

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 13 серпня 2025 р. № 978

ЗМІНИ,
що вносяться до постанови Кабінету Міністрів України
від 24 грудня 2024 р. № 1503

1. Пункт 5 доповнити підпунктом 4 такого змісту:

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

2. У Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, затвердженому зазначеною постановою:

1) пункт 7 після абзацу чотирнадцятого доповнити новими абзацами такого змісту:

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

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-спорідненої групи R69, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного договору за пакетом медичних послуг, зазначеним у главі 7 розділу II цього Порядку.

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

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп В69, В70, закладам охорони здоров'я, що не мають укладеного договору за пакетом медичних послуг, зазначеним у главі 4 розділу II цього Порядку.

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки, зазначеної у главі 3 розділу II цього Порядку, медичні послуги, що віднесені до діагностично-споріднених груп С01—С63, закладам охорони здоров'я, що не включені до переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з встановлення штучного кришталіка та стаціонарної офтальмологічної допомоги, затвердженого МОЗ.

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

У зв'язку з цим абзаци п'ятнадцятий — шістдесят третій вважати відповідно абзацами двадцять першим — шістдесят дев'ятим;

2) пункт 20 доповнити підпунктом 5 такого змісту:

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

абзац дванадцятий викласти в такій редакції:

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

3) підпункти 1 і 2 пункту 32 викласти в такій редакції:

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

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

4) абзац другий пункту 179 викласти в такій редакції:

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

5) доповнити Порядок пунктом 182¹:

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

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

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

у строки, визначені для подання інформації щодо кількості фактично зайнятих посад лікарів-інтернів, фінансування підготовки в інтернатурі яких здійснюється за кошти державного бюджету.”.
