



ОФІЦІОЗ

Інформаційний бюлетень
 "За медичні права"
 № 1, січень, 2019 р.

НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (НСЗУ)

№ 1424-12

від 29.12.2018 р

Закладам охорони здоров'я, які надають
 первинну медичну допомогу

Щодо змін у законодавстві, які стосуються оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги

У зв'язку із прийняттям 18.12.2018 року Кабінетом Міністрів України постанови № 1117 Національна служба здоров'я надсилає роз'яснення з приводу особливостей оплати за надання медичних послуг з первинної медичної допомоги (далі – ПМД) у 2019 році.

1. Щодо лімітів (оптимального обсягу практики)

Вищезазначеною постановою затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на 2019 рік (далі – Порядок). У цьому Порядку, зокрема, визначено:

- тарифи;
- вікові коефіцієнти;
- коефіцієнт для надавачів, які розташовані у гірських населених пунктах.

Також Порядок вводить поняття ліміту та встановлює коефіцієнти, які застосовуються до тарифу на оплату за «понад-лімітні» декларації. Так, ліміт – це оптимальний обсяг практики (ООП), визначений у Порядку надання ПМД, затвердженому наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504. Ліміти у 2019 році залишаться незмінними: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра.

Звертаємо Вашу увагу, що для лікаря, який працює за кількома спеціальностями, в тому числі у кількох надавачів, ліміт завжди дорівнює найменшому ліміту за спеціальністю з тих, за якими працює лікар, незалежно від того, чи мають договір з НСЗУ надавачі, у яких працює лікар:

- Сімейний лікар + терапевт = 1800
- Сімейний лікар + педіатр = 900

Терапевт + педіатр = 900

Терапевт + педіатр + сімейний лікар = 900

Для лікаря, який працює більше, ніж у одного надавача, для порівняння з лімітом використовується загальна кількість декларацій про вибір цього лікаря, поданих усім надавачам, у яких цей лікар працює – незалежно від спеціальності лікаря та наявності у цих надавачів договору з НСЗУ.

Наприклад, лікар працює одночасно в центрі ПМСД як сімейний лікар та у приватній клініці як терапевт. Ліміт цього лікаря – 1800. Центр ПМСД має договір з НСЗУ, а приватна клініка не має. В центрі ПМСД такого лікаря обрали 1200 пацієнтів, а у приватній клініці – 1000, всього – 2200, таким чином перевищення ліміту складає 2200-1800 = 400 декларацій.

2. Як знати, починаючи з якої декларації ліміт вважається перевищенням?

Наголошуємо, що при розрахунках для оплати враховується кількість декларацій. Тому не має значення, чи кожна конкретна декларація є «до-лімітною» чи «понад-лімітною». Розподіл декларацій на ті, що в межах ліміту і ті, що поза лімітом, відбувається як вказано нижче.

1) Розраховується різниця між лімітом (найменший ООП за усіма спеціальностями, щодо яких у лікаря є активні декларації) та загальною кількістю декларацій, поданих усім надавачам, у яких працює лікар.

Для прикладу вище, ця різниця складає 400 декларацій – саме вони вважаються такими, що укладені понад ліміт.

2) Визначається розподіл цієї різниці за віковими групами (для врахування вікових коефіцієнтів). При цьому враховується наявне співвідношення між деклараціями пацієнтів різних вікових груп.

Для прикладу, якщо у педіатра 30% декларацій – це група до 5 років, а 70% декларацій – група 6-17 років, то 30% понадлімітних декларацій будуть вирахувані з групи до 5 років, а 70% – з групи 6-17 років.

3) Для понадлімітних декларацій, розподілених за віковими групами, визначається відсоток перевищення ООП (для врахування коригувального коефіцієнту). У випадку, якщо це перевищення в межах 10%, всі декларації будуть оплачені без зменшення тарифу. Якщо це перевищення від 10%+1 декларація до 20%, то кількість декларацій, які потрапляють у ці межі, буде оплачена із застосуванням коригувального коефіцієнту 0,8 і так далі, відповідно до затверджених Порядком коефіцієнтів.

Реальний приклад: сімейний лікар, у якого 2595 декларацій при ліміті 1800

Лікар	Статус гірського	Вікова група	Декларації у віковій групі	Всі декларації лікаря	Оптимальний обсяг практики	Кількість декларацій в обсязі практики по відношенню до оптимального									
						в ліміті (до 100%)	від 100%+1 до 110%	від 110%+1 до 120%	від 120%+1 до 130%	від 130%+1 до 140%	від 140%+1 до 150%	попад 150%			
Сімейний лікар 1	ні	06-17	445	2595	1800	309	31	31	31	31	12	0			
	так		0			0	0	0	0	0	0				
	ні	0-5	219			152	15	15	15	15	7	0			
	так		0			0	0	0	0	0	0				
	ні	18-39	601			417	42	42	42	42	16	0			
	так		0			0	0	0	0	0	0				
	ні	40-64	808			560	56	56	56	56	24	0			
	так		0			0	0	0	0	0	0				
	ні	65+	522			362	36	36	36	36	16	0			
	так		0			0	0	0	0	0	0				
	Сума декларацій в практиці по відношенню до оптимального						1800	180	180	180	180	75	0		

