілковій кістці, малогомілковій кістці і щиколотці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,886 |
| I15 | Черепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,52 |
| I16 | Інші операції на плечовому поясі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,252 |
| I17 | Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,092 |
| I17-01 | Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 3,092 |
| I18 | Інші операції на коліні | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,142 |
| I18-01 | Інші операції на коліні до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 2,142 |
| I19 | Інші операції на лікті і передпліччі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,224 |
| I19-01 | Інші операції на лікті і передпліччі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 3,224 |
| I20 | Інші операції на ступнях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,386 |
| I20-01 | Інші операції на ступнях до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 2,386 |
| I21 | Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,808 |
| I21-01 | Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,808 |
| I23 | Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за виключенням кульшового суглоба і стегна | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,688 |
| I23-01 | Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за виключенням кульшового суглоба і стегна до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,688 |
| I24 | Артроскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,84 |
| I24-01 | Артроскопія до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,84 |
| I25 | Діагностичні процедури на кістках і суглобах, включаючи біопсію | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,193 |
| I25-01 | Діагностичні процедури на кістках і суглобах, включаючи біопсію, до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,193 |
| I27 | Процедури на м'яких тканинах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,25 |
| I27-01 | Процедури на м'яких тканинах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,25 |
| I28 | Інші процедури з опорно-руховим апаратом | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,178 |
| I29 | Реконструкції колінного суглоба і ревізії реконструкцій | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,512 |
| I30 | Операції на кисті | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,742 |
| I31 | Ревізія кульшового суглоба після ендопротезування | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,111 |
| I32 | Ревізія колінного суглоба після ендопротезування | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,681 |
| I33 | Ендопротезування кульшового суглоба, не пов'язане з травмою | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,223 |
| I60 | Переломи діафіза стегнової кістки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,138 |
| I61 | Дистальні переломи стегнової кістки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,99 |
| I63 | Розтягнення, вивихи і зміщення в ділянці кульшового суглоба, таза і стегнової кістки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,45 |
| I64 | Остеомієліт | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,614 |
| I65 | Злоякісні новоутворення опорно-рухового апарата | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,997 |
| I66 | Запальні захворювання опорно-рухового апарата | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,816 |
| I67 | Септичний артрит | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,408 |
| I68 | Захворювання хребта, які не потребують хірургічних втручань | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,607 |
| I69 | Захворювання кісток та артропатії | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,644 |
| I71 | Інші захворювання м'язів і сухожиль | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,388 |
| I72 | Специфічні захворювання м'язів і сухожиль | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,437 |
| I73 | Післяопераційний догляд за м'язово-скелетними імплантами або протезами | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,671 |
| I74 | Травми передпліччя, зап'ястя, кисті і ступні | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,409 |
| I75 | Травми плечового пояса, плеча, ліктя, коліна, гомілки і щиколотки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,683 |
| I76 | Інші м'язово-скелетні захворювання | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,618 |
| I77 | Переломи таза | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,019 |
| I78 | Переломи шийки стегна | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,373 |
| I79 | Патологічні переломи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,297 |
| I80 | Переломи стегнової кістки (від перелому до переведення у відділення інтенсивної терапії минуло менше двох днів) | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,143 |
| J01 | Мікроваскулярні пересадки при ушкодженнях шкіри, підшкірної клітковини і захворюваннях молочних залоз | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,521 |
| J06 | Складні операції при захворюваннях молочних залоз | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,658 |
| J07 | Нескладні операції при захворюваннях молочних залоз | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,673 |
| J07-01 | Нескладні операції при захворюваннях молочних залоз до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,673 |
| J08 | Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,842 |
| J08-01 | Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,842 |
| J09 | Процедури при пілонідальній кісті та в періанальній ділянці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,552 |
| J09-01 | Процедури при пілонідальній кісті та в періанальній ділянці до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,552 |
| J10 | Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,316 |
| J10-01 | Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,316 |
| J11 | Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,829 |
| J11-01 | Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,829 |
| J12 | Операції на нижніх кінцівках при виразках або флегмонах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,772 |
| J13 | Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,592 |
| J13-01 | Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,592 |
| J14 | Складні операції з пластики молочної залози за медичними показаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,439 |
| J60 | Виразки шкіри | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,145 |
| J62 | Злоякісні захворювання молочних залоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,549 |
| J63 | Доброякісні захворювання молочних залоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,431 |
| J64 | Інші захворювання шкіри, жирової клітковини і молочних залоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,555 |
| J65 | Травми шкіри, підшкірної клітковини і молочних залоз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,497 |
| J67 | Незначні ушкодження шкіри | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,522 |
| J68 | Значні ушкодження шкіри | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,816 |
| J69 | Злоякісне новоутворення шкіри | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,645 |
| K01 | Загальні втручання щодо діабетичних ускладнень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,08 |
| K02 | Операції на гіпофізі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,619 |
| K03 | Операції на надниркових залозах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,632 |
| K05 | Операції на паращитовидній залозі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,566 |
| K06 | Операції на щитовидній залозі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,841 |
| K06-01 | Операції на щитовидній залозі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,841 |
| K08 | Операції на щитоподібно-під'язиковій ділянці | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,72 |
| K09 | Інші загальні втручання, пов'язані з порушеннями ендокринного, травного і метаболічного характеру | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,799 |
| K10 | Ревізійні та відкриті баріатричні операції | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,2 |
