



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)

вул. М.Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

№ _____

На № _____ від _____

Державна регуляторна служба
України

Національна служба здоров'я
України

На виконання підпункту 5 пункту 3 витягу із протоколу № 21 засідання Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 Міністерство охорони здоров'я України направляє на погодження доопрацьований проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік».

Враховуючи терміновість та важливість питання, просимо розглянути та погодити представлений проект постанови Кабінету Міністрів України у відповідності до § 38 Регламенту Кабінету Міністрів України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 № 950, у одинденний термін.

Додатки: на 104 арк.

Міністр

Зоряна СКАЛЕЦЬКА

Лупей-Ткач
254 04 11



Міністерство охорони здоров'я України
25-04/48331/2-19 від 13.12.2019
Скалецька Зоряна Степанівна

Міністерство охорони здоров'я України
25-04/48331/2-19 від 13.12.2019
сп

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від _____ 2019 р. №

Київ

Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік

Відповідно до пунктів 4 та 5 розділу IV «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» з урахуванням положень Бюджетного кодексу України та Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» Кабінет Міністрів України **п о с т а н о в л я є**:

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

2. Установити, що державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році реалізуються Національною службою здоров'я у такому порядку:

для первинної медичної допомоги із застосуванням тарифів та коригувальних коефіцієнтів згідно з порядком реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік, затвердженим Кабінетом Міністрів України – з 1 січня 2020 року до 31 грудня 2020 року;

для відшкодування вартості лікарських засобів згідно з Порядком реімбурсації лікарських засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 (Офіційний вісник України, 2017 р., № 26, ст. 749), – з 1 січня 2020 року до 31 грудня 2020 року;

для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у межах пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у Полтавській області із застосуванням тарифів та коригувальних коефіцієнтів згідно з порядком здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженим Кабінетом Міністрів України, за формою договору, яка діяла для таких договорів у 2019 році (зі змінами), – з 1 січня 2020 року по 31 березня 2020 року;

для екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (спеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, – з 1 квітня 2020 року до 31 грудня 2020 року.

3. Установити, що Національна служба здоров'я укладає договори про медичне обслуговування населення з державними та комунальними закладами



охорони здоров'я за умови, що відповідний заклад охорони здоров'я не одержує за медичні послуги, що включені до програми медичних гарантій, фінансування за рахунок коштів державного бюджету.

4. Міністерству охорони здоров'я до 23 грудня 2019 року подати в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України проекти актів, необхідних для реалізації Національною службою здоров'я програми медичних гарантій для всіх видів медичної допомоги, у тому числі реімбурсації препаратів інсуліну та лікарських засобів для лікування цукрового діабету.

5. Рекомендувати місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування, що є власниками відповідних закладів охорони здоров'я, до 31 грудня 2019 року вжити заходів для забезпечення своєчасного укладення з Національною службою здоров'я договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік закладами охорони здоров'я комунальної власності, які мають намір надавати медичні послуги за програмою медичних гарантій.

6. Ця постанова набирає чинності з 1 січня 2020 року та діє до 31 грудня 2020 року, крім пунктів 4, 5 постанови, абзаців одинадцятого – тринадцятого, двадцять восьмого-тридцять сьомого підпункту 7, підпункту 9 пункту 2 змін, затверджених цією постановою, які набирають чинності з дня офіційного опублікування цієї постанови.

Прем'єр-міністр України

О. ГОНЧАРУК

Інд.



З Кошечко



ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України

від _____ № _____

**ЗМІНИ,
що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України**

1. У постанові Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» (Офіційний вісник України, 2019 р., № 9, ст. 305; 2019 р., № 30, ст. 1072; 2019 р., № 9, ст. 324):

1) у постанові:

назву викласти в такій редакції:

“Деякі питання реалізації програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік”;

вступну частину викласти в такій редакції:

«Відповідно до пункту 4 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**»;

у пункті 1, 4 цифри «2019» замінити цифрами «2020»;

пункт 2, 3 виключити;

2) у Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, затвердженому зазначеною постановою:

у назві цифри «2019» замінити цифрами «2020»;

у пункті 1, 4 цифри «2019» замінити цифрами «2020»;

пункт 3 викласти в такій редакції:

«3. В цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

«Ліміт - оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ;

Пацієнти, які подали декларації - перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подали відповідному надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - декларації), станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.»

пункт 5 викласти в такій редакції:

«5. Тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюється як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, протягом календарного року та становить 600, 48 гривень на рік.»;

пункт 6 викласти в такій редакції:



«6. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років - 2,465;

від 6 до 17 років - 1,356;

від 18 до 39 років - 0,616;

від 40 до 64 років - 0,739;

понад 65 років - 1,232.»;

у пункті 7:

слова та знак «пацієнта, включеного до зеленого списку» замінити словами та знаком «пацієнта, який подав декларацію»;

пункт 8 викласти в такій редакції:

«8. До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, які подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
Від 100 відсотків ліміту + 1 декларація до 110 відсотків ліміту включно	0,616
Від 110 відсотків ліміту + 1 декларація до 120 відсотків ліміту включно	0,493
Від 120 відсотків ліміту + 1 декларація до 130 відсотків ліміту включно	0,370
Від 130 відсотків ліміту + 1 декларація до 140 відсотків ліміту включно	0,246
Від 140 відсотків ліміту + 1 декларація до 150 відсотків ліміту включно	0,123
Від 150 відсотків ліміту + 1 декларація і всі наступні	0

Розподіл пацієнтів, які подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, які подали декларації про вибір лікаря, який працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.»;

пункт 10 виключити;

пункт 11 виключити.

2. У постанові Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» (Офіційний вісник України, 2019 р., № 21, ст. 714):

1) у назві слово «проект» замінити словом «проект»;



2) вступну частину викласти в такій редакції:

«Відповідно до пункту 4 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет Міністрів України постановляє:»;

3) пункт 1 викласти в такій редакції:

«1. Запровадити з 1 квітня 2019 р. по 31 березня 2020 р. пілотний проєкт з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області (далі - пілотний проєкт).»;

4) у абзаці другому пункту 2 слово «проєкт» замінити словом «проект»;

5) пункт 3 викласти в такій редакції:

«3. Установити, що:

1) на період дії пілотного проєкту норми, визначені абзацом третім пункту 2 постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570) та пунктами 5-9 і 11-23 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410, до договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проєктом не застосовуються, інші особливості укладення договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проєктом визначаються в оголошенні про укладення договору, розміщеному на офіційному веб-сайті Національної служби здоров’я;»;

2) договори про медичне обслуговування населення за пілотним проєктом укладаються до 15 січня 2020 року включно в електронній формі з дотриманням законодавства про електронний документообіг на строк з 1 січня 2020 року по 31 березня 2020 року;

3) до 30 квітня 2020 року (включно) здійснюється оплата медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за пілотним проєктом.»;

6) у пункті 4 слова та цифри «31 грудня 2019 року» замінити словами та цифрами «30 квітня 2020 року»;

7) у Порядку здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженому цією постановою:

у назві слово «проєкт» замінити словом «проект»;

пункт 1 викласти в такій редакції:

«1. Цей Порядок регулює механізм здійснення пілотного проєкту, який фінансується за бюджетною програмою “Програма державних гарантій медичного обслуговування населення” (далі - пілотний проєкт), тарифи і коригувальні коефіцієнти.»;

у пункті 2 слово «проєкт» замінити словом «проект»;

пункт 4 викласти в такій редакції:



«4. У пілотному проєкті мають право брати участь комунальні заклади охорони здоров'я, зазначені в додатку 1, або їх правонаступники за умови, що вони відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) (далі – учасники пілотного проєкту).»;

пункт 5 викласти в такій редакції:

«5. НСЗУ у межах пілотного проєкту укладає з учасниками пілотного проєкту договори про медичне обслуговування населення на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, крім послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501) (далі - договір).»;

пункт 6 викласти в такій редакції:

«6. Загальна орієнтовна ціна, на яку укладається договір, розраховується як сума глобальних ставок на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги і медичні послуги стаціонарної допомоги, що зазначені в додатку 1. У разі, коли договір з учасником пілотного проєкту, крім обласних наркологічних диспансерів, укладається на надання медичних послуг стаціонарної допомоги, до суми глобальних ставок додається добуток запланованої кількості пролікованих випадків, ставки на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків, коефіцієнта рівня стаціонару відповідного учасника пілотного проєкту та коефіцієнта збалансованості бюджету.

До 31 грудня 2019 року добуток запланованої кількості ставки на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків, коефіцієнта рівня стаціонару на період визначається за період з 1 квітня 2019 року по 31 грудня 2019 року.

З 1 січня 2020 року добуток запланованої кількості ставки на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків, коефіцієнта рівня стаціонару на період визначається за період з 1 січня 2020 року по 31 березня 2020 року.

Запланована кількість пролікованих випадків визначається згідно з даними звітів про надані послуги за договорами про медичне обслуговування населення за пілотним проєктом у 2019 році та зазначається в договорі.

Запланований середній індекс структури випадків відповідного учасника пілотного проєкту зазначається в договорі та розраховується за формулою:

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_i} \times RW_i}{Cases_{plan}},$$

де CMI_{plan} - запланований середній індекс структури випадків для відповідного учасника пілотного проєкту;



$Cases_{plan_i}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за діагностично спорідненою групою i для відповідного учасника пілотного проєкту;

RW_i - ваговий коефіцієнт діагностично спорідненої групи i ;

$Cases_{plan}$ - загальна запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги для відповідного учасника пілотного проєкту.

Різниця між загальною орієнтовною ціною всіх укладених договорів станом на 15 січня 2020 року та загальною сумою бюджетних асигнувань, передбачених для здійснення пілотного проєкту у 2020 році, дорівнює сумі резервних видатків. У межах резервних видатків може бути збільшено загальну орієнтовну ціну договорів у наступних періодах із внесенням відповідних змін до договорів.»;

у пункті 7 слова та цифри «з 1 квітня до 31 грудня 2019 р.» замінити словами та цифрами «з 1 квітня 2019 р. до 31 березня 2020 р.»;

пункт 8 викласти в такій редакції:

«8. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги, що надаються усіма учасниками пілотного проєкту, крім обласних наркологічних диспансерів, використовується комбінація тарифів у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 січня 2020 року до 31 березня 2020 р. та ставки на пролікований випадок. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги в обласних наркологічних диспансерах застосовується тільки тариф у вигляді глобальної ставки. Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги для учасників пілотного проєкту встановлений у додатку 1. Розмір ставки на пролікований випадок (далі - базова ставка) становить 1534 гривні.»;

у пункті 9:

у абзаці другому підпункту 2 слово «проект» замінити словом «проект»;

у абзаці третьому підпункту 2 слово «проект» замінити словом «проект»;

підпункт 3 викласти в такій редакції:

«3) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал за формулою, наведеною в додатку 3.

Встановити, що станом на 1 січня 2020 року коефіцієнт дорівнює 1.

Тимчасово, до 31 грудня 2019 року включно, добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів, який входить до параметру « Bud_{total} » у формулі розрахунку коефіцієнту збалансованості бюджету, наведеної в додатку 3, обраховується станом на 1 квітня 2019 року.».