3. Щодо особливостей оплати

З 1 січня за декларації, укладені понад встановлені ліміти, оплата буде здійснюватися із застосуванням «понижувальних» коефіцієнтів. При цьому за перевищення ліміту до 10% понижувальні коефіцієнти не застосовуватимуться.

Якщо ліміт буде перевищено на 10% + 1 декларація, то до

тарифу (370 грн.) буде застосовуватися понижувальний коефіцієнт 0,8 до рівня перевищення 20%.

Повну інформацію про розміри понижувальних коефіцієнтів подано нижче.

Вікові коефіцієнти до тарифу на оплату за «понадлімітні» декларації не застосовуватимуться, гірський коефіцієнт – застосовуватиметься.

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
Від 110 відсотків + 1 декларація до 120 відсотків включно	0,8
Від 120 відсотків + 1 декларація до 130 відсотків включно	0,6
Від 130 відсотків + 1 декларація до 140 відсотків включно	0,4
Від 140 відсотків + 1 декларація до 150 відсотків включно	0,2
Від 150 відсотків + 1 декларація і всі наступні	0

ПРИКЛАДИ РОЗРАХУНКІВ

Педіатр

Обсяг практики по відношенню до оптимального	Коригувальний коефіцієнт	Віковий коефіцієнт	Вікова група	Розподіл декларацій	Вартість обслуговування за 1 декларацією на рік			
					Не гірський		Гірський	
					Тариф	Гривень	Тариф	Гривень
до 100%	1	4	0-5 років	до 900	370×4×1	1 480,00	370×4×1×1,25	1 850,00
		2,2	6-17 років		370×2,2×1	814,00	370×2,2×1×1,25	1 017,50
від 100%+1 до 110%	1	-	-	901 - 990	370×1	370,00	370×1×1,25	462,50
від 110%+1 до 120%	0,8	-	-	991 - 1080	370×0,8	296,00	370×0,8×1,25	370,00
від 120%+1 до 130%	0,6	-	-	1081 - 1170	370×0,6	222,00	370×0,6×1,25	277,50
від 130%+1 до 140%	0,4	-	-	1171 - 1260	370×0,4	148,00	370×0,4×1,25	185,00
від 140%+1 до 150%	0,2	-	-	1261 - 1350	370×0,2	74,00	370×0,2×1,25	92,50
понад 150%	0	-	-	понад 1350	370×0	0,00	370×0×1,25	0,00

Сімейний лікар

Обсяг практики по відношенню до оптимального	Коригувальний коефіцієнт	Віковий коефіцієнт	Вікова група	Розподіл декларацій	Вартість обслуговування за 1 декларацією на рік			
					Не гірський		Гірський	
					Тариф	Гривень	Тариф	Гривень
до 100%	1	4	0-5 років	до 1800	370×4×1	1 480,00	370×4×1×1,25	1 850,00
		2,2	6-17 років		370×2,2×1	814,00	370×2,2×1×1,25	1 017,50
		1	18-39 років		370×1×1	370,00	370×1×1×1,25	462,50
		1,2	40-64 років		370×1,2×1	444,00	370×1,2×1×1,25	555,00
		2	понад 65 років		370×2×1	740,00	370×2×1×1,25	925,00
від 100%+1 до 110%	1	-	-	1801 - 1980	370×1	370,00	370×1×1,25	462,50
від 110%+1 до 120%	0,8	-	-	1981 - 2160	370×0,8	296,00	370×0,8×1,25	370,00
від 120%+1 до 130%	0,6	-	-	2161 - 2340	370×0,6	222,00	370×0,6×1,25	277,50
від 130%+1 до 140%	0,4	-	-	2341 - 2520	370×0,4	148,00	370×0,4×1,25	185,00
від 140%+1 до 150%	0,2	-	-	2521 - 2700	370×0,2	74,00	370×0,2×1,25	92,50
понад 150%	0	-	-	понад 2700	370×0	0,00	370×0×1,25	0,00