| K11 | Великі лапароскопічні баріатричні операції | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,896 |
| K12 | Інші баріатричні операції | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,466 |
| K13 | Загальні пластичні втручання при ендокринних, травних і метаболічних розладах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,82 |
| K40 | Ендоскопічні процедури і діагностичні обстеження при метаболічних розладах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,043 |
| K40-01 | Ендоскопічні процедури і діагностичні обстеження при метаболічних розладах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,043 |
| K60 | Діабет | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,865 |
| K61 | Важкі порушення травлення | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,948 |
| K62 | Інші метаболічні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,696 |
| K63 | Вроджені порушення метаболізму | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,591 |
| K64 | Ендокринні порушення | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,708 |
| L02 | Хірургічне встановлення перитонеального катетера для діалізу | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,849 |
| L02-01 | Хірургічне встановлення перитонеального катетера для діалізу до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,849 |
| L03 | Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі при новоутвореннях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,732 |
| L04 | Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі, не пов'язані з новоутвореннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,889 |
| L05 | Трансуретральна простатектомія при порушенні сечовиділення | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,835 |
| L06 | Інші операції на сечовому міхурі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,912 |
| L06-01 | Інші операції на сечовому міхурі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,912 |
| L07 | Інші трансуретральні операції | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,603 |
| L07-01 | Інші трансуретральні операції до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,603 |
| L08 | Операції на сечівнику | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,809 |
| L08-01 | Операції на сечівнику до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,809 |
| L09 | Інші операції при захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,481 |
| L40 | Уретроскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,552 |
| L41 | Цистоуретроскопія при порушенні сечовиділення | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,501 |
| L41-01 | Цистоуретроскопія при порушенні сечовиділення до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,501 |
| L42 | Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,601 |
| L42-01 | Екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,601 |
| L60 | Ниркова недостатність | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,259 |
| L61 | Гемодіаліз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,343 |
| L62 | Новоутворення нирок і сечовивідних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,047 |
| L63 | Інфекції нирок і сечовивідних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,661 |
| L64 | Камені та обструкція сечовивідних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,507 |
| L65 | Ознаки і симптоми захворювання нирок і сечовивідних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,628 |
| L66 | Стриктури сечівника | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,403 |
| L67 | Інші розлади нирок і сечовивідних шляхів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,542 |
| L68 | Перитонеальний діаліз | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,343 |
| M01 | Складні операції на органах малого таза у чоловіків | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,253 |
| M02 | Трансуретральна простатектомія при захворюваннях органів репродуктивної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,899 |
| M03 | Операції на чоловічому статевому органі | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,712 |
| M03-01 | Операції на чоловічому статевому органі до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,712 |
| M04 | Операції на яєчках | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,754 |
| M04-01 | Операції на яєчках до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,754 |
| M05 | Обрізання | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,636 |
| M05-01 | Обрізання до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,636 |
| M06 | Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,947 |
| M06-01 | Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,947 |
| M40 | Цистоуретроскопія при захворюваннях органів чоловічої репродуктивної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,097 |
| M40-01 | Цистоуретроскопія при захворюваннях органів чоловічої репродуктивної системи до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,097 |
| M60 | Злоякісні захворювання органів чоловічої репродуктивної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,295 |
| M61 | Доброякісна гіпертрофія передміхурової залози | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,555 |
| M62 | Запалення органів чоловічої репродуктивної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,6 |
| M64 | Інші розлади чоловічої репродуктивної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,302 |
| N01 | Евісцерація органів малого таза і радикальна вульвектомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,984 |
| N04 | Гістеректомія при доброякісних новоутвореннях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,742 |
| N05 | Оофоректомія та комплексні операції на фаллопієвих трубах при доброякісних новоутвореннях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,426 |
| N06 | Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,331 |
| N06-01 | Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,331 |
| N07 | Інші операції на матці і придатках матки при доброякісних новоутвореннях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,816 |
| N08 | Ендоскопічні і лапароскопічні операції на органах жіночої репродуктивної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,269 |
| N08-01 | Ендоскопічні і лапароскопічні операції на органах жіночої репродуктивної системи до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,269 |
| N09 | Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,642 |
| N09-01 | Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,642 |
| N10 | Діагностичне вишкрібання та діагностична гістероскопія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,304 |
| N10-01 | Діагностичне вишкрібання та діагностична гістероскопія до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,304 |
| N11 | Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,332 |
| N11-01 | Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,332 |
| N12 | Операції на матці і придатках матки при злоякісних новоутвореннях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,177 |
| N12-01 | Операції на матці і придатках матки при злоякісних новоутвореннях до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 2,177 |
| N60 | Злоякісні новоутворення жіночої репродуктивної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,634 |
| N61 | Інфекції жіночої репродуктивної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,447 |
| N62 | Менструальні та інші розлади жіночої репродуктивної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,289 |
| O03 | Позаматкова вагітність | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,003 |
| O04 | Післяпологовий і післяабортний період із загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,363 |
| O04-01 | Післяпологовий і післяабортний період із загальними втручаннями до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,363 |
| O05 | Аборт із загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,375 |
| O05-01 | Аборт із загальними втручаннями до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 0,375 |
| O61 | Післяпологовий і післяабортний період без загальних втручань | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,61 |
| O63 | Аборт без загальних втручань | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,303 |
