



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, тел.: (044) 426-67-77, (044) 290-06-91

E-mail: info@nszu.gov.ua, сайт: www.nszu.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 42032422

від _____ 20__ р. № _____

На № _____ від _____ 20__ р.

Закладам охорони здоров'я
(за списком)

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) висловлює свою повагу та надає оновлене роз'яснення щодо принципу оплати послуг, а також щодо правил ведення електронних медичних записів (далі – ЕМЗ) в електронній системі охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ) за пакетами медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах».

Повідомляємо, що відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році (далі – Порядок), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1394, НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що 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, та умовам закупівлі, якщо інше не визначено цим Порядком, на підставі поданих пропозицій про укладення договорів (далі - пропозиція) відповідно 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.

Інформуємо, що Порядок лише специфікує окремі важливі для програми медичних гарантій умови роботи надавачів за договором з НСЗУ і не є галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я. Діяльність закладів охорони здоров'я і надалі регламентується чинним законодавством.

НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами, визначеними Порядком, на підставі звітів, які внесено до ЕСОЗ не пізніше десятого робочого дня після закінчення відповідного звітного періоду.

Зазначаємо, що відповідно до Порядку у 2024 році НСЗУ не оплачує медичні послуги, які надаються за направленням у паперовій формі, крім випадків направлення пацієнтів, які тримаються в установах виконання покарань або слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби.



Щодо принципу оплати послуг за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»

НСЗУ оплачує лише ті послуги, що включені до пакету медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах».

Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 19 769 гривень за надання реабілітаційних послуг.

До ставки на пролікований випадок (1 реабілітаційний цикл), застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта, які становлять:

- для послуги СР1 (найвища складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 2,1 – для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування), упродовж післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану з приводу поєднаних травм;
- для послуги СР2 (висока складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 1,6 – для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування), упродовж післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану;
- для послуги СР3 (помірна складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 1,0 – для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування), упродовж післягострого реабілітаційного періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану;
- для послуги СР4 (низька складність) застосовується коригуючий коефіцієнт 0,8 – для пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги (у разі наявності помірних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування), упродовж післягострого або довготривалого реабілітаційного періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану, і які не входять в категорії послуга СР1, послуга СР2 та послуга СР3.

Ставка на пролікований випадок за надання послуг СР1 та СР2, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які відповідають додатковим умовам, визначеними в умовах закупівлі.

Щодо кількості реабілітаційних циклів на рік:

- Послуги найвищої складності (СР1) або високої складності (СР2) – до 8 реабілітаційних циклів протягом року.
- Послуги з реабілітації помірної (СР3) або низької складності (СР4) станів, спричинених ампутаціями – до 8 реабілітаційних циклів протягом року.
- Послуги з реабілітації помірної (СР3) або низької складності (СР4) дітям – 4 реабілітаційних цикли протягом року.

- Послуги з реабілітації помірної (СР3) або низької складності (СР4), крім допомоги дітям, а також при станах, спричинених ампутаціями – 2 реабілітаційні цикли протягом року.

НСЗУ не оплачує надлишок послуг у разі, коли надавач медичних послуг допускає перевищення реабілітаційної спроможності закладу під час надання послуг за договором (договорами) про медичні послуги, зазначених у главі 32 розділу II цього Порядку, починаючи з 1 квітня 2024 року, з допустимим перевищенням на 30% відповідно до абзацу шостого пункту 29 Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».

У разі допустимого перевищення закладом охорони здоров'я реабілітаційної спроможності, до оплати включаються реабілітаційні послуги, надані понад припустиму спроможність із застосуванням до ставки на пролікований випадок коригувального коефіцієнту 0,9 з наступним застосуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від складності реабілітаційної допомоги та стану пацієнта, зазначених у главі 32 Розділу II Порядку.

Реабілітаційною спроможністю закладу, який надає реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах, є можливість фахівців з реабілітації, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а саме лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів фізичних терапевтів, асистентів ерготерапевтів, логопедів (терапевтів мови та мовлення), кожен день надавати реабілітаційну допомогу високого обсягу всім пацієнтам протягом реабілітаційного циклу.

