



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, (044) 426-67-77, код згідно з ЄДРПОУ 42032422
e-mail: info@nszu.gov.ua

№ 1424-18
від "29" 12 2018 р.
на № _____
від " " _____ 20 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 «понадлімітні» 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 перевищеним?

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 вираховані 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%	понад 150%			
Сімейний лікар I	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.

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

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

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