| O66 | Антенатальна та інша акушерська госпіталізація | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,308 |
| O67 | Пологи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,956 |
| P69 | Неонатальна допомога | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,293 |
| Q01 | Спленектомія | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,255 |
| Q02 | Порушення з боку системи кровотворення та імунної системи з іншими загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,248 |
| Q60 | Розлади системи мононуклеарних фагоцитів та імунної системи | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,919 |
| Q61 | Захворювання, пов'язані з еритроцитами | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,473 |
| Q62 | Розлади коагуляції | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,2 |
| R01 | Лімфома та лейкемія із значними загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,479 |
| R02 | Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,778 |
| R03 | Лімфома та лейкемія з іншими загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,258 |
| R04 | Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,837 |
| R60 | Гостра лейкемія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,69 |
| R61 | Лімфома і хронічна лейкемія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,185 |
| R62 | Інші неопластичні захворювання | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,083 |
| R63 | Хіміостаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,21 |
| T01 | Інфекційні і паразитарні захворювання із загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,579 |
| T40 | Інфекційні і паразитарні захворювання, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 3,339 |
| T60 | Септицемія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,066 |
| T61 | Післяопераційні інфекції | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,98 |
| T62 | Лихоманка невідомого генезу | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,592 |
| T63 | Вірусні захворювання | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,538 |
| T64 | Інші інфекційні та паразитарні захворювання | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,347 |
| U40 | Лікування психічних розладів за допомогою електросудомної терапії | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,186 |
| U60 | Лікування психічних розладів без електросудомної терапії | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,07 |
| U61 | Шизофренія | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,435 |
| U62 | Параноя і гострі психотичні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,422 |
| U63 | Складні афективні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,239 |
| U64 | Інші афективні і соматоформні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,629 |
| U65 | Тривожні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,604 |
| U66 | Розлади харчової поведінки та обсесивно-компульсивні розлади | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,517 |
| U67 | Розлади особистості і гострі реакції на стрес | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,445 |
| U68 | Розлади психіки у дітей | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,775 |
| V60 | Алкогольна інтоксикація та абстиненція | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,339 |
| V61 | Наркотична інтоксикація та абстиненція | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,372 |
| V62 | Зловживання алкоголем та алкогольна залежність | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,463 |
| V63 | Вживання і залежність від опіоїдів | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,321 |
| V64 | Вживання і залежність від інших наркотиків та речовин | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,504 |
| W01 | Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 9,841 |
| W02 | Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,367 |
| W03 | Абдомінальні операції при множинних значних травмах | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,834 |
| W04 | Множинні значні травми з іншими загальними втручаннями | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 5,802 |
| W60 | Пацієнти з множинними значними травмами, переведені до відділення інтенсивної терапії (від перелому до переведення у відділення інтенсивної терапії минуло менше п'яти днів) | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,95 |
| W61 | Множинні значні травми без загальних втручань | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 2,257 |
| X02 | Мікроваскулярні пересадки тканин та шкіри при пошкодженнях кисті | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 3,473 |
| X04 | Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,982 |
| X04-01 | Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,982 |
| X05 | Інші операції при пошкодженні кисті | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,557 |
| X05-01 | Інші операції при пошкодженні кисті до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,557 |
| X06 | Інші операції при інших пошкодженнях | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,887 |
| X06-01 | Інші операції при інших пошкодженнях до 24 годин | Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня | 1,887 |
| X07 | Пересадки шкіри при пошкодженнях, крім кистей | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,224 |
| X40 | Травми, отруєння та інтоксикація в результаті споживання наркотиків або речовин із застосуванням вентиляції | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,063 |
| X60 | Травми | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,934 |
| X61 | Алергічні реакції | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,268 |
| X62 | Отруєння/інтоксикація в результаті споживання наркотиків та інших речовин | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,458 |
| X63 | Ускладнення в результаті лікування | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,712 |
| X64 | Інші пошкодження, отруєння та інтоксикації | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,541 |
| Y01 | Вентиляція, що здійснювалася 96 годин і більше, або трахеостомія при опіках, або загальні втручання при важких глибоких опіках | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 34, 535 |
| Y02 | Пересадки шкіри при інших опіках | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 4,5 |
| Y03 | Інші загальні втручання при інших опіках | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 2,27 |
| Y60 | Пацієнти з опіками, переведені до відділення інтенсивної терапії (госпіталізація менше п'яти днів) | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,429 |
| Y61 | Важкі опіки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 3,729 |
| Y62 | Інші опіки | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,337 |
| Z01 | Інші звернення до органів охорони здоров'я щодо загальних втручань | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,639 |
| Z40 | Інші звернення до органів охорони здоров'я щодо ендоскопії | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,159 |
| Z60 | Реабілітація | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,151 |
| Z65 | Вроджені аномалії і проблеми, що діагностуються після неонатального періоду | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,797 |
| Z66 | Порушення сну | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 0,154 |
| 801 | Загальні втручання, не пов'язані з основним діагнозом | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,337 |
| 802 | Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, середньої важкості | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,227 |
| 803 | Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, високої важкості | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 3,143 |
| 804 | Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, критичної важкості | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 8,741 |
| 805 | Інші хірургічні втручання, пов'язані з віддаленими наслідками мінно-вибухової травми | Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,91 |
| 806 | Наслідки мінно-вибухової травми (важкі опіки, внутрішньочерепні травми) | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 3,17 |
| 807 | Інші захворювання, пов'язані з віддаленими наслідками мінно-вибухової травми | Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій | 1,02 |