Відповідно до статті 1 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (далі – Закон про реабілітацію), визначено індивідуальний реабілітаційний план (далі – ІРП) – документ, розроблений мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування), що визначає мету та завдання реабілітації та комплекс заходів, необхідних для їх досягнення.

Враховуючи визначення Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268 (далі – Положення № 1268) та Закону про реабілітацію, а також додержання ЗОЗ галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (зокрема, щодо надання в повному об'ємі якісної, доказової реабілітації у сфері охорони здоров'я), саме ІРП є офіційним документом, що підтверджує надану в повному об'ємі якісну, доказову реабілітаційну допомогу, який відображає початок та закінчення реабілітаційного циклу. Закінчення реабілітаційного циклу відбувається виключно після проведення заключного реабілітаційного обстеження з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги.

Отже, ІРП є доказом того, що пацієнт досягнув встановлених мети та завдань реабілітації після чого реабілітаційний цикл має бути завершений. Таким чином

реабілітаційний цикл не може бути закінченим, якщо не було досягнуто встановлених мети та завдань реабілітації, це може свідчити про те, що реабілітація була надана не в повному об'ємі (під час реабілітації не відбувались оновлення реабілітаційних обстежень, призначень) або неякісно (реабілітація надавалась без врахування обсягів реабілітації).

Наголошуємо, що Положенням № 1268 визначено реабілітаційний цикл – одиниця організації надання реабілітаційної допомоги, яка включає проведення первинного реабілітаційного обстеження, встановлення мети та завдань реабілітації, призначення, планування та реалізацію програм терапії фахівцями з реабілітації та проведення заключного реабілітаційного обстеження з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги.

Звертаємо увагу, що реабілітаційний цикл не має визначених часових проміжків (кількість днів), надана реабілітаційна допомога має відповідати галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я.

НСЗУ не оплачує реабілітаційні послуги, які були внесені в електронну систему охорони здоров'я без кодів Класифікатора функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я НК 030:2022, затвердженого наказом Міністерства економіки України від 09.04.2022 № 810.

Щодо особливостей внесення в ЕСОЗ інформації про надану реабілітаційну допомогу дорослим і дітям у амбулаторних умовах за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»

Під час надання реабілітаційної допомоги рекомендується застосовувати кодування хвороб/станів за МКХ-10, спираючись при цьому на австралійські стандарти кодування. Для повного коректного опису стану пацієнта, який потребував реабілітаційної допомоги слід застосовувати діагнози 4 категорій, зокрема:

- Категорія «Залишковий стан або природа наслідків». Діагнози цієї категорії описують (поточний стан), тобто основний стан, що потребує реабілітації. Наприклад, геміплегія, моноплегія тощо.

- Категорія «Діагнози першопричини». Діагнози цієї категорії описують першопричину виникнення станів, які потребують реабілітаційної допомоги. Наприклад, інсульт є першопричиною розвитку у пацієнта геміплегії.

- Категорія «Діагнози щодо надання реабілітаційної допомоги». Діагнози цієї категорії описують види наданої реабілітаційної допомоги. Наприклад, код діагнозу Z50.0 «Реабілітація при хворобах серця» або Z44.8 «Установлення та припасовування інших (зовнішніх) протезних пристроїв».

- Категорія «Коди факторів, що впливають на стан здоров'я особи». Діагнози цієї категорії описують наявність проведеного хірургічного або інші проблеми та особливості отримання травми. Наприклад, Z54.0 «Період видужування після хірургічного втручання» або код з рубрики Z89 «Набута відсутність кінцівки» або Z98.1 «Стан, пов'язаний з артрорезом».

Залежно від типу реабілітаційного періоду (післягострий або довготривалий) основним діагнозом можуть бути діагнози категорії «Залишковий стан або природа наслідків (поточний стан)» або «Діагнози першопричини». Діагнози категорії «Коди факторів, що впливають на стан здоров'я особи» та «Діагнози щодо надання реабілітаційної допомоги» завжди будуть додатковими діагнозами. Особливості кодування хвороб/станів за МКХ-10 при різних клінічних ситуаціях розглянуто у Додатку 1.

