



**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ  
ПОСТАНОВА**

від 07 вересня 2020 р.  
№ 789  
Київ

**Про внесення зміни до Порядку реалізації програми державних гарантій  
медичного обслуговування населення у 2020 році**

Кабінет Міністрів України **ПОСТАНОВЛЯЄ:**

1. Внести до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 18, ст. 688, № 54, ст. 1661), зміну, що додається.

2. Кошти, отримані надавачами медичних послуг за результатом добутку компонента “Σsal”, визначеного главою 31 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 18, ст. 688), використовуються для цілей, встановлених абзацом другим пункту 4 постанови Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 р. № 623 “Про виділення коштів для здійснення доплат до заробітної плати медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров’я, які надають медичну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, та тим, що забезпечують життєдіяльність населення” (Офіційний вісник України, 2020 р., № 61, ст. 1973).

*Прем’єр-міністр України*

*Д. ШМИГАЛЬ*

**ЗМІНА,  
що вноситься до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування  
населення у 2020 році**

Главу 31 викласти в такій редакції:

“Глава 31. перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я

116<sup>15</sup>. НСЗУ укладає договори про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я відповідно до укладених надавачами медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

116<sup>16</sup>. Тариф на перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я застосовується протягом періоду з 1 липня до 31 грудня 2020 року.

116<sup>17</sup>. Договори про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я укладаються із закладами, які уклали договір із НСЗУ про надання екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами з квітня 2020 року (для закладів, визначених пунктом 1<sup>2</sup> постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528; 2020 р., № 19, ст. 1533), — з липня 2020 року).

116<sup>18</sup>. Запланована вартість перехідного фінансового забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, передбачених цією главою, за місяць розраховується як комбінація глобальної ставки та ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій надавачем медичних послуг з урахуванням виконання закладом охорони здоров'я плану розвитку, який затверджено власником (органом управління) закладу охорони здоров'я або госпітальною радою відповідного госпітального округу (його складено на підставі типової форми плану розвитку закладу охорони здоров'я, що визначена МОЗ в установленому порядку) та є частиною договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, який подається закладами охорони здоров'я НСЗУ в місячний строк після укладення договору з НСЗУ відповідно до цієї глави за такою формулою:

$$\Sigma \text{finance} = \Sigma \text{glob} \times (\text{PPGplan} + \text{PPCplan} \times \text{Kplan}) + \Sigma \text{sal},$$

де  $\Sigma \text{finance}$  — запланована вартість перехідного фінансового забезпечення;

$\Sigma \text{glob}$  — глобальна ставка на місяць;

$\text{PPGplan}$ ,  $\text{PPCplan}$  — відповідні заплановані частки глобальної ставки та ставки за результатами виконання договору в частині виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я у відповідному місяці;

$\text{Kplan}$  — коефіцієнт виконання закладом охорони здоров'я у відповідному місяці плану розвитку, який затверджено власником (органом управління) закладу охорони здоров'я або госпітальною радою та є частиною договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Під час розрахунку запланованого обсягу перехідного фінансового забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я  $\text{Kplan}$  становить 1;

$\Sigma \text{sal}$  — фактична кількість лікарів, які працюють в закладі охорони здоров'я станом на 1 вересня 2020 р. в еквіваленті повної зайнятості відповідно до штатного розпису згідно із заявою  $\times$  (70 відсотків посадового окладу, визначеного за 14 тарифним розрядом Єдиної тарифної сітки + 22 відсотки нарахувань на заробітну плату) + фактична кількість фахівців, які відповідають кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ, станом на 1 вересня 2020 р. в еквіваленті повної зайнятості відповідно до штатного розпису згідно із заявою  $\times$  (50 відсотків мінімальної заробітної плати, встановленої згідно із статтею 8 Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”, + 22 відсотки нарахувань на заробітну плату) + фактична кількість молодших медичних сестер станом на 1 вересня 2020 р.

в еквіваленті повної зайнятості відповідно до штатного розпису згідно із заявою  $\times$  (25 відсотків мінімальної заробітної плати, встановленої згідно із статтею 8 Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”, + 22 відсотки нарахувань на заробітну плату).

За показниками  $\Sigma_{glob}$ , PPGplan, PPCplan, Kplan розрахунки здійснюються для договорів про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 1 липня 2020 року. За показником  $\Sigma_{sal}$  розрахунки здійснюються для договорів, умови яких застосовуються з 1 вересня 2020 року. Визначені доплати медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я комунальної форми власності встановлюються відповідно до переліку типів закладів охорони здоров'я та переліку посад медичних та інших працівників, затвердженого МОЗ.