Тимчасово, до 31 грудня 2019 року:

у пункті 10 цифри та знак «1/9» замінити цифрами та знаком «1/3»;

у пункті 11:

цифри та знак «1/9» замінити цифрами та знаком «1/3»;

слово «проект» замінити словом «проект»;

цифри та знак «1/9» замінити цифрами та знаком «1/3»;

у пункті 12:



у абзаці першому слово «проект» замінити словом «проект»;
у абзаці четвертому слова, цифри та знаки «не рідше ніж раз на квартал до 20 числа місяця, наступного за звітним періодом (в останньому кварталі року - до 20 грудня),» замінити словами та цифрами «до 20 квітня 2020 р.»;
у пункті 15 слово «проекту» замінити словом «проекту»;
у пункті 16 слово «проектах» замінити словом «проектах»;
у пункті 17:
слово «проект» замінити словом «проект»;
слово «проекту» замінити словом «проекту»;
8) Додаток 1 до Порядку викласти в такій редакції:
«

Додаток 1
до Порядку

ПЕРЕЛІК

**комунальних закладів охорони здоров'я, на базі яких здійснюється
пілотний проєкт з реалізації державних гарантій медичного
обслуговування населення за програмою медичних гарантій для
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській
області, розмір глобальних ставок**

тис. гривень			
Найменування комунального закладу охорони здоров'я	Код згідно з ЄДРПОУ	Розмір глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги	Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги
1. Комунальне підприємство "1-а міська лікарня Полтавської міської ради"	01999655	3 444	3 848
2. Комунальне підприємство "2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01999721	1 186	2 480
3. Комунальне підприємство "3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01111581	692	1 712



4.	Комунальне підприємство “4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”	01999678	5 660	986
5.	Комунальне підприємство “5-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”	01204377		1 434
6.	Комунальне підприємство “Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”	01999684	3 277	6 025
7.	Комунальне підприємство “Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради”	01999690	399	3 418
8.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Кременчуцька перша міська лікарня ім. О.Т. Богаєвського”	01999613	914	2 924
9.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Кременчуцька міська лікарня “Правобережна”	01204294	914	2 485
10.	Комунальне некомерційне медичне	41318879	2 376	3 799



	підприємство “Лікарня інтенсивного лікування “Кременчуцька”			
11.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Лікарня відновного лікування”	01204147		1 097
12.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Кременчуцька міська дитяча лікарня”	05385571	1 983	4 386
13.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Кременчуцький перинатальний центр II рівня”	01999632	1 418	3 348
14.	Комунальне медичне підприємство “Лікарня Придніпровська”	01111598	110	1 151
15.	Комунальне некомерційне підприємство “Лікарня інтенсивного лікування I рівня м. Горішні Плавні” Горішньоплавнів ської міської ради Полтавської області	01999626	1 936	4 216
16.	Комунальне підприємство	01999388	4 317	4 847



	“Лубенська лікарня інтенсивного лікування” Лубенської міської ради			
17.	Комунальне некомерційне підприємство “Великобагачанська центральна районна лікарня” Великобагачанської районної ради Полтавської області	01999201	1 239	1 605
18.	Комунальне некомерційне підприємство “Гадяцька центральна районна лікарня” Гадяцької районної ради	01999218	3 514	3 389
19.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Глобинська центральна районна лікарня” Глобинської районної ради Полтавської області	01999224	2 830	2 771
20.	Комунальне некомерційне підприємство “Гребінківська центральна районна лікарня Гребінківської районної ради Полтавської області”	01999253	747	1 867
21.	Комунальне	01999265	1 473	987

	некомерційне підприємство “Диканська лікарня планового лікування” Диканської районної ради			
22.	Комунальне некомерційне підприємство “Зіньківська центральна районна лікарня” Зіньківської районної ради Полтавської області	01999276	2 031	2 235
23.	Комунальне некомерційне підприємство “Карлівська центральна районна лікарня ім. Л.В. Радевича”	01999299	2 160	2 107
24.	Комунальне некомерційне підприємство “Кобеляцька центральна районна лікарня” Кобеляцької районної ради Полтавської області	01999307	2 041	2 895
25.	Комунальне некомерційне підприємство “Козельщинська центральна районна лікарня” Козельщинської районної ради Полтавської області	01999320	1 338	976

26.	Комунальне некомерційне підприємство Котелевська центральна районна лікарня Котелевської районної ради	01999336	1 182	1 231
27.	Комунальне некомерційне підприємство Кременчуцької районної ради “Кременчуцька центральна районна лікарня”	01999342	2 493	2 594
28.	Комунальне некомерційне підприємство Лохвицька районна лікарня Лохвицької районної ради	01999359	2 794	2 687
29.	Комунальне некомерційне підприємство “Машівська центральна районна лікарня” Машівської районної ради Полтавської області	01999394	1 267	1 173
30.	Комунальне некомерційне підприємство “Миргородська центральна районна лікарня” Миргородської районної ради	01999402	2 605	6 039
31.	Комунальне некомерційне підприємство “Новосанжарська	01999425	2 246	2 058

	центральна районна лікарня Новосанжарської районної ради Полтавської області”				
32.	Комунальне некомерційне підприємство “Оржицька центральна районна лікарня” Оржицької районної ради Полтавської області	01999448	1 648	1 436	
33.	Комунальне некомерційне підприємство “Пирятинська центральна районна лікарня” Пирятинської районної ради	01999460	1 791	2 127	
34.	Комунальне некомерційне підприємство “Полтавська центральна районна лікарня” Полтавської районної ради	01999477	3 538	4 481	
35.	Комунальне некомерційне підприємство “Решетилівська центральна районна лікарня Решетилівської районної ради Полтавської області”	01999483	1 645	1 431	
36.	Комунальне підприємство “Семенівська центральна	01999494	1 673	1 558	

	районна лікарня” Семенівської районної ради			
37.	Комунальне некомерційне підприємство “Хорольська центральна районна лікарня” Хорольської районної ради Полтавської області	01999514	1 608	2 484
38.	Комунальне некомерційне підприємство “Чорнухинська районна лікарня” Чорнухинської районної ради Полтавської області	01999520	818	545
39.	Комунальне некомерційне підприємство “Чугівська центральна районна лікарня”	01999537	1 610	1 284
40.	Комунальне некомерційне підприємство “Шишацька центральна районна лікарня” Шишацької районної ради Полтавської області	01999543	733	1 549



41.	Комунальне підприємство “Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради”	01999106	2 661	24 780
42.	Комунальне підприємство “Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня Полтавської обласної ради”	01204348	2 384	4 470
43.	Комунальне підприємство “Обласна клінічна лікарня відновного лікування та діагностики з обласними центрами планування сім’ї та репродукції людини, медичної генетики Полтавської обласної ради”	01999112	2 084	2 796
44.	Комунальне підприємство “Полтавський обласний клінічний шкірно- венерологічний диспансер Полтавської обласної ради”	02008968	1 455	612
45.	Комунальне підприємство “Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня	01999661		2 815



	Полтавської обласної ради”			
46.	Комунальне підприємство “Полтавський обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	01984151	1 226	2 107
47.	Комунальне підприємство “Кременчуцький обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	13961403	502	1 249
48.	Комунальне підприємство “Лубенський обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	26435008	373	249
49.	Комунальне підприємство “3- я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради”	01999595	3 001	
50.	Комунальне підприємство “Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка Полтавської міської ради”	01204394	1 420	
51.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Міська дитяча	01204236	686	



	стоматологічна поліклініка”			
52.	Лубенська міська комунальна стоматологічна поліклініка	05506589	1 482	
53.	Горішньоплавнівська міська стоматологічна поліклініка	24832478	968	
54.	Комунальне підприємство “Кременчуцький обласний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради”	01204207	1 147	
55.	Лубенський обласний шкірно-венерологічний диспансер	26434977	499	
56.	Комунальне некомерційне медичне підприємство “Кременчуцький міський стоматологічний центр”	42631629	1 097	

».

9) У Додатку 3 до Порядку:

пункт 1 викласти у такій редакції:

«1. Коефіцієнт збалансованості бюджету розраховується за такою формулою:

$$BRC_{plan} = \frac{Bud_{total} - Bud_{act}}{\sum (Cases_{plan_i} \times CMI_{plan_i} \times HLC_{plan_i})} \times \frac{1}{BR_{act}}$$

де BRC_{plan} – коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного та подальших звітних періодів;

Bud_{total} – сума використаних у минулих періодах резервних видатків та добутку запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за

всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів та коштів додатково виділених на пілот протягом звітного року. Добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів обраховуються станом на 15 січня 2020 р.;

Bud_{act} – добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і відповідних коригувальних коефіцієнтів;

$Cases_{plan_i}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за договором і;

SMI_{plan_i} – запланований середній індекс структури випадків у поточному та подальших звітних періодах за договором і;

HLC_{plan_i} – запланований коефіцієнт рівня стаціонару за договором і;

BR_{act} – добуток базової ставки та коефіцієнта збалансованості бюджету, що застосовувався у попередньому звітному періоді.»;

підпункти 2, 3, 4 пункту 2 виключити;

абзац вісімнадцятий замінити абзацами такого змісту:

«У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить менше одиниці, він підлягає перерахунку. При цьому до показника Bud_{total} додається невикористаний залишок резервних видатків, але не більше, ніж необхідно для досягнення значення коефіцієнта збалансованості бюджету, що дорівнює 1.

У період до 31 грудня 2019 року, у разі наявності залишку невикористаних резервних видатків станом на 1 грудня 2019 року під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету, такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету.

У період з 1 січня 2020 року у разі наявності залишку невикористаних резервних видатків станом на 1 березня 2020 року під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету, такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету. ».

3. Пункт 6 Порядку реімбурсації лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 135) (Офіційний вісник України, 2017 р., № 26, ст. 749; 2019 р., № 21, ст. 716), викласти в такій редакції:

“6. Електронні рецепти виписуються у межах помісячних обсягів бюджетних асигнувань, передбачених для реімбурсації лікарських засобів у плані асигнувань (за винятком надання кредитів з бюджету) загального фонду бюджету за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої фінансується програма державних гарантій медичного обслуговування населення. У разі, коли загальна вартість лікарських засобів за всіма виписаними електронними рецептами у відповідному місяці дорівнює сумі бюджетних асигнувань на реімбурсацію лікарських засобів за договорами про реімбурсацію,



встановлених у плані асигнувань (за винятком надання кредитів з бюджету) загального фонду на цей місяць, виписування електронних рецептів через електронну систему охорони здоров'я (далі - система) припиняється до початку наступного місяця.”.



З. Сканецько

Додаток до пояснювальної записки
до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання
реалізації державних фінансових гарантій медичного
обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020
рік»

ПРОГНОЗ ВПЛИВУ

реалізації акта на ключові інтереси заінтересованих сторін

1. Суттю проекту постанови є врегулювання порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік.

2. Вплив на ключові інтереси усіх заінтересованих сторін відображено у таблиці нижче.

Заінтересована сторона	Ключовий інтерес	Очікуваний (позитивний чи негативний) вплив на ключовий інтерес із зазначенням передбачуваної динаміки змін основних показників (у числовому або якісному вимірі)		Пояснення (чому саме реалізація акта призведе до очікуваного впливу)
		короткостроковий вплив (до року)	середньостроковий вплив (більше року)	
Заклади охорони здоров'я, що уклали або укладуть договір з НСЗУ	Отримання фінансування від НСЗУ	Позитивний	Позитивний	Короткостроковий та середньостроковий вплив буде проявлятися в тому, що прийняття проекту акта забезпечить продовження сталого фінансування через надання первинної медичної допомоги пацієнтам за програмою медичних гарантій.
Органи місцевого самоврядування, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я, що не підписали договори з НСЗУ	Мінімізація витратків місцевого бюджету на охорону здоров'я	Негативний	Негативний	У разі прийняття проекту акта, органи місцевого самоврядування будуть вимушені повністю фінансувати заклади охорони здоров'я з місцевого бюджету.

 З. Качура

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання
реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування
населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік»

1. Резюме

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» (далі – проект постанови) розроблено Міністерством охорони здоров'я України з метою врегулювання порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги, відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань та оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в рамках пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у Полтавській області на 2020 рік.

2. Проблема, яка потребує розв'язання

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон) було запроваджено фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам, в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ).

Новий принцип фінансування має запроваджуватись поступово для різних видів медичної допомоги.

Так, частиною другою розділу IV Прикінцевих та перехідних положень Закону передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

На виконання зазначеного положення постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 407 було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, а постановою Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2019 року № 1117 – Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік (далі – Порядок реалізації гарантій на 2019 рік).

НСЗУ наразі оплачує медичні послуги з первинної медичної допомоги, надані пацієнтам надавачами медичних послуг відповідно до договорів про медичне обслуговування населення, згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, затвердженими Порядком реалізації гарантій на 2019 рік.

Водночас у зв'язку з тим, що дія Порядку реалізації гарантій на 2019 рік закінчується 31 грудня 2019 року, виникла необхідність у розробці проекту постанови з метою врегулювання порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік.

Також проектом постанови вносяться зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» з метою врегулювання порядку та особливостей реалізації пілотного проекту у Полтавській області протягом I кварталу 2020 року.

Окрім того, згідно із пунктом 9 Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року № 131, до базової ставки застосовується, серед інших, коефіцієнт збалансованості бюджету. Він застосовується з метою недопущення перевищення загального обсягу видатків, передбачених бюджетною програмою «Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області». Під час розрахунку вказаного коефіцієнту було встановлено, що за рахунок заокруглень виникають певні відхилення, які повинні бути компенсовані.

Таким чином, з метою підвищення точності розрахунку коефіцієнту збалансованості бюджету та виключення можливості виникнення відхилень під час таких розрахунків, виникла необхідність внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області», зокрема до формули розрахунку коефіцієнта збалансованості бюджету.

Також проектом постанови пропонуються зміни до Порядку реімбурсації лікарських засобів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 року № 152 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року № 135) з метою удосконалення механізму розрахунку розміру реімбурсації лікарських засобів.

3. Суть проекту акта

Проектом вносяться зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій

медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік», зокрема до Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, постанови Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області», зокрема до Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, додатку 1 та додатку 3 до зазначеного Порядку, а також до Порядку реімбурсації лікарських засобів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 135).

Також проектом визначено порядок реалізації Національною службою здоров'я України програми медичних гарантій у 2020 році.