Звертаємо увагу на те, що:

- в електронних медичних записах потрібно зазначати діагнози з перших трьох категорій, діагнози 4 категорії обліковуються при наявності у пацієнтів вказаних у додатку станах;
- діагнози, що відносяться до групи «Наслідки», не можуть бути основним діагнозом;
- діагнози всіх послуг (СР1-СР4) є підґрунтям для надання реабілітаційних послуг дітям, крім того у послугі СР4 визначено додаткові діагнози, які стосуються тільки дітей, і які не включено в перелік діагнозів послуг СР1-СР4;
- при кодуванні діагнозів дотримуватися правил системи подвійного кодування («хрестик і зірочка»);
- послуги, що відносяться до найвищої складності (СР1), в переліку яких наявні коди «Травми внутрішніх органів», оплачуються не більше двох реабілітаційних циклів, наступні реабілітаційні цикли будуть оплачені як послуги високої складності (СР2).

Щодо принципу оплати послуг за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах»

НСЗУ оплачує послуги, що включені до пакету медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах», що надавалися фахівцями з реабілітації з відповідним обліком в індивідуальному реабілітаційному плані не менше однієї реабілітаційної сесії на день протягом не менше 14 календарних днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 днів), у тому числі не підряд, але не більше двох послуг (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги, із наступним завершенням надання реабілітації або переходу на інший нижчий чи вищий обсяг реабілітації) протягом року для одного дорослого пацієнта. У разі надання реабілітаційної допомоги дітям – не більше чотирьох послуг (реабілітаційних циклів, які завершені із заключним реабілітаційним обстеженням з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги) протягом року.

Наголошуємо, що індивідуальний реабілітаційний план розробляється відповідно до потреб пацієнта, тому:

- реабілітаційний цикл може тривати більше ніж 14 днів, поки не будуть досягнуті намічені цілі в індивідуальному реабілітаційному плані, або поки не буде вирішено питання щодо неможливості відновлення порушених чи

втрачених фізичних навичок і пацієнт перейде під дію відповідних нормативно-правових актів щодо реабілітації осіб з інвалідністю;

- надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах може перериватися, продовжуватися деякий час в домашніх умовах і знов надаватися в амбулаторних умовах, але ця допомога повинна надаватися в рамках одного реабілітаційного циклу – 14 календарних послідовних або непослідовних днів надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах.

Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на медичну послугу, яка становить 10 820 гривень.

До ставки на медичну послугу (один реабілітаційний цикл) застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності та комплексності наданої послуги, які становлять:

1,0 - коефіцієнт при наданні реабілітаційної послуги за умови наявності у пацієнта протягом останніх 3 календарних місяців медичного запису про медичні послуги надані за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” або “Медична допомога при гострому мозковому інсульті” або «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (послуги, які належать до категорій послуг CP1, CP2 та CP3);

0,7 - коефіцієнт при наданні реабілітаційної послуги пацієнтам без наявності протягом останніх 3 календарних місяців медичного запису про медичні послуги надані за пакетом медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” або “Медична допомога при гострому мозковому інсульті” або «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (послуги, які належать до категорій послуг CP1, CP2 та CP3).

Фактична вартість медичних послуг з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у амбулаторних умовах за місяць, що надаються за кожним договором, розраховується як добуток ставки на медичну послугу та кількості фактично наданих послуг (завершений реабілітаційний цикл тривалістю не менше 14 календарних днів).

Підставами надання послуг є:

- направлення лікаря з надання ПМД, якого обрано за декларацією про вибір лікаря;
- направлення лікуючого лікаря, у тому числі лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.