Терапевт

Обсяг практики по відношенню до оптимального	Коригувальний коефіцієнт	Віковий коефіцієнт	Вікова група	Розподіл декларацій	Вартість обслуговування за 1 декларацією на рік			
					Не гірський		Гірський	
					Тариф	Гривень	Тариф	Гривень
до 100%	1	1	18-39 років	до 2000	370×1×1	370,00	370×1×1×1,25	462,50
		1,2	40-64 років		370×1,2×1	444,00	370×1,2×1×1,25	555,00
		2	понад 65 років		370×2×1	740,00	370×2×1×1,25	925,00
від 100%+1 до 110%	1	-	2001 - 2200	370×1	370,00	370×1×1,25	462,50	
від 110%+1 до 120%	0,8	-	2201 - 2400	370×0,8	296,00	370×0,8×1,25	370,00	
від 120%+1 до 130%	0,6	-	2401 - 2600	370×0,6	222,00	370×0,6×1,25	277,50	
від 130%+1 до 140%	0,4	-	2601 - 2800	370×0,4	148,00	370×0,4×1,25	185,00	
від 140%+1 до 150%	0,2	-	2801 - 3000	370×0,2	74,00	370×0,2×1,25	92,50	
понад 150%	0	-	понад 3000	370×0	0,00	370×0×1,25	0,00	

4. Висновок

З другої половини січня 2019 року запитів до НСЗУ стосовно збільшення лімітів надсилати не потрібно; електронна система дозволить реєструвати декларації понад встановлені ліміти. Керівництво закладу вправі самостійно приймати рішення щодо того, якій кількості пацієнтів той чи інший лікар може надати якісні медичні послуги з урахуванням особливостей обслуговування населення різного віку, їхніх потреб у медичній допомозі, тривалості типового прийому та загальної частоти звернень.

Водночас, нагадуємо, що відповідно до умов договору про медичне обслуговування надавач зобов'язується надавати медичні послуги з обов'язковим дотриманням галузевих

стандартів у сфері охорони здоров'я, перелік яких визначено наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504. НСЗУ, в свою чергу, оплачує надання таких послуг і має право вживати заходів щодо перевірки дотримання надавачем умов договору.

Зважаючи на прийняте Урядом рішення, з метою забезпечення можливості лікарям надавати якісні медичні послуги своїм пацієнтам, просимо враховувати положення Порядку та цього роз'яснення при плануванні та організації надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які обрали лікарів у Вашому закладі охорони здоров'я.

Голова

О.ПЕТРЕНКО

Ірина Жигінас (044) 426-67-77

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 18 грудня 2018 р. № 1117

Київ

Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік

Відповідно до пункту 2 розділу IV "Прикінцеві та перехідні положення" Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Затвердити Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, що додається.

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.

3. Внести у додаток 1 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої 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.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2019 року.

Прем'єр-міністр України

В.ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО постановою Кабінету Міністрів України

від 18 грудня 2018 р.

№ 1117

ПОРЯДОК

реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік.

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.

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

3. В цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні: зелений список – 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; ліміт – оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ;

червоний список – неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 11 цього Порядку.

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

4. Перелік послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг), пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програми 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;

за одного пацієнта, включеного до червоного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я до 30 червня 2019 р. включно), – 120 гривень на рік.

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

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

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

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

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
Від 110 відсотків ліміту + 1 декларація до 120 відсотків ліміту включно	0,8
Від 120 відсотків ліміту + 1 декларація до 130 відсотків ліміту включно	0,6
Від 130 відсотків ліміту + 1 декларація до 140 відсотків ліміту включно	0,4
Від 140 відсотків ліміту + 1 декларація до 150 відсотків ліміту включно	0,2
Від 150 відсотків ліміту + 1 декларація і всі наступні	0

Розподіл пацієнтів, включених до зеленого списку, 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, 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.

9. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пункті 6 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, які подали декларації понад ліміт.

10. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пунктах 6 і 7 цього Порядку, не застосовуються:

1) до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку;

2) після 30 червня 2019 року.

11. Кількість пацієнтів, включених до червоного списку, для надавачів медичних послуг, які є комунальними закладами охорони здоров'я, розраховується щомісяця до 30 червня 2019 р. включно за такою формулою:

$$ЧС = НН \times (1 - ЗС / СНН),$$

де ЧС – кількість пацієнтів, включених до червоного списку;

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

ЗС – загальна кількість пацієнтів, що подали декларації, 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);

СНН – 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.

12. Оплата за надані медичні послуги здійснюється відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного з НСЗУ.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України

від 18 грудня 2018 р. № 1117

**ЗМІНА,
що вноситься у додаток 1
до Типової форми договору
про медичне обслуговування населення
за програмою медичних гарантій**

Пункт 7 викласти в такій редакції:

"7. У 2018 році та у першому півріччі 2019 року для комунальних закладів охорони здоров'я до суми оплати за звітний період додається 1/12 від добутку кількості пацієнтів із червоного списку станом на 1 число місяця звітнього періоду та застосовного тарифу відповідно до Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на відповідний рік. На 1 січня 2018 р. кількість наявного населення на території обслуговування надавача (відповідного комунального закладу охорони здоров'я) становила _____ осіб."