Розміри часток глобальної ставки та ставки за результатами виконання договору встановлюються таким чином:

Місяць	Частка глобальної ставки (PPGplan), відсотків	Частка ставки за результатами виконання договору (PPCplan), відсотків
Липень	100	0
Серпень	100	0
Вересень	100	0
Жовтень	90	10
Листопад	90	10
Грудень	90	10.

Запланована глобальна ставка за місяць розраховується за такою формулою:

$$\Sigma_{glob} = (\text{Budprev} - \text{Budpmg} - \text{Budsub})/9,$$

де Budprev — касові видатки надавача медичних послуг за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам за даними Казначейства (I квартал 2020 р.  $\times$  на 3). Для надавачів медичних послуг, фінансування яких здійснювалося в рамках пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в Полтавській області, сума фінансування визначається згідно з укладеними договорами із НСЗУ (I квартал 2020 р.  $\times$  на 3);

Budpmg — запланована вартість медичних послуг за договором з НСЗУ за програмою медичних гарантій, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені у главах 2—26 цього Порядку (за дев'ять місяців 2020 року);

Budsub — затверджені кошторисні призначення надавача медичних послуг за рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я на період з 1 квітня по 31 грудня 2020 року.

У разі коли Budprev менше за суму Budpmg і Budsub, то до закладу охорони здоров'я не застосовуються вимоги щодо затвердження та виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я, а Kplan становить 1.

Під час здійснення виплати вартість перехідного фінансового забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я за місяць розраховується за такою формулою:

$$\Sigma_{finance_{fac}} = \Sigma_{glob_{fact}} \times (\text{PPGplan} + \text{PPCplan} \times \text{Kplan}) + \Sigma_{sal},$$

де  $\Sigma_{finance_{fac}}$  — фактична вартість перехідного фінансового забезпечення за звітний місяць;

$\Sigma_{glob_{fact}}$  — фактична глобальна ставка за звітний місяць.

За показниками  $\Sigma_{glob_{fact}}$ , PPGplan, PPCplan, Kplan розрахунки здійснюються для договорів про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 1 липня 2020 року. За показником  $\Sigma_{sal}$  розрахунки здійснюються для договорів, умови яких застосовуються з 1 вересня 2020 року.

Якщо значення “ $(\text{Budprev} - \text{Budpmsg} - \text{Budsub})/9$ ” менше 0, то воно набуває значення 0.

Для спеціалізованих стоматологічних закладів, центрів громадського здоров'я, санаторно-курортних закладів, центрів первинної медико-санітарної допомоги, лікарсько-фізкультурних диспансерів (центрів спортивної медицини) значення “ $(\text{Budprev} - \text{Budpmsg} - \text{Budsub})/9$ ” дорівнює 0.

Фактична глобальна ставка за місяць перераховується виходячи з фактичної вартості наданих медичних послуг надавачем цих послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за звітний місяць, до якого включені пакети медичних послуг, зазначені у главах 2—26 цього Порядку, за такою формулою:

$$\Sigma\text{glob}_{\text{fact}} = (\text{Budprev} - \text{Budsub})/9 - \text{Budpmsg}_{\text{fact}},$$

де  $\text{Budpmsg}_{\text{fact}}$  — фактична вартість наданих медичних послуг за звітний період відповідно до глав 2—26 цього Порядку за договорами із НСЗУ.

Виплати на перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я здійснюються виключно в разі позитивного значення суми глобальної ставки за звітний місяць, розрахованої за формулою, зазначеною в цій главі.

Виплата частки ставки за результатами виконання договору (PPCplan) здійснюється за результатами моніторингової оцінки виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я за місяць, а Kplan становить:

якщо показники плану розвитку за звітний місяць виконано, — 1;

якщо показники плану розвитку за звітний місяць не виконано, — 0.

У разі коли показники плану розвитку за звітний місяць не виконано, то моніторингова оцінка виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я повторно проводиться в наступному місяці.

Власник (орган управління) закладу охорони або госпітальна рада відповідного госпітального округу проводить моніторингову оцінку виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я та складає звіт з моніторинговою оцінкою виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я. Затверджений власником (органом управління) закладу охорони здоров'я або госпітальною радою відповідного госпітального округу звіт з моніторинговою оцінкою виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я подається до НСЗУ для здійснення виплат за відповідний звітний період.

Кошти, отримані та не використані закладами охорони здоров'я до 31 грудня 2020 р. за договорами про перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в частині значення  $\Sigma\text{sal}$ , умови яких застосовуються з 1 вересня 2020 р., підлягають обов'язковому поверненню до державного бюджету.”.