(додаток 1 із змінами, внесеними згідно з постановою
 Кабінету Міністрів України від 16.05.2025 р. N 569)

Додаток 2
до Порядку

### КОЕФІЦІЄНТзбалансованості бюджету

Коефіцієнт збалансованості бюджету для пакетів медичних послуг, визначених у главі 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році (далі - Порядок), розраховується за такою формулою:

BRCplan = (Budtotal - Budgb - DRGfact) / DRGplan,

де BRCplan - коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного періоду;

Budtotal - обсяг бюджетних асигнувань, передбачений для оплати медичних послуг, що включені до відповідних пакетів медичних послуг, визначених у главі 3 розділу II Порядку;

Budgb - загальний обсяг глобальних бюджетів, передбачених за всіма договорами за пакетами медичних послуг, визначеними у главі 3 розділу II Порядку;

DRGfact - сума добутків кількості фактично наданих медичних послуг, що віднесені до відповідного пакета медичних послуг за кожним договором у попередніх звітних періодах, базової ставки та відповідних коригувальних коефіцієнтів, визначених у главі 3 розділу II Порядку;

DRGplan - сума добутків кількості запланованих медичних послуг за кожним договором у майбутніх звітних періодах, базової ставки та відповідних коригувальних коефіцієнтів, визначених у главі 3 розділу II Порядку.