Звертаємо увагу на перелік фахівців та перелік посад, направлення від яких не буде підставою (відповідно до кваліфікаційних характеристик) для отримання пацієнтом реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах: фізичний терапевт, ерготерапевт, лікар-дієтолог, лікар з ультразвукової діагностики, лікар-рентгенолог, лікар з функціональної діагностики, лікар-лаборант, лікар-лаборант-імунолог, лікар-лаборант-генетик, лікар-лаборант з клінічної біохімії, лікар-фізіотерапевт, лікар-стажист, лікар-інфекціоніст, лікар-інфекціоніст дитячий, лікар з медицини невідкладних станів, лікар-

отоларинголог, лікар-отоларинголог дитячий, лікар-анестезіолог, лікар-гастроентеролог, лікар-гастроентеролог дитячий, лікар-профпатолог, лікар-ендоскопіст, лікар-педіатр-неонатолог, лікар-терапевт цехової лікарської дільниці, лікар-токсиколог, медичний директор, завідувач, лікар приймальної палати (відділення), заступники з числа лікарів.

Щодо особливостей внесення в ЕСОЗ інформації про надану реабілітаційну допомогу дорослим і дітям у амбулаторних умовах за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах»

Відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в ЕСОЗ, затвердженого наказом МОЗ від 28 лютого 2020 року № 587, сукупність всіх записів про пацієнта в Реєстрі складає електронну медичну карту пацієнта. Медичні записи, що внесені до Реєстру відповідно до цього Порядку, є первинною обліковою медичною документацією в електронній формі. Тому в ЕСОЗ необхідно вносити інформацію щодо всіх наданих медичних послуг і не вносити інформацію щодо ненаданих, оскільки це буде вважатися фальсифікацією медичної документації.

Для коректного внесення інформації до ЕСОЗ за допомогою медичної інформаційної системи (далі – МІС), яка підключена до центральної бази даних ЕСОЗ, з метою включення її до звіту про фактично надані медичні послуги, надаємо рекомендації щодо ведення ЕМЗ, що свідчать про надану медичну допомогу, і маркуються як такі, що відносяться до пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах».

Алгоритм ведення ЕМЗ при наданні реабілітаційної допомоги дорослим та дітям у амбулаторних умовах:

Крок 1. Пошук e-направлення в ЕСОЗ. Амбулаторна медична допомога без направлення не включається до зазначеного пакету, відповідно до умов надання послуги. Пошук направлення виконується за груповим номером направлення. Після того як направлення було знайдено, його потрібно взяти в обробку.

Крок 2. Створення епізоду (реабілітаційний цикл тривалістю не менше 14 календарних послідовних або не послідовних днів є одним епізодом). Датою відкриття епізоду є день першого консультування пацієнта лікарем щодо визначення подальшого плану реабілітаційної допомоги. Епізод не створюється, якщо лікар виконує медичні записи в рамках раніше створеного епізоду.

- «тип епізоду» – реабілітація;
- «назва епізоду» – текстове поле, яке заповнюється лікарем у довільній формі;
- «лікуючий лікар» – зазначається ПІБ лікаря, який створив епізод. Такий лікар вважається лікуючим лікарем в рамках даного епізоду.

Крок 3. Створення ЕМЗ «Взаємодія».

- «посилання на направлення» – вказується посилання на направлення, за яким пацієнт/пацієнтка звертається до лікаря.
- «місце надання послуг» – вказується місце надання послуг, в якому лікар консультував пацієнта/пацієнтку.
- «клас взаємодії» – амбулаторна медична допомога.

- «виконавець» – вказується лікар, який консультиував пацієнта/пацієнтку.
- «тип взаємодії з пацієнтом» – вказується «візит пацієнта/пацієнтки в заклад».

Важливо: взаємодія відкривається на кожний візит пацієнта в заклад з метою консультиування фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної команди, тому для оцінювання стану пацієнта взаємодії створюються обов'язково на початку реабілітаційного циклу та по його закінченню. Також взаємодії створюються при консультиуванні особи, якій надається реабілітаційна допомога, іншими спеціалістами.

Крок 4. Основний діагноз – вказується відповідно до переліку діагнозів Додатку 1 з дотриманням правил вказаних вище (пункт «Щодо обліку наданої реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах в ЕСОЗ»).

– *Клінічний статус основного діагнозу*

- активний
- рецидив
- вилікуваний / завершений.