4. Вплив на бюджет

Реалізація проекту постанови потребує фінансування з державного чи місцевого бюджетів. Фінансово-економічні розрахунки додаються.

4-1. Відповідність законодавству у сфері державної допомоги

Проект акта не стосується надання державної допомоги суб'єктам господарювання.

5. Позиція заінтересованих осіб

Проект стосується прав закладів охорони здоров'я, що уклали або укладуть договір з Національною службою здоров'я України, та пацієнтів. Прогноз впливу додається.

6. Прогноз впливу

Проект є регуляторним актом. Аналіз регуляторного впливу додається.

За предметом правового регулювання проект постанови не матиме прямого впливу на розвиток регіонів, ринок праці, громадське здоров'я, екологію та навколишнє природне середовище, інші сфери суспільних відносин.

Проект не справлятиме негативного впливу на суспільні відносини.

7. Позиція заінтересованих органів

Проект потребує погодження з Міністерством фінансів України, Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України,

Державною регуляторною службою України, Державною аудиторською службою України, Державною казначейською службою України, Національною службою здоров'я України, Уповноваженим Президента України з прав осіб з інвалідністю, Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини та потребує правової експертизи в Міністерстві юстиції України.

8. Ризики та обмеження

Проект не містить положень, які мають ознаки дискримінації. Громадська антидискримінаційна експертиза не проводилась.

У проекті відсутні положення, які порушують принцип забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Проект не має правил і процедур, які можуть містити ризики вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією. Громадська антикорупційна експертиза не проводилась.

9. Підстава розроблення проекту акта

Проект постанови розроблено на виконання пункту 4 та 5 розділу IV «Прикінцеві та перехідні положення» Закону з урахуванням положень Бюджетного кодексу України та Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».

Міністр охорони здоров'я України

Зоряна СКАЛЕЦЬКА

ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНІ РОЗРАХУНКИ ДО ПРОЄКТУ АКТА
«Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій
медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій
на 2020 рік»

(назва проєкту)

Рівень бюджету державний

Початок реалізації проєкту, період, необхідний для його реалізації З моменту набрання чинності до кінця 2020 бюджетного року

Аналіз проблеми Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон) було запроваджено фінансування медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ). Новий принцип фінансування має запроваджуватись поступово для різних видів медичної допомоги.

Так, частиною другою розділу IV Прикінцевих та перехідних положень Закону передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

На виконання зазначеного положення постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407 було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, а постановою Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2019 р. № 1117 – Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік (далі – Порядок реалізації гарантій на 2019 рік).

НСЗУ наразі оплачує медичні послуги з первинної медичної допомоги, надані пацієнтам надавачами медичних послуг відповідно до договорів про медичне обслуговування населення згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, затвердженими Порядком реалізації гарантій на 2019 рік.

Водночас, у зв'язку з тим, що дія Порядку реалізації гарантій на 2019 рік закінчується 31 грудня 2019 року, виникла необхідність у розробці проєкту постанови Кабінету Міністрів України, яка б врегульовувала порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік. З цією метою розроблено проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» (далі – проєкт акта).

Проєктом акта також вносяться зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для

вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» з метою врегулювання порядку та особливостей реалізації пілотного проекту у Полтавській області протягом I кварталу 2020 року.

Окрім того, згідно із пунктом 9 Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної спеціалізованої медичної допомоги у Полтавській області (далі – Порядок), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 131, до базової ставки застосовується, серед інших, коефіцієнт збалансованості бюджету. Він застосовується з метою недопущення перевищення загального обсягу видатків, передбачених за бюджетною програмою КПКВК 2308030 «Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області». Під час розрахунку вказаного коефіцієнту було встановлено, що за рахунок заокруглень виникають певні відхилення, які повинні бути компенсовані.

Таким чином, з метою підвищення точності розрахунку коефіцієнту збалансованості бюджету та виключення можливості виникнення відхилень під час таких розрахунків, виникла необхідність внесення змін до зазначеного вище Порядку, зокрема до формули розрахунку коефіцієнта збалансованості бюджету.

Також проектом акта передбачено внесення змін до Порядку реімбурсації лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 135) з метою удосконалення механізму розрахунку розміру реімбурсації лікарських засобів.

Альтернативні варіанти вирішення проблеми проекту акту відсутні, оскільки будуть суперечити нормам чинного законодавства.

Шляхи реалізації проекту акта та очікувані результати реалізації проекту

Реалізація проекту акта потребує відкриття у 2020 році нової бюджетної програми, відповідальним виконавцем якої визначено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ). Зазначена бюджетна програма передбачена у додатку 3 до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» за КПКВК 2308060 «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» (далі – КПКВК 2308060).

Додаткової потреби у видатках з державного бюджету реалізація проекту акта не потребує, оскільки видатки на його реалізацію у повному обсязі враховані у загальному обсязі видатків на 2020 рік за КПКВК 2308060.

Обсяг видатків загального фонду державного бюджету, який буде спрямовано на реалізацію зазначеного проекту акта у 2020 році, становить 22 583 489,1 тис. грн., які розподіляються наступним чином:

- на оплату первинної медичної допомоги у сумі 19 136 906,5 тис. грн. (кількість укладених декларацій з населенням станом на 01.01.2020 орієнтовно складатиме – 30 501,3 тис. один., на 01.12.2020 – 33053,3 тис. один., середньомісячний приріст декларацій – 212,7 тис. один.; коригувальні коефіцієнти до капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, у розрізі вікових груп становлять: від 0 до 5 років – 2,465; від 6 до 17 років – 1,356; від 18 до 39 років – 0,616; від 40 до 64 років – 0,739; понад 65 років – 1,232);

- на оплату медичних послуг, що надаватимуться у рамках реалізації Пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою

медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області планується спрямувати 348 042,9 тис. гривень (кількість учасників пілотного проекту становитиме 56 закладів охорони здоров'я; розмір ставки на пролікований випадок – 1 534 гривні; очікувана кількість госпіталізацій, які планується оплатити в рамках реалізації пілотного проекту – 66,1 тисяч випадків);

- на оплату реімбурсації лікарських засобів, у тому числі реімбурсації лікарських засобів для лікування цукрового та нецукрового діабету планується спрямувати 3 098 539,7 тис. гривень. Чисельність пацієнтів, які отримують ліки, вартість яких буде повністю або частково реімбурсована за рахунок коштів для реалізації програми медичних гарантій, складатиме понад 2,5 млн. осіб, у тому числі ліки для лікування цукрового та нецукрового діабету планується відшкодувати 204,4 тис. осіб; середня вартість одного рецепту – 103,7 грн.).

Для проведених розрахунків використовувалися такі джерела інформації:

- первинна медична допомога – інформація щодо прогнозованої чисельності населення використана згідно з даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи Національної академії наук України, кількість внутрішньо переміщених осіб – згідно даних Міністерства соціальної політики, кількість підписаних декларацій – згідно з даними електронної системи охорони здоров'я (Додаток 1 до Фінансово-економічних розрахунків до проекту акта).

- пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області – використовувалася інформація, отримана за результатами проведеного аналізу фактичних результатів реалізації пілотного проекту в Полтавській області та макроекономічний показник – прогнозний індекс споживчих цін на 2020 рік році (Додаток 2 до Фінансово-економічних розрахунків до проекту акта)

- реімбурсація лікарських засобів, у тому числі реімбурсація препаратів інсуліну та лікарських засобів для лікування нецукрового діабету – використовувалися дані електронної системи охорони здоров'я.

Розрахунки обсягу витрат у розрізі напрямів за КПКВК 2308060, необхідного для реалізації у 2020 бюджетному році проекту акта, викладено у додатках до Фінансово-економічних розрахунків до проекту акта № 1, 2, 3.

Цільова аудиторія, якої стосується проект акта –

Цільовою аудиторією результатів реалізації проекту акта є громадяни, іноземці, особи без громадянства, які постійно проживають на території України, та особи, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, а також надавачі медичних послуг.

Зведені фінансово-економічні розрахунки

(тис. грн)

Показники	2018 рік			2019 рік			2020 рік		
	загальний фонд	спеціальний фонд	усього	загальний фонд	спеціальний фонд	усього	загальний фонд	спеціальний фонд	усього
1. Витрати							22 583 489,1		22 583 489,1

[illegible]

6.1. Зменшення витрат бюджету (-), усього									
з них: за бюджетними програмами (КПКВК або ТПКВКМБ/ТКВКБМС) та напрямками використання									
Збільшення надходжень бюджету (+), усього									
з них за видами:									

В.о. Генерального директора
Директорату медичних послуг
(керівник самостійного
структурного підрозділу
головного розробника проекту)


(підпис)

А. Чарухов
(ініціали та прізвище)

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 рік»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проекту акта	Пояснення змін
Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117 “Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік” (Урядовий кур’єр, 2018, 12, 22.12.2018 № 243 Офіційний вісник України, 2019, № 9, ст. 305)		
Назва постанови: Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік	Назва постанови: Деякі питання реалізації програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік	Необхідність продовження дії постанови на 2020 рік з унесенням відповідних змін.
Преамбула: Відповідно до пункту 2 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет Міністрів України постановляє:	Преамбула: Відповідно до пункту 4 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, Закону України “Про державний бюджет України на 2020 рік” Кабінет Міністрів України постановляє:	Приведення посилянь на законодавчі підстави у відповідність до законодавства.
1. Затвердити Порядок реалізації	1. Затвердити Порядок реалізації	Необхідність продовженням дії

державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, що додається.	державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік, що додається.	постанови на 2020 рік, з відповідними змінами.
2. Установити, що договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 26 грудня 2018 р. та не пізніше 30 листопада 2019 року.	2. Виключити	Дана норма була актуальна протягом 2019 року.
3. Внести у додаток 1 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 "Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій" (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570), зміну, що додається.	3. Виключити.	Втрата актуальності норми.
4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2019 року.	2. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2020 року.	У зв'язку із продовженням дії постанови на 2020 рік з унесенням відповідних змін.

ПОРЯДОК реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік (Урядовий кур'єр, 2018, 12, 22.12.2018 № 243 Офіційний вісник України, 2019, № 9, ст. 305)		
Назва нормативно-правового акта: Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік	Назва нормативно-правового акта: Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік	У зв'язку із продовженням дії Порядку на 2020 рік з унесенням відповідних змін.
1. Цей Порядок визначає особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, встановлює тарифи та коригувальні коефіцієнти.	1. Цей Порядок визначає особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік, встановлює тарифи та коригувальні коефіцієнти.	У зв'язку із продовженням дії Порядку на 2020 рік з унесенням відповідних змін.
3. В цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні: Зелений список — перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подані відновленому надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (дані — декларації), станом на 1 <u>число</u> відновленого місяця згідно з даними	3. В цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні: Пацієнти, які подали декларації — перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подали відповідному надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі — декларації), станом на 1 число відповідного місяця	У зв'язку із виключенням поняття «червоний список» доцільно також виключити поняття «зелений список». Для позначення відповідної категорії пацієнтів використовуватиметься поняття «пацієнти, які подали декларації».

електронній системі охорони здоров'я; червоний етикет — непереоціфкована умовна кількість пацієнтів комунікаційного закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 11 цього Порядку.	згідно з даними електронної системи охорони здоров'я. Виключити	Згідно зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 03.04.2019 № 295, тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку, діяв до 31 березня 2019 року.
4. Перелік послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг), пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програм медичних гарантій на 2019 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ. 5. Тарифи за 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;	4. Перелік послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг), пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій на 2020 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ. 5. Тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюється як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, протягом календарного року та становить 600,48 гривень на	4. У зв'язку із продовженням дії Порядку на 2020 рік з унесенням відповідних змін. 5. Згідно зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 03.04.2019 № 295, тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку, діяв до 31 березня 2019 року. У зв'язку із цим тариф за надання послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, включає обслуговування одного пацієнта із зеленого списку.

за одного пацієнта, включеного до червеного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я до 31 березня 2019 р. включно), 120 гривень на рік.	рік. Виключити	З метою забезпечення розрахунку тарифів на оплату медичних послуг за програмою медичних гарантій за єдиними правилами, з 2020 року запроваджується базова (середньозважена) капітаційна ставка для ПМД, до якої будуть застосовуватися підвищуючі та понижуючі коригувальні коефіцієнти, при цьому тарифи для пацієнтів різних вікових груп залишаються незмінними.
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;	6. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта: від 0 до 5 років - 2,465; від 6 до 17 років - 1,356;	Зміна значень коригувальних коефіцієнтів у зв'язку із зміною підходу до обрахунку капітаційної ставки (див. пояснення до п. 5).

