

**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ****ПОСТАНОВА**

від 25 квітня 2018 р. № 407

Київ

**Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій
медичного обслуговування населення за програмою
медичних гарантій для первинної медичної допомоги
на 2018 рік**

Відповідно до пункту 2 розділу IV «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Кабінет Міністрів України **п о с т а н о в л я є**:

1. Затвердити Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, що додається.

2. Установити, що у 2018 році:

1) договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 5 червня 2018 р. на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 р. або до 15 серпня 2018 р. на строк з 1 жовтня по 31 грудня 2018 р.;

2) Національна служба здоров'я укладає договори про медичне обслуговування населення з комунальними закладами охорони здоров'я за умови одночасного укладення таких договорів з усіма комунальними закладами охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медичної допомоги, що фінансується за рахунок медичної субвенції з відповідного місцевого бюджету.

3. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2018 р. включно.

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 25 квітня 2018 р. № 407

ПОРЯДОК реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, встановлює тарифи та коригувальні коефіцієнти.

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі — договір) з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою.

3. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

зелений список — перелік пацієнтів, які подали відповідному надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

червоний список — неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 9 цього Порядку.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та інших законодавчих актах.

4. Перелік медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплати надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

5. Тарифи на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюються як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та становлять:

за одного пацієнта, включеного до зеленого списку, — 370 гривень на рік;

за одного пацієнта, включеного до червоного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я), — 240 гривень на рік.

6. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, включеного до зеленого списку, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років	— 4;
від 6 до 17 років	— 2,2;
від 18 до 39 років	— 1;
від 40 до 64 років	— 1,2;
понад 65 років	— 2.

7. Якщо медичне обслуговування пацієнта, включеного до зеленого списку, здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України «Про статус гірських населених пунктів в Україні», до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 6 цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

8. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пунктах 6 і 7 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку.

9. Кількість пацієнтів, включених до червоного списку, для надавачів медичних послуг, які є комунальними закладами охорони здоров'я, розраховується щомісяця за такою формулою:

$$\text{ЧС} = \text{НН} \times (1 - \text{ЗС}/\text{СНН}),$$

де ЧС — кількість пацієнтів, включених до червоного списку;

НН — кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується відповідним комунальним закладом охорони здоров'я, станом на 1 січня 2018 р., визначена у договорі, укладеному з НСЗУ;

ЗС — загальна кількість пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я всім надавачам медичних послуг, які уклали договір з НСЗУ та розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади);

СНН — сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується усіма комунальними закладами охорони здоров'я, які уклали договори з НСЗУ станом на 1 число відповідного місяця та розташовані у межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади), що розраховується шляхом додавання кількості наявного населення, що визначена у таких договорах.

Якщо ЧС має значення менше нуля, ЧС становить нуль.

10. Оплата за надані медичні послуги здійснюється в порядку, встановленому договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеним з НСЗУ.

11. Тарифи, встановлені у пункті 5 цього Порядку, включають ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.