

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

від

№

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 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Кабінет Міністрів України **постановляє:**

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

2. Установити, що у 2018 році договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з державними закладами охорони здоров'я і комунальним закладам охорони здоров'я укладаються:

1) не пізніше 1 червня 2018 року на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 року, або

2) не пізніше 1 вересня на строк з 1 жовтня по 31 грудня 2018 року.

3. Установити, що у 2018 – 2019 роках НСЗУ укладає договори про медичне обслуговування населення з комунальними закладами охорони здоров'я при умові одночасного укладення таких договорів з усіма комунальними закладами охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медичної допомоги, що фінансується за рахунок коштів медичної субвенції з відповідного місцевого бюджету.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її офіційного опублікування і діє до 31 грудня 2018 року включно.

Прем'єр-міністр України**В. ГРОЙСМАН**

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України від _____ 2018 р. № __

**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, (далі – ПМД), зокрема 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 які уклали договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД.

3. В цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

зелений список – персоніфікований перелік пацієнтів, які подали надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

червоний список – неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів державного або комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 10 цього Порядку.

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

5. Перелік медичних послуг, пов'язаних з ПМД (включаючи медичні вироби), оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій на 2018 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

6. Тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, встановлюється у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та складають:

за одного пацієнта із зеленого списку – 370 гривень на рік;

за одного пацієнта з червоного списку (для державних та комунальних закладів охорони здоров'я) – 240 гривень на рік.

7. До тарифу за медичне обслуговування одного пацієнта з зеленого списку застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта (далі – вікові коефіцієнти):

Вікова група пацієнтів	Значення вікового коефіцієнта
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

8. У разі, якщо медичне обслуговування пацієнта із 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 коефіцієнтів, зазначених в пункті 7 цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25 (далі – гірський коефіцієнт). Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає ПМД.

9. Коригувальні коефіцієнти не застосовуються до тарифів за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, пацієнтам з червоного списку.

10. Кількість пацієнтів в червоному списку для надавачів медичних послуг державної і комунальної форми власності розраховується щомісяця за такою формулою:

$$\text{ЧС} = \text{КО} \times (1 - \text{ЧЗ}), \text{ де}$$

ЧС – червоний список;

КО – кількість осіб, які станом на 1 січня 2018 року постійно проживали на території обслуговування відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я. Значення КО має бути зазначене у договорі про медичне обслуговування населення з відповідним надавачем медичних послуг;

ЧЗ – частка, що дорівнює загальній кількості пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я, поділений на загальну кількість населення України станом на 1 січня 2018 року згідно з даними Державної служби статистики.

11. Оплата за надані медичні послуги (включаючи медичні вироби) здійснюється в порядку, встановленому договором про медичне

обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеному з НСЗУ.

12. Тарифи, визначені цим Порядком, включають в себе ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

13. Базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників, що використана для розрахунку тарифу, є 18 347,50 гривень на місяць.