від 18 до 39 років - 4; від 40 до 64 років - 1,2; понад 65 років - 2.	від 18 до 39 років - 0,616; від 40 до 64 років - 0,739; понад 65 років - 1,232.	Виправлення орфографічної помилки.
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.	7. Якщо медичне обслуговування пацієнта, який подав декларацію, 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. До тарифу на медичне обслуговування	8. До тарифу на медичне	

пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту: Рівень перевищення ліміту Коефіцієнт	обслуговування пацієнтів, які подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту: Рівень перевищення ліміту Коефіцієнт	Уточнення коефіцієнтів, які застосовуються до тарифу при перевищенні встановленого обсягу оптимальної практики у зв'язку із зміною підходу до обрахунку капітаційної ставки (див. пояснення до п. 5).
Від 110 відсотків ліміту + 1 декларація до 120 відсотків ліміту включно 0,8	Від 100 відсотків ліміту + 1 декларація до 110 відсотків ліміту включно 0,616	
Від 120 відсотків ліміту + 1 декларація до 130 відсотків ліміту включно 0,6	Від 110 відсотків ліміту + 1 декларація до 120 відсотків ліміту включно 0,493	
Від 130 відсотків ліміту + 1 декларація до 140 відсотків ліміту включно 0,4	Від 120 відсотків ліміту + 1 декларація до 130 відсотків ліміту включно 0,370	
Від 140 відсотків ліміту + 1 декларація до 150 відсотків ліміту включно 0,2	Від 130 відсотків ліміту + 1 декларація до 140 відсотків ліміту включно 0,246	
Від 150 відсотків ліміту + 1 декларація і всі наступні 0	Від 140 відсотків ліміту + 1 декларація до 150 відсотків ліміту включно 0,123	
Від 150 відсотків ліміту + 1 декларація і всі наступні 0	Від 150 відсотків ліміту + 1 декларація і всі наступні 0	
Розподіл пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації	Розподіл пацієнтів, які подали декларації понад ліміт, за віковими	

понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації про вибір лікаря, який працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.	групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, які подали декларації про вибір лікаря, який працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.	
10. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пунктах 6 і 7 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з нервовою медичною допомогою пацієнтам, включених до червоного списку.	Виключити	Згідно зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 03.04.2019 № 295, тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку, діяв до 31 березня 2019 року.
11. Кількість пацієнтів, включених до червоного списку, для надавачів	Виключити	Згідно зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів

України від 03.04.2019 № 295, тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку, діяв до 31 березня 2019 року.	медичних послуг, які є комунальними закладами охорони здоров'я, розраховується щомісяця до 31 березня 2019 р. включно за такою формулою: $\text{ЦС} = \text{ІН} \times (1 - \text{ЗС} / \text{СІНН});$ де ЦС — кількість пацієнтів, включених до червоного списку; ІН — 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 подані декларації, 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 або об'єднаної територіальної громади); СІНН — сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується всіма 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 або 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.		Постанова Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» (Урядовий кур'єр, 2019, 02, 28.02.2019, № 40) Офіційний вісник України, 2019, № 21, ст. 714)	Назва постанови Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області	Назва постанови Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області	Приведення назви нормативно-правового акту та його норм у відповідність до нового українського правопису.	Відповідно до пункту 3 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та статті 23 Закону України	Відповідно до пункту 4 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет	Приведення посилань на законодавство у відповідність до норм, які діятимуть у 2020 році.
--	--	---	---	---	--	--	--	---

“Про Державний бюджет України на 2019 рік” Кабінет Міністрів України постановляє:	Міністрів України постановляє:	
1. Запровадити з 1 квітня по 31 грудня 2019 р. пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області (далі - пілотний проект).	1. Запровадити з 1 квітня 2019 року по 31 березня 2020 року пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області (далі - пілотний проект).	Зазначено період, впродовж якого буде реалізовуватися проект у 2020 році відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».
2. Затвердити такі, що додаються: Порядок здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області	2. Затвердити Порядок здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області	Приведення у відповідність до нового українського правопису.
3. Установити, що: 1) на період дії пілотного проекту норми, визначені третім пунктом 2 постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник	3. Установити, що: 1) на період дії пілотного проекту норми, визначені абзацом третім пункту 2 постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій”	На підставі змін 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. № 410.

України, 2018 р., № 45, ст. 1570) та пунктами 7, 11 і 12 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410, до договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проектом не застосовуються;	(Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570) та пунктами 5-9 і 11-23 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410, до договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проектом не застосовуються, інші особливості укладення договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проектом визначаються в оголошенні;	Зазначено період, впродовж якого буде реалізовуватися проект у 2020 році відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».
2) договори про медичне обслуговування населення за пілотним проектом укладаються до 15 березня 2019 р. в електронній формі з дотриманням законодавства про електронний документообіг на строк з 1 квітня по 31 грудня 2019 року.	2) договори про медичне обслуговування населення за пілотним проектом укладаються до 15 січня 2020 року включно в електронній формі з дотриманням законодавства про електронний документообіг на строк з 1 січня по 31 березня 2020 року;	Строк в один місяць, необхідний для здійснення остаточних розрахунків за договорами за проектом.
Положення відсутнє.	3) до 30 квітня 2020 року (включно) здійснюється оплата медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за пілотним проектом.	

4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2019 року.	4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 30 квітня 2020 року.	Зазначено термін реалізації проєкту у 2020 році відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» плюс один місяць для проведення остаточних розрахунків.
Порядок здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 131 (Урядовий кур'єр, 2019, 02, 28.02.2019, № 40 Офіційний вісник України, 2019, № 21, ст. 714)		
Назва нормативно-правового акта Порядок здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області	Назва нормативно-правового акта Порядок здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області	Приведення назви нормативно-правового акту та його норм у відповідність до нового українського правопису.
1. Цей Порядок регулює механізм здійснення пілотного проєкту, який фінансується за бюджетною програмою “Пілотний проєкт з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої)	1. Цей Порядок регулює механізм здійснення пілотного проєкту, який фінансується за бюджетною програмою “Програма державних гарантій медичного обслуговування населення” (далі - пілотний проєкт), тарифи і коригувальні коефіцієнти.	Оскільки згідно із Законом України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» пілотний проєкт здійснюється в межах програми медичних гарантій.

медичної допомоги у Полтавській області” (далі - пілотний проект), тарифи і коригувальні коефіцієнти.		
2. Дія цього Порядку поширюється на комунальні заклади охорони здоров'я, на базі яких здійснюється пілотний проект, що зазначені в додатку 1, або правонаступників таких закладів.	2. Дія цього Порядку поширюється на комунальні заклади охорони здоров'я, на базі яких здійснюється пілотний проект, що зазначені в додатку 1, або правонаступників таких закладів.	Приведення у відповідність до нового українського правопису.
4. У пілотному проекті мають право брати участь комунальні заклади охорони здоров'я, зазначені в додатку 1, або їх правонаступники за умови, що вони відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) (далі - учасники пілотного проекту).	4. У пілотному проекті мають право брати участь комунальні заклади охорони здоров'я, зазначені в додатку 1, або їх правонаступники за умови, що вони відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) (далі - учасники пілотного проекту).	Приведення у відповідність до нового українського правопису.
5. НСЗУ у межах пілотного проекту укладає з учасниками пілотного проекту	5. НСЗУ у межах пілотного проекту укладає з учасниками пілотного проекту	Приведення у відповідність до нового українського правопису.

договори про медичне обслуговування населення на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги, крім послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501) (далі - договір).	проект договори про медичне обслуговування населення на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги, крім послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501) (далі - договір).	Визначено, що при формуванні орієнтовної ціни у випадку, коли договір укладено з учасником пілотного проекту на надання медичних послуг стаціонарної допомоги, застосовується, серед інших, коефіцієнт збалансованості бюджету з метою недопущення перевищення загальної ціни договору; Приведення у відповідність до нового українського правопису. Зазначено період, впродовж якого буде реалізовуватися
6. Загальна орієнтовна ціна, на яку укладається договір, розраховується як сума глобальних ставок на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги і медичні послуги стаціонарної допомоги, що зазначені в додатку 1. У разі коли договір з учасником пілотного проекту, крім обласних наркологічних диспансерів, укладається на надання медичних послуг стаціонарної допомоги, до суми глобальних ставок додається добуток запланованої кількості пролікованих випадків, ставки на пролікований випадок, запланованого	6. Загальна орієнтовна ціна, на яку укладається договір, розраховується як сума глобальних ставок на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги і медичні послуги стаціонарної допомоги, що зазначені в додатку 1. У разі, коли договір з учасником пілотного проекту, крім обласних наркологічних диспансерів, укладається на надання медичних послуг стаціонарної допомоги, до суми глобальних ставок додається добуток запланованої кількості пролікованих	

середнього індексу структури випадків та коефіцієнта рівня стаціонару відповідного учасника пілотного проекту. Запланована кількість пролікованих випадків визначається згідно з інформацією, наданою департаментом охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації за попередні періоди, та зазначається в договорі. Запланований середній індекс структури випадків відповідного учасника пілотного проекту зазначається в договорі та розраховується за формулою:	випадків, ставки на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури рівня стаціонару коефіцієнта рівня стаціонару відповідного учасника пілотного проекту та коефіцієнта збалансованості бюджету. До 31 грудня 2019 року добуток запланованої кількості ставок на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків, коефіцієнта рівня стаціонару на період визначається за період з 1 квітня по 31 грудня 2019 року.	проект у 2020 році відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».
$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan,i} \times RW_i}{Cases_{plan}}$ де CMI_{plan} - запланований середній індекс структури випадків для відповідного учасника пілотного проекту; $Cases_{plan,i}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за діагностично спорідненою групою i для відповідного учасника пілотного проекту; RW_i - ваговий коефіцієнт діагностично спорідненої групи i;	3 1 січня 2020 року добуток запланованої кількості ставок на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків, коефіцієнта рівня стаціонару на період визначається за період з 1 січня 2020 року по 31 березня 2020 року. Запланована кількість пролікованих випадків визначається згідно з даними звітів про надані послуги за договорами про медичне обслуговування населення за пілотним проектом у 2019 році та	Оскільки НСЗУ вже має необхідні дані зі звітів за проектом про послуги, надані у 2019 році, потреба у наданні інформації департаментом охорони здоров'я відсутня.

$Cases_{plan}$ - загальна запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги для відповідного учасника пілотного проекту. Різниця між загальною орієнтовною ціною всіх укладених договорів станом на 1 квітня 2019 р. та загальною сумою бюджетних асигнувань, передбачених для здійснення пілотного проекту, дорівнює сумі резервних видатків. У межах резервних видатків може бути збільшено загальну орієнтовну ціну договорів у наступних періодах із внесенням відповідних змін до договорів.	зазначається в договорі. Запланований середній індекс структури випадків відповідного учасника пілотного проекту зазначається в договорі та розраховується за формулою: $CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_i} \times RW_i}{Cases_{plan}}$ де CMI_{plan} - запланований середній індекс структури випадків для відповідного учасника пілотного проекту; $Cases_{plan_i}$ - запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за діагностично спорідненою групою i для відповідного учасника пілотного проекту; RW_i - ваговий коефіцієнт діагностично спорідненої групи i; $Cases_{plan}$ - загальна запланована кількість медичних послуг стаціонарної відповідного учасника пілотного проекту. Різниця між загальною орієнтовною ціною всіх укладених договорів станом на 15 січня 2020 р. та загальною сумою бюджетних асигнувань,	Оскільки договори будуть підписані орієнтовно не раніше 10 січня 2020 року (після затвердження кошторису НСЗУ).
--	--	--

	передбачених для здійснення пілотного проєкту у 2020 році , дорівнює сумі резервних видатків. У межах резервних видатків може бути збільшено загальну орієнтовну ціну договорів у наступних періодах із внесенням відповідних змін до договорів.	
7. Для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічної допомоги, у тому числі послуг, що надаються в умовах денного стаціонару, застосовується тариф у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 квітня до 31 грудня 2019 р. згідно з додатком 1.	7. Для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічної допомоги, у тому числі послуг, що надаються в умовах денного стаціонару, застосовується тариф у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 січня до 31 березня 2020 р. згідно з додатком 1.	Зазначено період, впродовж якого буде реалізовуватися проєкт у 2020 році відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».
8. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги, що надаються усіма учасниками пілотного проєкту, крім обласних наркологічних диспансерів, використовується комбінація тарифів у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 квітня до 31 грудня 2019 р. та ставки на пролікований випадок. Для оплати стаціонарної допомоги в обласних	8. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги, що надаються усіма учасниками пілотного проєкту , крім обласних наркологічних диспансерів, використовується комбінація тарифів у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 січня до 31 березня 2020 р. та ставки на пролікований випадок. Для оплати медичних послуг стаціонарної	Зазначено період, впродовж якого буде реалізовуватися проєкт у 2020 році відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».