– *Статус достовірності діагнозу* – «Заключний».

Крок 5. Додатковий діагноз – вказується відповідно до переліку діагнозів Додатку 1 з дотриманням правил вказаних вище (пункт «Щодо обліку наданої реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах в ЕСОЗ»).

Крок 6. Створення Плану лікування, який має бути активовано фіксацією **первинного** призначення на наступну активність з пацієнтом. У плані лікування зазначаються фахівці з реабілітації, яких залучено до надання реабілітаційної допомоги, та кількість процедур, що повинні бути виконані кожним фахівцем. Без створеного Плану лікування, послуга не буде підлягати оплаті.

Крок 7. Створення процедури фахівцями з реабілітації (лікарем-психологом та/або лікарем-психотерапевтом та/або фізичним терапевтом та/або ерготерапевтом тощо) під час **кожного відвідування пацієнтом закладу** для отримання реабілітаційних послуг. Вказується дата процедури, коди відповідних інтервенцій, посада та прізвище особи, яка надала відповідні послуги з реабілітації. **Без сформованих ЕМЗ «процедура» в рамках одного епізоду послуга не буде підлягати оплаті.**

Крок 8. Проведені дії – опис проведених дій відбувається за НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій». Вказуються коди інтервенцій, які були проведені під час візиту пацієнта в заклад (крім тих, на які створено ЕМЗ «Процедура»).

Крок 9. Закриття епізоду – після закінчення реабілітаційного циклу закривається план лікування. Датою закриття епізоду вказується дата, коли пацієнт закінчує реабілітаційний цикл/курс, відповідно до індивідуального реабілітаційного плану.

Отже, на кожен окремий реабілітаційний цикл (тривалістю не менше 14 послідовних або непослідовних календарних днів реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах) повинно бути створено:

- один епізод;

- щонайменше 2 взаємодії (одна на початку реабілітаційного циклу, друга в кінці реабілітаційного циклу), в яких вказано коди консультацій членами мультидисциплінарної команди та коди проведених ними обстежень й оцінювань стану пацієнта);
- один план лікування;
- не менше 14 процедур (1 процедура на день, сформована фахівцем з реабілітації, упродовж 14 послідовних або непослідовних календарних днів), в яких фахівці з реабілітації обліковують інтервенції, що безпосередньо стосуються надання реабілітаційної допомоги (Додаток 2).

У такому випадку надана реабілітаційна послуга буде підлягати оплаті за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах».

Звертаємо увагу на те, що:

- дата початку лікування вказана в плані лікування має відповідати даті початку амбулаторного епізоду реабілітації. Послуги, які надавались в період поза межами дії плану лікування не будуть підлягати оплаті;
- епізоди, в яких закодовано **виключно консультації фахівців з реабілітації**, не будуть вважатися реабілітаційною послугою, наданою в повному обсязі, і будуть рахуватись як послуги, що надавались за пакетом медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»;
- інтервенція «96162-00 Лікувальний масаж або терапевтична маніпуляція щодо сполучної/м'яких тканин, не класифіковані в інших рубриках», як така що може замінити потребу у фізичній реабілітації, може бути використана лише для дитячого населення віком від 3 років до 6 років 11 місяців 30/31 днів/день. Для дитячого населення 7 років і старше інтервенція «96162-00 Лікувальний масаж або терапевтична маніпуляція щодо сполучної/м'яких тканин, не класифіковані в інших рубриках» може використовуватись, але виключно разом із не менше 14 або більше інтервенцій (процедур) визначених для окремого фахівця з категорії «Надання реабілітаційної допомоги (вправи, тренування тощо)» (Додаток 2).

Пріоритет діяльності НСЗУ – ефективна реалізація програми медичних гарантій в інтересах усіх пацієнтів, щоб кожен мав доступне та належне лікування.

Працюємо разом заради Перемоги України та здоров'я наших людей!

Додаток 1: на 23 арк., в 1 прим.

Додаток 2: на 5 арк., в 1 прим.

Голова



Наталія ГУСАК