Додаток 3
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 3 вересня 2025 р. N 1079)

### ВАГОВІ КОЕФІЦІЄНТИдіагностично-споріднених груп для пакетів медичних послуг, передбачених у підпунктах 8 та 14 пункту 40 глави 3 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році при симультанних (чисельних), повторних та послідовних операціях в межах одного пролікованого випадку

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Група (пакет медичних послуг "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах") | Ваговий коефіцієнт діагностично-споріднених груп |
| A13 | Інвазивна вентиляція (проводилася 336 годин і більше) | 16,9437 |
| A14 | Інвазивна вентиляція (проводилася від 96 до 335 годин включно) | 9,8679 |
| A15 | Лікування пацієнта, що потребувало трахеостомії | 11,3944 |
| A40 | EKMO | 18,845 |
| B02 | Операції на черепі | 6,263 |
| B03 | Операції на хребті | 5,7581 |
| B04 | Операції на екстракраніальних судинах голови | 2,3383 |
| B07 | Операції на черепному або периферичному нерві та інші операції на нервовій системі | 1,0757 |
| B42 | Розлади нервової системи, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень | 6,6263 |
| C02 | Енуклеації і операції на очниці | 1,6397 |
| C03 | Операції на сітківці | 0,12 |
| C04 | Операції на рогівці, склері і кон'юнктиві | 1,2742 |
| C12 | Інші операції на рогівці, склері і кон'юнктиві | 0,0985 |
| C14 | Інші операції на оці | 0,6789 |
| C15 | Хірургічне лікування глаукоми та комплексні операції для лікування катаракти | 1,1957 |
| D02 | Операції на голові та шиї | 3,431 |
| D04 | Щелепні хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 1,6567 |
| D06 | Операції на придаткових пазухах носа та комплексні операції на середньому вусі | 0,2603 |
| D10 | Операції на носі | 0,1579 |
| D12 | Інші операції на вусі, носі, роті і горлі | 1,1263 |
| D15 | Операції на соскоподібному відростку | 0,3467 |
| E01 | Складні операції на грудній клітці | 3,1334 |
| E02 | Інші загальні втручання на органах дихання | 2,4686 |
| F08 | Реконструкція великих судин з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання | 4,4444 |
| F09 | Інші кардіоторакальні операції з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання | 1,9789 |
| F14 | Судинні операції, крім реконструкції великих судин, з використанням апарата штучного кровообігу або без його використання | 3,374 |
| F21 | Інші загальні втручання на органах кровообігу | 3,9631 |
| F40 | Захворювання органів кровообігу, що потребували застосування інвазивної штучної вентиляції легень | 3,1218 |
| G01 | Резекція прямої кишки | 5,754 |
| G02 | Складні операції на тонкому і товстому кишечнику | 4,9345 |
| G03 | Операції на шлунку, стравоході і дванадцятипалій кишці | 3,5546 |
| G04 | Видалення перитонеальних спайок | 2,9469 |
| G05 | Нескладні операції на тонкому і товстому кишечнику | 1,0945 |
| G11 | Операції на задньому проході та стомі | 0,2634 |
| G12 | Інші загальні втручання на органах травної системи | 4,5237 |
| H01 | Шунтування та операції на підшлунковій залозі, печінці | 7,5284 |
| H05 | Діагностичні процедури на гепатобіліарній системі | 3,6507 |
| H06 | Інші загальні втручання на гепатобіліарній системі і підшлунковій залозі | 1,1075 |
| I01 | Двосторонні та множинні операції на великих суглобах нижньої кінцівки | 6,7122 |
| I02 | Мікроваскулярні пересадки тканин чи шкіри, крім рук | 10,6462 |
| I03 | Ендопротезування кульшового суглоба після травми | 2,1134 |
| I04 | Ендопротезування колінного суглоба | 1,1753 |
| I05 | Ендопротезування інших суглобів | 2,3772 |
| I07 | Ампутація | 6,3073 |
| I08 | Інші операції на кульшовому суглобі і стегні | 2,6586 |