наркологічних диспансерах застосовується тільки тариф у вигляді глобальної ставки. Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги для учасників пілотного проекту встановлений у додатку 1. Розмір ставки на пролікований випадок (далі - базова ставка) становить 1421 гривню.	допомоги в обласних наркологічних диспансерах застосовується тільки тариф у вигляді глобальної ставки. Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги для учасників пілотного проекту встановлений у додатку 1. Розмір ставки на пролікований випадок (далі - базова ставка) становить 1534 гривні.	Базову ставку встановлено враховуючи індекс споживчих цін на 2020 рік у розмірі 106 % (постанова Кабінету Міністрів України від 15.05.2019 № 555 «Про схвалення Прогнозу економічного і соціального розвитку України на 2020-2022 роки») та додаткові 2 відсоткових пункти (лист Міністерства фінансів України від 03.09.2019 № 04110-09-10/22087). Таким чином, зростання базової ставки на 8% у порівнянні з поточним роком відповідає темпу зростання заробітної плати працівників бюджетних установ та передбачена Міністерством фінансів України при розрахунку відповідних видатків.
9. До базової ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:	9. До базової ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:	Уточнення коефіцієнтів, приведення у відповідність до нового

2) коефіцієнти рівня стаціонару, що становлять: для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проєкту, що перебувають в управлінні обласної ради, - 1,3; для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проєкту, що перебувають в управлінні міської або районної ради, - 1; 3) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал за наведеною в додатку 3.	2) коефіцієнти рівня стаціонару, що становлять: для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проєкту, що перебувають в управлінні обласної ради, - 1,3; для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проєкту, що перебувають в управлінні міської або районної ради, - 1; 3) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал за формулою, наведеною в додатку 3. Встановити, що станом на 1 січня 2020 року коефіцієнт дорівнює 1. Тимчасово, до 31 грудня 2019 року включно, добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів, який входить до параметру «Bud_{total}» у формулі розрахунку коефіцієнту збалансованості бюджету, наведеної в додатку 3, обраховується станом	українського правопису. Фіксація значення коефіцієнта збалансованості бюджету станом на 1 січня зумовлена необхідністю фіксації значення коефіцієнта збалансованості бюджету до першого перерахунку, у зв'язку з наявністю у формулі розрахунку коефіцієнта збалансованості бюджету показника BR_{act}.
--	---	--

на 1 квітня 2019 року.		
10. Сума оплати за медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги за місяць розраховується як 1/9 розміру глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги.	10. Сума оплати за медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги за місяць розраховується як 1/3 розміру глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги.	Оскільки проєкт буде реалізовуватися не 9 (як у 2019 році), а 3 місяці.
11. Сума оплати за медичні послуги стаціонарної допомоги за місяць розраховується як сума 1/9 розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги та добутку загальної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично спорідненою групою, базової ставки, вагового коефіцієнта відповідної діагностично спорідненої групи, коефіцієнта рівня стаціонару учасника пілотного проєкту, коефіцієнта збалансованості бюджету, що застосовується у відповідному періоді. При цьому для розрахунку суми оплати враховуються лише проліковані випадки, про які надавач медичних послуг подав інформацію НСЗУ та які зазначені у звіті про медичні послуги, щодо якого НСЗУ не було подано заперечень чи зауважень. Сума оплати стаціонарної допомоги в обласних	11. Сума оплати за медичні послуги стаціонарної допомоги за місяць розраховується як сума 1/3 розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги та добутку загальної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично спорідненою групою, базової ставки, вагового коефіцієнта відповідної діагностично спорідненої групи, коефіцієнта рівня стаціонару учасника пілотного проєкту, коефіцієнта збалансованості бюджету, що застосовується у відповідному періоді. При цьому для розрахунку суми оплати враховуються лише проліковані випадки, про які надавач медичних послуг подав інформацію НСЗУ та які зазначені у звіті про медичні послуги, щодо якого НСЗУ не було подано заперечень чи зауважень. Сума оплати стаціонарної	Оскільки проєкт буде реалізовуватися не 9 (як у 2019 році), а 3 місяці.

наркологічних диспансерах за місяць розраховується як 1/9 розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги.	допомоги в обласних наркологічних диспансерах за місяць розраховується як 1/3 розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги.	
12. Учасники пілотного проекту зобов'язані подавати НСЗУ таку інформацію: ... не рідше ніж раз на квартал до 20 числа місяця, наступного за звітним періодом (в останньому кварталі року - до 20 грудня), - звіт про доходи та витрати закладу охорони здоров'я, що повинен містити інформацію, передбачену договором, а також інформацію про структуру та кількість наданих амбулаторно-поліклінічних послуг.	12. Учасники пілотного проекту зобов'язані подавати НСЗУ таку інформацію: до 20 квітня 2020 р. - звіт про доходи та витрати закладу охорони здоров'я, що повинен містити інформацію, передбачену договором, а також інформацію про структуру та кількість наданих амбулаторно-поліклінічних послуг.	Оскільки проєкт буде реалізовуватися не 9 (як у 2019 році), а 3 місяці.
15. У разі коли медичні послуги, крім послуг, визначених у пункті 5 цього Порядку, повністю або частково оплачуються за рахунок страхових виплат або коштів фізичних та юридичних осіб, не заборонених законодавством, такі послуги оплачуються НСЗУ в частині, не покритій відповідними платежами. У	15. У разі коли медичні послуги, крім послуг, визначених у пункті 5 цього Порядку, повністю або частково оплачуються за рахунок страхових виплат або коштів фізичних та юридичних осіб, не заборонених законодавством, такі послуги оплачуються НСЗУ в частині, не покритій відповідними платежами. У	Приведення у відповідність до нового українського правопису.

такому разі учасник пілотного проекту зобов'язаний подати НСЗУ разом із звітом про медичні послуги інформацію щодо джерел та сум оплати наданих медичних послуг, а також розрахунок частини вартості послуг, яка підлягає оплаті за договором з НСЗУ.	такому разі учасник пілотного проекту зобов'язаний подати НСЗУ разом із звітом про медичні послуги інформацію щодо джерел та сум оплати наданих пацієнтам медичних послуг, а також розрахунок частини вартості послуг, яка підлягає оплаті за договором з НСЗУ.	
16. Учасники пілотного проекту мають право брати участь в інших пілотних проектах у встановленому законодавством порядку.	16. Учасники пілотного проекту мають право брати участь в інших пілотних проектах у встановленому законодавством порядку.	Приведення у відповідність до нового українського правопису.
17. Пілотний проект проводиться на умовах співфінансування з місцевих бюджетів, за рахунок яких здійснюється оплата вартості енергоносіїв учасників пілотного проекту, а також фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які не в тому числі здійснення видатків, які не забезпечені надходженнями за договорами з НСЗУ, надання населенню лікарських засобів безоплатно і на пільгових умовах згідно з постановами Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 "Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску	17. Пілотний проект проводиться на умовах співфінансування з місцевих бюджетів, за рахунок яких здійснюється оплата вартості комунальних послуг та енергоносіїв учасників пілотного проекту, а також фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, в тому числі здійснення видатків, які не забезпечені надходженнями за договорами з НСЗУ, надання населенню лікарських засобів безоплатно і на пільгових умовах згідно з постановами Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998	Приведення у відповідність до нового українського правопису.

лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань” (Офіційний вісник України, 1998 р., № 33, ст. 1241) та від 3 грудня 2009 р. № 1301 “Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами” (Офіційний вісник України 2009 р., № 94, ст. 3210).	р. № 1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань” (Офіційний вісник України, 1998 р., № 33, ст. 1241) та від 3 грудня 2009 р. № 1301 “Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами” (Офіційний вісник України 2009 р., № 94, ст. 3210).
Додаток 1 до Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 131 (Урядовий кур'єр, 2019, 02, 28.02.2019, № 40 Офіційний вісник України, 2019, № 21, ст. 714)	
Перелік комунальних закладів охорони здоров'я, на базі яких здійснюється пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, розмір глобальних ставок	Перелік комунальних закладів охорони здоров'я, на базі яких здійснюється пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, розмір глобальних ставок
тис. гривень	тис. гривень
	При розрахунку вартості однієї

Найменування комунального закладу охорони здоров'я	Код згідно з ЄДРПОУ	Розмір глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги	Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги	Найменування комунального закладу охорони здоров'я	Код згідно з ЄДРПОУ	Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги	Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги	послуги враховано індекс споживчих цін на 2020 рік у розмірі 106% (постанова Кабінету Міністрів України від 15.05.2019 року № 555 "Про схвалення Прогнозу економічного і соціального розвитку України на 2020-2022 роки") та додаткові 2 відсоткових пункти (лист Міністерства фінансів України до головних розпорядників від 03.09.2019 № 04110-09-10/22087). Таким чином, зростання вартості послуг на 8% у порівнянні з поточним роком відповідає темпу зростання заробітної плати працівників бюджетних установ та передбачена Міністерством фінансів України при розрахунку відповідних видатків.
1. Комунальне підприємство во "1-а міська лікарня Полтавської міської ради"	01999655	9 568	10 688	1. Комунальне підприємство "1-а міська лікарня Полтавської міської ради"	01999655	3 444	3 848	
2. Комунальне підприємство во "2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01999721	3 294	6 889	2. Комунальне підприємство "2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01999721	1 186	2 480	
3. Комунальне підприємство во "3-я	01111581	1 922	4 756					

міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"			міської ради"		
4. Комунальне підприємств во "4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01999678	15 722	2 740	3. Комунальне підприємство "3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	011115 81 692 1 712
5. Комунальне підприємств во "5-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01204377	3 984		4. Комунальне підприємство "4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	019996 78 5 660 986
6. Комунальне підприємств во "Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	01999684	9 102	16 735	5. Комунальне підприємство "5-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	012043 77 1 434
				6. Комунальне підприємство "Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради"	019996 84 3 277 6 025

Полтавської міської ради			міської ради		
7. Комунальне підприємство во	01999690	1 107	9 494	7. Комунальне підприємство "Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради"	019996 90 399 3 418
8. Комунальне некомерційне медичне підприємство "Кременчуцька перша міська лікарня ім. О.Т. Богаєвського"	01999613	2 538	8 123	8. Комунальне некомерційне медичне підприємство "Кременчуцька перша міська лікарня ім. О.Т. Богаєвського"	019996 13 914 2 924
9. Комунальне некомерційне медичне підприємство "Кременчуцька міська лікарня ім. О.Т. Богаєвського"	01204294	2 538	6 904	9. Комунальне некомерційне медичне підприємство "Кременчуцька міська лікарня "Правобережна"	012042 94 914 2 485
10. Комунальне некомерційне підприємство				10 Комунальне некомерційне	413188 2 376 3 799

“Кременчуцька міська лікарня “Правобережна” 10 Комунальне підприємство “Лікарня інтенсивного лікування “Кременчуцька”	41318879 6 600 10 553 11 Комунальне підприємство “Лікарня інтенсивного лікування “Кременчуцька”	79 1 097	
11 Комунальне підприємство “Лікарня інтенсивного лікування “Кременчуцька”	01204147 3 046	012041 47 1 983 4 386	
12 Комунальне підприємство “Кременчуцька міська дитяча лікарня”	05385571 5 507 12 184	019996 32 1 418 3 348	

13 Комунальне підприємство медичного підприємства во "Кременчуцький перинатальний центр Північ"	01999632	3 938	9 301	рівня"		
14 Комунальне підприємство медичного підприємства во "Лікарня Придніпровська"	01111598	305	3 198	14 Комунальне підприємство медичного підприємства "Лікарня інтенсивного лікування І рівня м. Горішні Плавні"	01111598	110 1 151
15 Комунальне підприємство медичного підприємства во "Лікарня Придніпровська"	01999626	5 377	11 711	15 Комунальне підприємство медичного підприємства "Лікарня інтенсивного лікування І рівня м. Горішні Плавні"	01999626	1 936 4 216
16 Комунальне підприємство медичного підприємства во "Лікарня Придніпровська"	01999388	4 317	4 847	16 Комунальне підприємство медичного підприємства "Лікарня інтенсивного лікування" Лубенської міської ради	01999388	4 317 4 847

області					
16 Комунальне підприємство во “Лубенська лікарня інтенсивного лікування” Лубенської міської ради	01999388	11 992	13 465	17 Комунальне підприємство “Великобагачанська центральна районна лікарня” Великобагачанської районної ради Полтавської області	019992 01 1 239 1 605
17 Комунальне підприємство во “Великобагачанська центральна районна лікарня” Великобагачанської районної ради Полтавської області	01999201	3 441	4 457	18 Комунальне підприємство “Гадяцька центральна районна лікарня” Гадяцької районної ради	019992 18 3 514 3 389
18 Комунальне підприємство во “Великобагачанська центральна районна лікарня” Великобагачанської районної ради Полтавської області	01999218	9 762	9 413	19 Комунальне підприємство “Глобинська центральна районна лікарня” Глобинської	019992 24 2 830 2 771