| I10 | Інші операції на шиї та спині | 1,5413 |
| I11 | Операції з подовження кінцівок | 0,1 |
| I12 | Різні операції на опорно-руховому апараті через інфекції/запалення кісток/суглобів | 4,3357 |
| I13 | Операції на плечовій кістці, великогомілковій кістці, малогомілковій кістці і щиколотці | 2,1741 |
| I16 | Інші операції на плечовому поясі | 0,3874 |
| I17 | Щелепно-лицеві хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | 0,06 |
| I18 | Інші операції на коліні | 0,11 |
| I19 | Інші операції на лікті і передпліччі | 0,21 |
| I20 | Інші операції на ступнях | 0,1691 |
| I21 | Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації кульшового суглоба і стегна | 0,18 |
| I23 | Місцеве висічення або видалення внутрішніх пристроїв фіксації, за винятком кульшового суглоба і стегна | 0,1 |
| I27 | Процедури на м'яких тканинах | 3,0608 |
| I28 | Інші процедури з опорно-руховим апаратом | 3,2268 |
| I29 | Реконструкції колінного суглоба і ревізії реконструкцій | 0,13 |
| I31 | Ревізія кульшового суглоба після ендопротезування | 5,7553 |
| I32 | Ревізія колінного суглоба після ендопротезування | 5,0303 |
| J01 | Мікроваскулярні пересадки при ушкодженнях шкіри, підшкірної клітковини і захворюваннях молочних залоз | 6,0257 |
| J08 | Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин | 3,1235 |
| J10 | Загальні пластичні операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах за медичними показаннями | 0,7141 |
| J11 | Інші операції на шкірі, підшкірній клітковині і молочних залозах | 0,6099 |
| J12 | Операції на нижніх кінцівках при виразках або флегмонах | 2,6181 |
| J13 | Операції на нижніх кінцівках без виразок або флегмон | 1,5029 |
| L04 | Операції на нирці, сечоводі та складні операції на сечовому міхурі, не пов'язані з новоутвореннями | 2,0593 |
| L08 | Операції на сечівнику | 0,02 |
| L09 | Інші операції при захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів | 5,347 |
| M03 | Операції на чоловічому статевому органі | 0,1792 |
| M04 | Операції на яєчках | 0,0894 |
| M06 | Інші загальні втручання на органах чоловічої репродуктивної системи | 2,747 |
| N06 | Реконструктивні операції на органах жіночої репродуктивної системи | 1,1235 |
| N07 | Інші операції на матці і придатках матки при доброякісних новоутвореннях | 0,4363 |
| N09 | Інші операції на піхві, шийці матки і жіночих зовнішніх статевих органах | 0,4362 |
| N11 | Інші загальні втручання щодо жіночої репродуктивної системи | 1,1844 |
| Q01 | Спленектомія | 0,776 |
| Q02 | Порушення з боку системи кровотворення та імунної системи з іншими загальними втручаннями | 3,3165 |
| W01 | Вентиляція, трахеотомія та черепно-мозкові операції при множинних значних травмах | 13,2317 |
| W02 | Операції на кульшовому суглобі, стегні і нижніх кінцівках при множинних значних травмах | 5,2989 |
| W03 | Абдомінальні операції при множинних значних травмах | 0,4008 |
| W04 | Множинні значні травми з іншими загальними втручаннями | 3,6016 |
| X02 | Мікроваскулярні пересадки тканин та шкіри при пошкодженнях кисті | 1,1671 |
| X04 | Інші операції при пошкодженні нижніх кінцівок | 2,0864 |
| X05 | Інші операції при пошкодженні кисті | 0,2 |
| X06 | Інші операції при інших пошкодженнях | 2,2669 |
| X07 | Пересадки шкіри при пошкодженнях, крім кистей | 3,3172 |
| X40 | Травми, отруєння та інтоксикація в результаті споживання наркотиків або речовин із застосуванням вентиляції | 3,0213 |
| Y01 | Вентиляція, що здійснювалася 96 годин і більше, або трахеостомія при опіках, або загальні втручання при важких глибоких опіках | 4,329 |
| Y02 | Пересадки шкіри при інших опіках | 5,0501 |
| Y03 | Інші загальні втручання при інших опіках | 0,14 |