не підприємство во “Гадяцька центральна районна лікарня” Гадяцької районної ради			районної ради Полтавської області		
19 Комунальне підприємство медичного підприємства “Глобінська центральна районна лікарня” Глобінської районної ради Полтавської області	01999224	7 861	7 696	20 Комунальне підприємство “Гребінківська центральна районна лікарня” Гребінківської районної ради Полтавської області”	019992 53 747 1 867
20 Комунальне підприємство не підприємство во “Гребінківська центральна районна лікарня”	01999253	2 074	5 187	21 Комунальне підприємство “Диканська лікарня планового лікування” Диканської районної ради Полтавської області	019992 65 1 473 987
21 Комунальне підприємство “Диканська лікарня планового лікування” Диканської районної ради Полтавської області	01999253	2 074	5 187	22 Комунальне підприємство “Зінківська центральна районна лікарня”	019992 76 2 031 2 235

ька центральна районна лікарня Гребінківсь кої районної ради Полтавської області”				Зінківської районної ради Полтавської області		
21 Комунальне підприємство “Диканська лікарня планового лікування” Диканської районної ради	01999265	4 091	2 742	23 Комунальне підприємство “Карлівська центральна районна лікарня ім. Л.В. Радевича”	019992 99	2 160 2 107
22 Комунальне підприємство “Зінківська центральна районна лікарня”	01999276	5 641	6 208	24 Комунальне підприємство “Кобеляцька центральна районна лікарня” Кобеляцької районної ради Полтавської області	019993 07	2 041 2 895
				25 Комунальне підприємство “Козельщинська центральна районна	019993 20	1 338 976

Зінківської районної ради Полтавської області			лікарня” Козельщинськ ої районної ради Полтавської області	
23 Комунальне некомерційне підприємство во “Карлівська центральна районна лікарня ім. Л.В. Радевича”	01999299	6 000	26 Комунальне некомерційне підприємство Котелевська центральна районна лікарня Котелевської районної ради	019993 36 1 182 1 231
24 Комунальне некомерційне підприємство во “Кобеляцьк а центральна районна лікарня” Кобеляцько ї районної ради Полтавської області	01999307	5 669	27 Комунальне некомерційне підприємство Кременчуцько ї районної ради “Кременчуцьк а центральна районна лікарня”	019993 42 2 493 2 594
		8 043	28 Комунальне некомерційне підприємство Лохвицька районна	019993 59 2 794 2 687
		5 852		

25 Комунальне підприємство «Козельщинська центральна районна лікарня» Козельщинської районної ради Полтавської області	01999320	3 717	2 711
26 Комунальне підприємство Котелевська центральна районна лікарня Котелевської районної ради	01999336	3 284	3 419
27 Комунальне підприємство	01999342	6 924	7 206
лікарня Лохвицької районної ради			
29 Комунальне підприємство «Машівська центральна районна лікарня» Машівської районної ради Полтавської області	01999394	1 267	1 173
30 Комунальне підприємство «Миргородська центральна районна лікарня» Миргородської районної ради	01999402	2 605	6 039
31 Комунальне підприємство «Новосанжарська центральна	01999425	2 246	2 058

. не підприємств во Кременчуцької районної ради “Кременчуцька центральна районна лікарня”	районна лікарня Новосанжарської районної ради Полтавської області”	
28 Комунальне підприємство . не підприємств во Лохвицька районна лікарня Лохвицької районної ради	32 Комунальне підприємство . не підприємств “Оржицька центральна районна лікарня” Оржицької районної ради Полтавської області	019994 48 1 648 1 436
29 Комунальне підприємство . не підприємств во “Машівська центральна районна	33 Комунальне підприємство . не підприємств “Пирятинська центральна районна лікарня” Пирятинської районної ради	019994 60 1 791 2 127
34 Комунальне підприємство	34 Комунальне підприємство	019994 77 3 538 4 481

лікарня” Машівської районної ради Полтавської області				“Полтавська центральна районна лікарня” Полтавської районної ради			
30 Комунальне підприємство “Миргородська центральна районна лікарня” Миргородської районної ради	01999402	7 237	16 776	35 Комунальне підприємство “Решетилівська центральна районна лікарня Решетилівської районної ради Полтавської області”	019994 83	1 645	1 431
31 Комунальне підприємство “Новосанжарська центральна районна лікарня Новосанжар	01999425	6 238	5 717	36 Комунальне підприємство “Семенівська центральна районна лікарня Семенівської районної ради	019994 94	1 673	1 558
				37 Комунальне підприємство “Хорольська	019995 14	1 608	2 484

ської районної ради Полтавської області"			центрально районна лікарня"	
32 Комунальне некомерцій не підприємст во "Оржицька центрально районна лікарня" Оржицької районної ради Полтавської області	01999448	4 577	3 988	
33 Комунальне некомерцій не підприємст во "Пирятинсь ка центрально районна лікарня" Пирятинськ ої районної	01999460	4 975	5 908	
38 Комунальне некомерційне підприємство "Чорнухинськ а районна лікарня" Чорнухинсько ї районної ради Полтавської області	019995 20	818	545	
39 Комунальне некомерційне підприємство "Чутівська центрально районна лікарня"	019995 37	1 610	1 284	
40 Комунальне некомерційне підприємство "Шишацька центрально	019995 43	733	1 549	

ради			районна лікарня”	
34 Комунальне підприємство	01999477	9 828	Шишацької районної ради	
не підприємство		12 448	Полтавської області	
во				
“Полтавська центральна районна лікарня”			41 Комунальне підприємство	019991 06
Полтавської районної ради			“Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського	2 661
			Полтавської обласної ради”	24 780
ради				
35 Комунальне підприємство	01999483	4 570	42 Комунальне підприємство	012043 48
не підприємство		3 976	“Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня	2 384
во			Полтавської обласної ради”	4 470
“Решетилівська центральна районна лікарня				
Решетилівської районної ради			43 Комунальне підприємство	019991 12
Полтавської області”			“Обласна клінічна лікарня	2 084
				2 796

36 Комунальне підприємство "Семенівська центральна районна лікарня" Семенівської районної ради	01999494	4 646	4 329	Відновлення та діагностики з обласними центрами планування сім'ї та репродукції людини, медичної генетики Полтавської обласної ради"
37 Комунальне некомерційне підприємство "Хорольська центральна районна лікарня" Хорольської районної ради Полтавської області	01999514	4 468	6 899	44 Комунальне підприємство "Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради"
38 Комунальне некомерційне підприємство	01999520	2 271	1 513	45 Комунальне підприємство "Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської
				61
				2 815
				612
				1 455
				020089
				68

“Чорнухинська районна лікарня” Чорнухинської районної ради Полтавської області	обласної ради”	
39 Комунальне підприємство “Чутівська центральна районна лікарня”	46 Комунальне підприємство “Полтавський обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	019841 51 1 226 2 107
40 Комунальне підприємство “Шишацька центральна районна лікарня” Шишацької районної ради Полтавської	47 Комунальне підприємство “Кременчуцький обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	139614 03 502 1 249
49 Комунальне підприємство “3-я міська клінічна	48 Комунальне підприємство “Лубенський обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	264350 08 373 249
	49 Комунальне підприємство “3-я міська клінічна	019995 95 3 001

області				поліклініка Полтавської міської ради”		
41 Комунальне підприємство во “Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради”	01999106	7 393	68 833	50 Комунальне підприємство “Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка Полтавської міської ради”	012043 94	1 420
42 Комунальне підприємство во “Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня Полтавської обласної ради”	01204348	6 623	12 416	51 Комунальне некомерційне медичне підприємство “Міська дитяча стоматологічна поліклініка”	012042 36	686
43 Комунальне підприємство во “Обласна клінічна лікарня	01999112	5 788	7 768	52 Лубенська міська комунальна стоматологічна поліклініка	055065 89	1 482
				53 Горішньоплавнівська міська стоматологічна	248324 78	968

відновного лікування та діагностики з обласними центрами планування сім'ї та репродукції людини, медичної генетики Полтавської обласної ради"		
44 Комунальне підприємство "Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради"	02008968 4 043 1 700	а поліклініка 54 Комунальне підприємство "Кременчуцький обласний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради" 012042 07 1 147 55 Лубенський обласний шкірно-венерологічний диспансер 264349 77 499 56 Комунальне підприємство "Кременчуцький міський стоматологічний центр" 426316 29 1 097
45 Комунальне підприємство	01999661 7 819	

во "Полтавськ а обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради"			
46 Комунальне підприємст во "Полтавськ ий обласний наркологічн ий диспансер Полтавської обласної ради"	01984151	3 405	5 854
47 Комунальне підприємст во "Кременчуц ький обласний наркологічн ий диспансер Полтавської	13961403	1 395	3 470

обласної ради”			
48 Комунальне підприємство “Лубенський обласний наркологічний диспансер Полтавської обласної ради”	26435008	1 036	691
49 Комунальне підприємство “З-я міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради”	01999595	8 337	
50 Комунальне підприємство “Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка	01204394	3 944	

Полтавської міської ради"	51 Комунальне 01204236 1 905	. некомерцій не медичне підприємст во "Міська дитяча стоматологі чна поліклініка"
52 Лубенська 05506589 4 116 . міська комунальна стоматологі чна поліклініка		
53 Горішньопл 24832478 2 688 . авнівська міська стоматологі чна поліклініка		
54 Комунальне 01204207 3 187 . підприємст во "Кременчуд ький		

обласний шкірно- венерологіч ний диспансер Полтавської обласної ради” 55 Лубенський , обласний шкірно- венерологіч ний диспансер 56 Комунальне некомерцій не медичне підприємст во “Кременчуц ький міський стоматологі чний центр”	26434977 42631629	1 387 3 046	
Додаток 3 до Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 131 (Урядовий кур'єр, 2019, 02, 28.02.2019, № 40)			

Офіційний вісник України, 2019, № 21, ст. 714)		
1. Коефіцієнт збалансованості бюджету розраховується за такою формулою: $BRC_{plan} = \frac{Bud_{total} - Bud_{act}}{\sum (Cases_{plan}) \times CMI_{plan} \times \Delta HLC_{plan}} \times \frac{1}{BR_{act}}$ де BRC_{plan} - коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного звітнього періоду; Bud_{total} — сума використаних у минулих періодах резервних видатків та добутку запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів (станом на 1 квітня 2019 р.) та коштів додатково виділених на Пілот протягом звітнього року; ...	1. Коефіцієнт збалансованості бюджету розраховується за такою формулою: $BRC_{plan} = \frac{Bud_{total} - Bud_{act}}{\sum (Cases_{plan,i} \times CMI_{plan,i} \times HLC_{plan,i})} \times \frac{1}{BR_{act}}$ де $BRC_{plan,i}$ - коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного та подальших звітніх періодів; Bud_{total} — сума використаних у минулих періодах резервних видатків та добутку запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів. Добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів. Добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів обраховуються станом на 15 січня 2020 р.; ...	Внесення змін до формули розрахунку коефіцієнта збалансованості бюджету з метою підвищення точності розрахунку та виключення можливості виникнення відхилень за рахунок математичних округлень під час розрахунку вказаного коефіцієнту.
Зміна у зв'язку з необхідністю укладення з учасниками пілотного проекту договорів про медичне обслуговування населення на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги, на 2020 рік.		
$Cases_{plan}$ - запланована кількість медичних	$Cases_{plan,i}$ — запланована кількість	кількість

послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами; SMI_{plan} - запланований середній індекс структури випадків; $ANLCS_{plan}$ - запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару; ...	медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за договором і; $SMI_{plan,i}$ — запланований середній індекс структури випадків у поточному та подальших звітних періодах за договором і; $ANLCS_{plan,i}$ — запланований коефіцієнт рівня стаціонару за договором і; ...	
2.... 2) запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами розраховується за формулою: $Cases_{plan} = \frac{Cases_{total} \times Per_{plan}}{Per_{total}}$ де $Cases_{plan}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами; $Cases_{total}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку договорів; Per_{plan} — кількість місяців у поточному та подальших звітних періодах до кінця	2.... Виключити	У зв'язку зі зміною періоду реалізації пілотного проекту.