(додаток 3 у редакції постанови Кабінету
 Міністрів України від 03.09.2025 р. N 1079)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 24 грудня 2024 р. N 1503

### ЗМІНИ,що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України

1. Пункт 3 постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 р. N 239 "Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну" (Офіційний вісник України, 2016 р., N 28, ст. 1111) виключити.

2. Пункт 4 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. N 1101 "Про утворення Національної служби здоров'я України" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 15, ст. 507; 2020 р., N 2, ст. 59), доповнити підпунктом 34 такого змісту:

"34) затверджує алгоритми та правила щодо визначення медичної послуги в рамках програми медичних гарантій як такої, що підлягає оплаті за тарифом;".

3. Пункт 1 додатка 3 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. N 410 "Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій" (Офіційний вісник України, 2018 р., N 45, ст. 1570; 2020 р., N 2, ст. 59; 2021 р., N 82, ст. 5250; 2023 р., N 46, ст. 2460), доповнити підпунктом 12 такого змісту:

"12) забезпечувати виконання вимог щодо покращеного харчування військовослужбовців під час їх лікування відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 13 серпня 2024 р. N 955 "Про затвердження Порядку забезпечення покращеного харчування військовослужбовців під час лікування у закладах охорони здоров'я усіх форм власності та підпорядкування відповідно до норм, які застосовуються у військово-медичних закладах" (Офіційний вісник України, 2024 р., N 80, ст. 4723).".

4. У додатках до Порядку проведення державної оцінки медичних технологій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 р. N 1300 (Офіційний вісник України, 2021 р., N 2, ст. 94; 2024 р., N 103, ст. 6574):

1) пункт 11 додатка 2 доповнити підпунктом 21 такого змісту:

"21) орієнтовний обсяг щорічної 100 відсотків потреби в лікарському засобі (в одиницях лікарської форми);";

2) пункт 4 додатка 3 виключити;

3) додаток 4 доповнити пунктом 41 такого змісту:

"41. Додатково щодо лікарських засобів, для яких рекомендується застосування процедури укладення договорів керованого доступу, у формі додатка до висновку подається така інформація (у разі наявності):

орієнтовний обсяг 100 відсотків потреби предмета закупівлі за договорами керованого доступу протягом трьох років на основі даних досьє заявника;

орієнтовний обсяг фінансування видатків протягом трьох років;

рекомендована ціна за одиницю предмета закупівлі за договорами керованого доступу, необхідна для досягнення показника ефективності витрат на рівні менше 1 валового внутрішнього продукту на душу населення, 1 - 3 валового внутрішнього продукту на душу населення, 3 - 5 валового внутрішнього продукту на душу населення відповідно до висновку з державної оцінки медичних технологій.".

5. У підпункті 1 пункту 1 постанови Кабінету Міністрів України від 13 січня 2023 р. N 28 "Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 2023 р., N 9, ст. 644, N 51, ст. 2845; 2024 р., N 21, ст. 1351):

1) в абзаці третьому слова "(крім лікарів-інтернів)" і "(крім фармацевтів-інтернів)" виключити;

2) доповнити підпункт після абзацу третього новим абзацом такого змісту:

"15000 гривень для осіб, які займають посади у закладах охорони здоров'я лікарів-інтернів, що віднесені єдиними кваліфікаційними вимогами до посад фахівців;".

У зв'язку з цим абзаци четвертий - восьмий вважати відповідно абзацами п'ятим - дев'ятим;

3) в абзаці п'ятому слова "(крім лікарів-інтернів та фармацевтів-інтернів)" виключити;

4) в абзаці першому підпункту 11 цифри "2024" замінити цифрами "2025".

6. У постанові Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 р. N 1394 "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році" (Офіційний вісник України, 2024 р., N 11, ст. 668, N 90, ст. 5806):

1) в абзаці шостому пункту 5 слова і цифри "1 лютого 2025 р." замінити словами і цифрами "1 березня 2025 р.";

2) в абзаці третьому пункту 51 цифри і слова "1 березня 2025 року" замінити цифрами і словами "1 квітня 2025 року";

3) у пункті 6 цифри і слова "2025 року" замінити цифрами і словами "2026 року".

7. У додатку до постанови Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. N 1295 "Деякі питання залучення державних установ до реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення" (Офіційний вісник України, 2024 р., N 104, ст. 6637):

1) розділ "Заклади вищої освіти МОЗ" доповнити такою позицією:

|  |  |
| --- | --- |
| "Національний фармацевтичний університет | 02010936"; |

2) розділ "Заклади охорони здоров'я МОЗ" доповнити такими позиціями:

|  |  |
| --- | --- |
| "Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни | 05480766 |
| Державний заклад "Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України" | 23598715 |
| Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров'я України | 22863747 |
| Державна установа "Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України" | 02012125 |
| Державний заклад "Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України" | 20072556 |
| Державний заклад "Басейнова стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров'я України" | 02775165" |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_