строку договорів; Reg_{tot} — загальна кількість місяців строку договорів; 3) запланований середній індекс структури випадків розраховується за формулою: $CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{j,t-1} \times RW_j}{Cases_{plan}}$ де CMI_{plan} — запланований середній індекс структури випадків; $Cases_{plan-j}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги, визначена в договорі i для поточного та подальших періодів; RW_i — запланований середній індекс структури випадків, визначений у договорі i; $Cases_{plan}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами; 4) запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару розраховується за формулою: $ANLC_{plan} = \frac{\sum Cases_{j,t-1} \times HLC_j}{\sum Cases_{plan}}$ де $ANLC_{plan}$ — запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару; $Cases_{plan-j}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у		
---	--	--

поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами відповідно до рівня стаціонару h; $HLCS_h$ — запланований коефіцієнт рівня стаціонару h для відповідної запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги у всіх договорах відповідно до рівня стаціонару h; $Cases_{plan}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами.	
У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить менше одиниці, він підлягає перерахунку. При цьому до показника Bud_{total} додається невикористаний залишок резервних витратів, але не більше, ніж необхідно для досягнення значення коефіцієнта збалансованості бюджету, що дорівнює 1. У разі наявності залишку невикористаних резервних витратів під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету станом на 1 грудня 2019 р., такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету.	У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить менше одиниці, він підлягає перерахунку. При цьому до показника Bud_{total} додається невикористаний залишок резервних витратів, але не більше, ніж необхідно для досягнення значення коефіцієнта збалансованості бюджету, що дорівнює 1. У період до 31 грудня 2019 року, у разі наявності залишку невикористаних резервних витратів станом на 1 грудня 2019 року під час перерахунку коефіцієнта

	збалансованості бюджету, такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету. У період з 1 січня 2020 року у разі наявності залишку невикористаних резервних видатків станом на 1 березня 2020 року під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету, такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету.	
Порядок реімбурсації лікарських засобів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 135) (Офіційний вісник України, 2017 р., № 26, стор. 75, стаття 749)		
6. Електронні рецепти виписуються в межах загального обсягу бюджетних асигнувань на реімбурсацію лікарських засобів за договорами про реімбурсацію, встановлених у	6. Електронні рецепти виписуються у межах помісячних обсягів бюджетних асигнувань, передбачених для реімбурсації лікарських засобів у плані асигнувань (за винятком надання кредитів з бюджету) загального фонду	У зв'язку зі зміною назви документу, який буде реалізувати даний механізм у 2020 році.

кошторисі на відповідний місяць. У разі коли загальна вартість лікарських засобів за всіма виписаними електронними рецептами у відповідному місяці дорівнює сумі бюджетних асигнувань на реімбурсацію лікарських засобів за договорами про реімбурсацію, встановлених у кошторисі на відповідний місяць, виписування електронних рецептів через електронну систему охорони здоров'я (далі - система) припиняється до початку наступного місяця.	бюджету за бюджетною програмою, за рахунок коштів якої фінансується програма державних гарантій медичного обслуговування населення. У разі коли загальна вартість лікарських засобів за всіма виписаними електронними рецептами у відповідному місяці дорівнює сумі бюджетних асигнувань на реімбурсацію лікарських засобів за договорами про реімбурсацію, встановлених у плані асигнувань (за винятком надання кредитів з бюджету) загального фонду на цей місяць, виписування електронних рецептів через електронну систему охорони здоров'я (далі - система) припиняється до початку наступного місяця.
--	--

Міністр охорони здоров'я України
« ____ » _____ 2019 року

Зоряна СКАЛЕЦЬКА

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік»

I. Визначення проблеми

Незважаючи на успішний початок реалізації реформи фінансування первинної ланки системи охорони здоров'я починаючи з липня 2018 року, 56% комунальних закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, досі не уклали договори з Національною службою здоров'я України, а отже фінансування цих закладів здійснюється за постатейним кошторисним принципом. Нормативи витрачання коштів чітко визначають структуру фінансування окремих типів закладів охорони здоров'я. Такий підхід має цілий ряд недоліків.

По-перше, у керівництва закладів не залишається управлінської гнучкості, щоб оптимізувати їх діяльність, скорочувати неефективні видатки та запроваджувати інноваційні ефективні організаційні практики. По-друге, у державних і комунальних закладів охорони здоров'я відсутні стимули для будь-якого покращення роботи закладу охорони здоров'я, оскільки сума фінансування не залежить від результатів діяльності закладу (ані від кількості наданих послуг, ані від їх якості), гроші з медичної субвенції надаються комунальному або державному закладу охорони здоров'я лише на оплату заробітної плати та утримання приміщення.

Таке використання коштів є вкрай неефективним, і багато громадян не може розраховувати на вчасне і якісне безоплатне лікування в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Як наслідок, населення платить за медичне обслуговування двічі: спочатку у вигляді регулярних податків, а потім – з власної кишені для купівлі лікарських засобів, оплати процедур або неофіційного гонорару лікарю. Майже 46 відсотків витрат на медичне обслуговування сплачується безпосередньо пацієнтами з власних кишень в момент отримання медичних послуг або придбання лікарських засобів. Таким чином, застаріла система фінансування у більшості комунальних закладів охорони здоров'я не дозволяє пацієнтам безкоштовно отримати гарантовану Конституцією України медичну допомогу.

Водночас 538 (44%) комунальних закладів охорони здоров'я первинної ланки станом на жовтень 2018 року перейшли на нову систему фінансування, уклавши договір з Національною службою здоров'я про медичне обслуговування населення на програмою медичних гарантій. Таким закладам щомісяця надходять кошти на їхні рахунки в установах банків напряму від

Національної служби здоров'я. Автономізовані комунальні заклади охорони здоров'я, які працюють за новою системою фінансування, можуть самостійно розпоряджатися своїми коштами як суб'єкти господарювання – згідно з фінансовим планом. Відхід від кошторисного утримання до самостійного господарювання вже показав перші позитивні результати, адже керівники медзакладів вправі встановлювати за домовленістю із трудовим колективом підвищені заробітні плати лікарям та іншим працівникам, передбачати у колективному договорі систему мотивації персоналу, на власний розсуд здійснювати оптимізацію витрат та приймати інші управлінські рішення, необхідні конкретному закладу у конкретний час.

Український та міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також дослідження специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Передбачається, що до кінця 2019 року на систему «гроші йдуть за пацієнтом» перейдуть усі 1229 комунальних заклади охорони здоров'я.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII (далі – Закон № 2168-VIII) запроваджує фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам, в рамках програми медичних гарантій Національною службою здоров'я України.

Частиною другою Прикінцевих та перехідних положень Закону № 2168-VIII передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. На виконання зазначеного положення постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 407 було затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, дія якого закінчується 31 грудня 2018 року.

З метою виконання приписів Закону № 2168-VIII та затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік був розроблений проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» (далі – проект постанови).

Затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік дозволить продовжити успішну реалізацію одного з найважливіших кроків у реформуванні охорони здоров'я в Україні шляхом переходу на новий механізм оплати надавачам медичних послуг за

результат – тобто за надання медичних послуг населенню за рахунок коштів державного бюджету.

Основні групи, на які проблема справляє вплив:

Групи (підгрупи)	Так	Ні
Громадяни	-	+
Держава	+	-
Суб'єкти господарювання (у тому числі суб'єкти малого підприємництва)	+	-

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами;

діючих регуляторних актів, оскільки чинним законодавством порушені питання не врегульовані.

II. Цілі державного регулювання

Основними цілями державного регулювання є:

продовження функціонування ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;

продовження реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

забезпечення ефективного фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення;

продовження оплати медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним для всієї території України тарифом;

цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

прискорення реалізації медичної реформи.

III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час.	Не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, передбачених у розділі II аналізу.
Альтернатива 2. Розробка порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік.	Затвердження Порядку, який визначатиме особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, зокрема тарифи та коригувальні коефіцієнти. Дія цього Порядку поширюватиметься на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та які уклади договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД. Така альтернатива сприятиме продовженню функціонування ефективного механізму фінансування надання медичних послуг за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України. Дозволить: - продовжити реалізацію принципу «гроші ходять за пацієнтом»; - забезпечити ефективне фінансування надавачів медичних послуг залежно від медичного обслуговування різних вікових груп населення; - продовжити оплату медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним для всієї території України тарифом - забезпечити цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; - прискоренню реалізації медичної реформи. Відповідатиме: - пункту 2 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного

	обслуговування населення», яким передбачено, що з 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.
--	---

2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей

Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	Залишаються витрати на фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я без врахування реальної потреби населення в медичному обслуговуванні.
Альтернатива 2.	Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом». Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах; Прискорення реалізації медичної реформи.	Додаткових витрат не передбачається, оскільки, кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги вже передбачені в проєкті державного бюджету України за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі 15314892,9 тис грн. У 2018 році кошти на фінансування надання первинної медичної допомоги, були передбачені в Законі України «Про Державний бюджеті України на 2018 рік» за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 у розмірі 8 054 517,6 тис. грн. Згідно з розрахунками обсяг фінансування, необхідний для забезпечення виконання у 2019 році бюджетної програми 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню», з урахуваннями запланованої динаміки підписання договорів про медичне обслуговування населення та подання декларацій про вибір лікаря, який надає ПМД, складає 15 314,9 млн. грн.

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні.	Відсутні.
Альтернатива 2.	Підвищення якості та доступності первинної медичної допомоги.	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

- ліцензіатів з провадження господарської діяльності з медичної практики, які надають первинну медичну допомогу

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання та є ліцензіатами з медичної практики та надають первинну медичну допомогу, одиниць <i>станом на 01.01.2018</i>	-	-	1141	88	1229
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	-	-	92,8	7,2	100

Прогнозується, що до кінця 2019 року буде укладено договори про медичне обслуговування населення із усіма 1229 суб'єктами господарювання - ліцензіатами з провадження господарської діяльності з медичної практики, які надають первинну медичну допомогу.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	Відсутні. Однак, залишатиметься питання недостатнього фінансування на надання медичних послуг.
Альтернатива 2.	Отримання можливості надавати медичні послуги населенню за рахунок бюджетних коштів; Розширення конкуренції між	Прогнозуються витрати суб'єкта господарювання - ліцензіата з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання лише на ознайомитися з

	надавачами медичних послуг; Покращення сервісу медичного обслуговування; Підвищення якості та доступності медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги; Отримання доходу від практики лікаря залежно від вікових груп пацієнтів*	новими вимогами регулювання – 1 год. Прогнозні витрати на 1-го с/г складатимуть – 25,13 грн. Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 17 364,83 грн.
--	--	--

*** РОЗРАХУНОК ПРОГНОЗНОГО ДОХОДУ ПРАКТИКИ ПМД**

З метою визначення потенційних обсягів доходів практик та обсягів коштів для фінансування оплати праці було здійснено моделювання, результати якого наведені нижче. Для завдань моделювання використовувалось припущення, що частка вікових груп у практиці відповідає розподілу таких вікових груп у загальному населенні України. Для моделювання використано припущення, що всі практики отримують фінансування виключно за зеленим списком.

Дані моделювання показують сукупний дохід практики, а також можливий обсяг фінансування на фонд оплати праці (ФОП). Для цілей моделювання пропонується вважати, що частка фонду оплати праці в загальному доході практики складатиме 40%.

1. Практика лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Лікар загальної практики - сімейний лікар (ЗПСЛ) може надавати ПМД пацієнтам усіх вікових груп. Оптимальний розмір практики лікаря ЗПСЛ складає 1 800 пацієнтів. За результатами моделювання у 2019 році щомісячний дохід практики лікаря ЗПСЛ, якого виберуть в Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – ПМД) 1 800 пацієнтів, складатиме 86 627,64 гривень.

Таблиця 3. Доходи практики лікаря ЗПСЛ

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		1 800	2019	2020	2021
0-5 років	114	14 103,09	17 152,40	20 201,72	20 201,72

6-17 років	209	14 166,39	17 229,39	20 292,39	20 292,39
18-39 років	563	17 364,97	21 119,55	24 874,14	24 874,14
40-64 років	622	23 020,58	27 998,00	32 975,43	32 975,43
65 років і старші	291	17 972,37	21 858,29	25 744,20	25 744,20
Загальний дохід		86 627,39	105 357,64	124 087,88	124 087,88
Фонд оплати праці на місяць		34 650,96	42 143,06	49 635,15	49 635,15

2. Практика лікаря-терапевта

Лікар-терапевт може надавати ПМД тільки дорослому населенню (від 18 років). Оптимальний розмір практики лікаря-терапевта складає 2 000 пацієнтів. За результатами моделювання у 2019 році щомісячний дохід практики лікаря-терапевта, якого виберуть в Декларації про вибір лікаря, який надає ПМД 2 000, складатиме 79 032,42 гривень.

Таблиця 4. Доходи практики лікаря терапевта

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
	2 000	2019	2020	2021	2022
18-39 років	763	23 516,86	28 601,59	33 686,32	33 686,32
40-64 років	843	31 176,10	37 916,88	44 657,66	44 657,66
65 років і старші	395	24 339,46	29 602,04	34 864,62	34 864,62
Загальний дохід		79 032,42	96 120,51	113 208,60	113 208,60
Фонд оплати праці на місяць		31 612,9	38 448,2	45 283,4	45 283,4

3. Практика лікаря-педіатра

Лікар-педіатр може надавати ПМД тільки дітям (до 18 років). Оптимальний розмір практики лікаря педіатра складає 900 пацієнтів. За результатами моделювання, у 2019 році щомісячний дохід практики лікаря педіатра, якого виберуть в Декларації про вибір лікаря, який надає

ПМД 900 пацієнтів підпишуть декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД, складатиме 78 723,03 гривень.

Таблиця 5. Доходи практики лікаря педіатра

Вікова група	К-сть пацієнтів	Дохід на місяць, грн			
		2019	2020	2021	2022
0-5 років	318	39 273,37	47 764,91	56 256,45	56 256,45
6-17 років	582	39 449,65	47 979,31	56 508,96	56 508,96
Загальний дохід		78 723,03	95 744,22	112 765,41	112 765,41
Фонд оплати праці на місяць		31 489,21	38 297,69	45 106,16	45 106,16

ТЕСТ

малого підприємництва (М-Тест)

1. Консультації з представниками мікро - та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання.

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання для суб'єктів малого підприємництва та визначення переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, розробником проведено.

Порядковий номер	Вид консультацій	Кількість учасників консультацій	Основні результати консультацій
1.	Телефонні консультації із суб'єктами господарювання ліцензіатами з медичної практики	18	Регулювання сприймається. Отримано інформацію щодо переліку процедур, які необхідно виконати суб'єкту господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання: ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год.

2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва.

кількість суб'єктів малого (мікро) підприємництва, на яких поширюється регулювання: 1229.

питома вага суб'єктів малого підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив 100 %.

3. Розрахунок витрат суб'єкта малого підприємництва на виконання вимог регулювання.

Прогнозується, що у четвертому кварталі 2018 року, а також упродовж 2019 року буде укладено договори про медичне обслуговування населення із усіма 1229 суб'єктами господарювання - ліцензіатами з провадження господарської діяльності з медичної практики, які надають первинну медичну допомогу.

У розрахунку вартості 1 години роботи використано вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2018 рік», з 1 січня 2018 року становить 25,13 гривні. Джерело отримання інформації: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2246-19/print>.

Джерело отримання інформації про кількість ліцензіатів з медичної практики (надавачів первинної медичної допомоги) – веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України (moz.gov.ua).

Первинна інформація про вимоги регулювання може бути отримана за результатами пошуку постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України (moz.gov.ua).

Інформація про кількість часу, який витрачається суб'єктами на отримання зазначеної інформації є оціночною, та отримана за результатами проведених консультацій (наведено у таблиці розділу 1).

Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на укладання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснено в рамках Аналізу регуляторного впливу до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410).

4. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

№ з/п	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
1.	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	--	--	--
2.	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	--	--	--
3.	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	--	--	--
4.	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	--	--	--
5.	Інші процедури:	--	--	--
6.	Разом, гривень <i>Формула:</i> (сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)	--	--	--
7.	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	--	--	--
8.	Сумарно, гривень <i>Формула:</i> відповідний стовпчик "разом" X кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)	--	--	--

Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання				
9.	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання <i>Формула:</i> витрати часу на отримання інформації про регулювання X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість	1 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання лише в перший рік; за результатами	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання лише в

	<i>форм</i>	25.13 грн. = 25,13 грн.	консультацій)	перший рік; за результатами консультацій)
10.	Процедури організації виконання вимог регулювання	0,00	0,00	0,00
11.	Процедури офіційного звітування.	0,00	0,00	0,00
12.	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	0,00	0,00	0,00
13.	Інші процедури: Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на укладання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснено в рамках Аналізу регуляторного впливу до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій».			
14.	Разом, гривень	25,13 грн.	X	0,00 грн
15.	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць.	691	X	
16.	Сумарно, гривень	17 364,83 грн.	X	X

Не передбачається розроблення коригуючих та пом'якшувальних заходів.

Сумарні витрати за альтернативами	Сума витрат, гривень
Альтернатива 1.	
Витрати держави	--
Витрати с/г малого підприємництва	--
Альтернатива 2.	
Витрати держави	--
Витрати с/г малого підприємництва	17 364,83 грн.

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного бала
Альтернатива 1.	1	Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу.
Альтернатива 2.	4	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме: продовженню досконалого регулювання у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України; продовженню реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом»; оплату медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги за єдиним тарифом для всієї території України із застосування вікових коригувальних коефіцієнтів; задоволенню реальних потреб населення в медичних послугах; цільовому використанню державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. прискоренню реалізації медичної реформи.

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
Альтернатива 1.	Для держави: Відсутні Для громадян: Відсутні. Для суб'єктів господарювання: Відсутні	Для держави: Залишаються витрати на фінансування державних та комунальних ЗОЗ без врахування реальної потреби населення в медичному обслуговуванні. Для громадян: Відсутні Для суб'єктів господарювання: Відсутні. Однак, залишатиметься питання недостатнього фінансування на надання медичних послуг.	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягнення встановлених цілей.

Альтернатива 2.	Для держави: Цільове використання державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом». Задоволення реальних потреб населення в медичних послугах; Прискорення реалізації медичної реформи. Для громадян: Підвищення якості та доступності первинної медичної допомоги. Для суб'єктів господарювання: Отримання можливості надавати медичні послуги населенню за рахунок бюджетних коштів; Розширення конкуренції між надавачами медичних послуг; Покращення сервісу медичного обслуговування; Підвищення якості та доступності медичних послуг.	Для держави: Додаткових витрат не прогнозується, оскільки витрати на закупівлю медичних послуг закладені в проєкті Державного бюджету України на 2019 рік за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню». Для громадян: Відсутні Для суб'єктів господарювання: Витрати суб'єкта господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання: ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 год. Прогнозні витрати на 1-го с/г складатимуть – 25,13 грн. Для всіх с/г витрати у перший рік регулювання складатимуть – 17 364,83 грн.	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме продовженню досконалого регулювання у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України;
-----------------	---	--	---

Рейтинг	Аргументи щодо переваги обраної альтернативи/причини відмови від альтернативи	Оцінка ризику зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта
Альтернатива 1.	Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного	Відсутні.

	регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу.	
Альтернатива 2.	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки сприятиме досконалому регулюванню у сфері надання первинної медичної допомоги, яка надаватиметься за рахунок бюджетних коштів для забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення України; розширення переліку суб'єктів, що зможуть надавати такий вид допомоги; реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом». задоволенню реальних потреб населення в медичних послугах; цільовому використанню державних коштів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.	Ризики зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта відсутні.

V. Механізм та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Механізми, які забезпечать розв'язання проблеми:

запровадити розподіл пацієнтів на неперсоніфікований перелік: кількість пацієнтів, які станом на 1 січня 2019 року постійно проживали на території обслуговування відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я (червоний список), та персоніфікований перелік: кількість пацієнтів, які подали Декларацій про вибір лікаря, який надає ПМД (зелений список) для оплати медичних послуг, пов'язаних з ПМД залежно від вікових груп пацієнтів;

затвердити тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта, а також спеціальні коефіцієнти для медичного обслуговування в гірській місцевості та за пацієнтів, декларації з якими укладено понад встановлений оптимальний обсяг практики ПМД:

✓ тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, встановлюватиметься у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, який подав надавачу медичних послуг, декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД ("зелений список"), у розмірі 370 гривень на рік.

✓ додатково для державних та комунальних закладів охорони

здоров'я до 30 червня 2019 року встановлюється оплата за одного пацієнта, який проживає на території обслуговування відповідного закладу ("червоний список") відповідно до даних статистики у розмірі 120 гривень на рік. При цьому кількість таких пацієнтів буде щомісячно зменшуватися пропорційно кількості пацієнтів, які подали декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, всім надавачам медичних послуг.

запровадити коригування капітаційної ставки залежно від вікового коефіцієнту (визначатиметься для п'яти вікових груп пацієнтів із зеленого списку, оскільки потреби в послугах, пов'язаних з ПМД, суттєво відрізняються у різних вікових групах):

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

передбачити, що коригувальні коефіцієнти не застосовуватимуться до тарифів за надання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, пацієнтам з червоного списку, оскільки список є неперсоніфікований і вік пацієнтів невідомий;

передбачити, що базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників, що буде використана для розрахунку тарифу, є 22 925,00 гривень на місяць;

передбачити, що у зв'язку з особливостями бюджетного процесу і необхідністю здійснити оплату закладам охорони здоров'я у січні 2019 року, у четвертому кварталі 2018 року договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 26 грудня 2018 року, а з 1 січня 2019 року договори укладаються протягом всього 2019 року;

державні та комунальні заклади охорони здоров'я, які не уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, фінансуються за рахунок інших бюджетних програм у встановленому законом порядку, та з інших джерел, не заборонених законодавством.

З метою забезпечення надання лікарями первинної ланки системи охорони здоров'я якісних медичних послуг, недопущення укладення

лікарями декларацій з пацієнтами, яким вони не зможуть надати якісну медичну допомогу через надмірну кількість пацієнтів, вводяться понижувальні коефіцієнти за декларації, укладені понад встановлені ліміти. Значення коефіцієнтів залежать від відсотка декларацій, укладених понад ліміт. Нижче подано таблицю понижувальних коефіцієнтів для терапевтичної практики, де оптимальний обсяг практики ПМД (ООП) складає 2000 пацієнтів (декларацій).

Декларації				Коефіцієнт
Рівень перевищення ліміту		Кількість декларацій		
від	до			
110% ООП + 1 декларація	120%	2201	2400	0,8
120% ООП + 1 декларація	130%	2401	2600	0,6
130% ООП + 1 декларація	140%	2601	2800	0, 4
140% ООП + 1 декларація	150%	2801	3000	0,2
150% ООП + 1 декларація	всі наступні	3001		0, 0

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

Також, розв'язання визначених в розділі I Аналізу регуляторного впливу проблем забезпечать такі заходи:

1. Організаційні заходи для впровадження регулювання:

Для впровадження цього регуляторного акта необхідно забезпечити інформування громадськості та ліцензіатів з медичної практики про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення у засобах масової інформації та розміщенні на Урядовому порталі.

2. Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарювання – ліцензіатам з медичної практики:

ознайомитися з вимогами регулювання (пошук та опрацювання регуляторного акту в мережі Інтернет).

VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які

повинні впроваджувати або виконувати ці вимоги

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Розрахунок витрат на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва (Додаток 2 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта) не проводився, оскільки вплив на них відсутній.

Проведено розрахунок витрат суб'єктів малого (мікро) підприємництва в межах даного аналізу.

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

Строк дії регуляторного акта встановлюється на один рік, це пов'язано з особливостями реалізації бюджетної програми, яка передбачає оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, за рахунок коштів, передбачених в Державному бюджеті України на 2019 рік.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з дня офіційного опублікування і діятиме до 31 грудня 2019 року включно.

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Прогнозними значеннями показників результативності регуляторного акта є:

1. Розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – не передбачаються.

2. Кількість суб'єктів господарювання – ліцензіатів з медичної практики, на яких поширюватиметься дія акта – прогнозується 1229 с/г.

3. Розмір коштів і час, які витрачаються суб'єктами господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – низький.

4. Розмір коштів, які витратимуться суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – **25,13 грн.**

5. Кількість часу, який витратиметься суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – 1 година.

6. Кількість укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на рівні первинної медичної допомоги - 1229;

7. Кількість поданих пацієнтами декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу до надавача медичних послуг, зареєстрованих в електронній системі охорони здоров'я - 29 749 848 осіб, що становитиме близько 77 відсотків від наявного населення України, зафіксованого у даних Державної служби статистики України станом на 01 січня 2018 року;

8. Сума сплачених надавачам медичних послуг коштів з Державного бюджету України за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій - 15 314,9 млн. грн.;

9. Рівень поінформованості суб'єктів господарювання і фізичних осіб – високий. Проект акта та відповідний аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України.

ІХ. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта

Відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься шляхом проведення базового, повторного та періодичного відстеження статистичних показників результативності акта, визначених під час проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Базове відстеження результативності цього регуляторного акта здійснюватиметься після набрання ним чинності, оскільки для цього використовуватимуться виключно статистичні показники.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься через рік з дня набрання чинності цим регуляторним актом, але не пізніше двох років після набрання ним чинності. За результатами даного відстеження відбудеться порівняння показників базового та повторного відстеження.

Періодичне відстеження результативності буде здійснюватися один раз на кожні три роки починаючи з дня закінчення заходів з повторного відстеження результативності цього акта.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

У разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення неврегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде

здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

Строк виконання заходів 30 робочих днів.

**Міністр охорони здоров'я
України**



Зоряна СКАЛЕЦЬКА