



MEDICS

ПМГ 2026



## ЗМІСТ

### ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3, 4, 47 ПАКЕТИ (Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня, стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій)

7 ПАКЕТ (Медична допомога при пологах)

8 ПАКЕТ (Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках)

9 ПАКЕТ (Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах)

10-15 ПАКЕТИ (Пріоритетні амбулаторні пакети)

20 ПАКЕТ (Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах)

21 ПАКЕТ (Діагностика, лікування та супровід осіб із віл (та підозрою на віл))

22 ПАКЕТ (Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії)

23 ПАКЕТ (Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям)

24 ПАКЕТ (Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям)

25 ПАКЕТ (Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя)

34 ПАКЕТ (Стоматологічна допомога дорослим та дітям)

35 ПАКЕТ (Ведення вагітності в амбулаторних умовах)

53/54 ПАКЕТ (Реабілітаційна допомога)

ПОСТАНОВА № 1808 від 31 грудня 2026 р.



## ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

**Тариф** на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які передбачені специфікаціями, визначається як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, та становить **1007,3 гривні на рік** (2025 р. - 844,4 грн)

До базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти:

- залежно від вікової групи пацієнта (без змін порівняно з 2025 р.):
- гірський коефіцієнт, який становить 1,2
- сільський коефіцієнт, який становить 1,1\* або 1,2\*
- **коефіцієнт щільності**, який становить 1,2 у разі, коли послуги надаються за місцями провадження господарської діяльності, показник населення в яких є вдвічі нижчим за показник середньої густоти населення в Україні без урахування площі та населення адміністративних центрів територіальних громад

До базової капітаційної ставки застосовується один найбільший з коригувальних коефіцієнтів (або гірський, або сільський)

Коефіцієнти по деклараціях понад ліміт залишилися такі самі, як в 2025 р.



## ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Якщо пацієнт **НЕ має статусу «успішна верифікація»** застосовується коригувальний коефіцієнт **0** (без змін порівняно з 2025 р.)

До капітаційної ставки за один місяць за обслуговування пацієнтів, що подали декларацію про вибір лікаря, застосовується коригувальний **коефіцієнт 0**, якщо такий лікар **за останніх 365 календарних днів** до 1 числа місяця звітного періоду **перебував на території України менше 270 календарних днів**, якщо це спричинило порушення умов договору, встановленого за результатами моніторингу.

**Базова ставка за лікування туберкульозу становить 835 гривень (без змін)**, до якої застосовуються такі коригувальні коефіцієнти, які встановлюються відповідно до результату лікування:

**2 (1 670 грн)** — за місяць, в якому пацієнт досяг результату «вилікуваний» і «лікування завершено» згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

**0,75 (626 грн)** — за кожен місяць, в якому пацієнт **продовжує лікування**.



## ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Індикатором рівня вакцинації є досягнення цільового рівня охоплення дітей імунізацією згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ, середній рівень по закладу охорони здоров'я за визначений період 2025 року плюс 20 відсотків або досягнення не більше 95 відсотків для кожного окремого захворювання (для дітей до шести років (включно))

Один раз на рік до 30 листопада НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині рівня охоплення популяційним скринінгом раку молочної залози, шийки матки, колоректального раку.

**3 1 вересня** надавачі медичних послуг з надання первинної медичної допомоги **повинні відповідати додатковим вимогам до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені описом медичних послуг (специфікаціями).**

## 3, 4, 47 ПАКЕТИ

Тариф на медичні послуги - **8 735 гривень** (без змін)

НСЗУ не оплачує та не враховує під час розрахунку глобальної ставки послуги закладам за вказаними ДСГ, які **не відповідають умовам:**

ДСГ	Причина не оплати
<b>I01, I03, I04, I05, I31, I32, I33</b>	Відсутні в переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з безоплатного ендопротезування суглобів, затвердженому МОЗ
<b>C01-C63</b>	Не включені до переліку закладів охорони здоров'я, які надають послуги з встановлення штучного кришталіка та стаціонарної офтальмологічної допомоги, затвердженого МОЗ
<b>R01-R63</b>	Відсутній договір на пакети №17 та/або №38 (онкологія)
<b>B69, B70</b>	Відсутній договір на пакет №5 (інсульт)
<b>U40-U67</b>	Відсутній договір на пакетами №19 та/або №72 (психіатрія)
<b>P69</b>	Відсутній договір на пакетом №8 (неонатологія)
<b>O03-O67</b>	Відсутній договір на пакетом №7 (пологи)



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ

Глобальна ставка	Коеф.
Коефіцієнт частки застосування глобальної ставки протягом періоду з 1 січня до 31 грудня 2026 р.	<b>0,45</b>
Коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу за умови відповідності додатковим умовам	<b>1,2 / 1,3</b>
Гірський коефіцієнт	<b>1,2</b>
Коефіцієнт за проліковані випадки з надання медичної допомоги дітям	<b>додаток 1</b>
Коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям	<b>1,1</b>
Коефіцієнт за тривалість лікування менше за нижнє референтне значення	<b>не відомо</b>
Коефіцієнт за планову допомогу	<b>0,8</b>
Додатковий коригувальний при кількості повторних пролікованих випадків протягом 30 календарних днів від 10% до 40% / більше 40%	<b>0,6 / 0,4</b>
Додатковий коригувальний коефіцієнт за проліковані випадки з тривалістю лікування 3 доби та менше від 20% до 40% / більше 40%	<b>0,6 / 0,4</b>
Додатковий коригувальний коефіцієнт за випадки лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями коли відсоткова кількість випадків від 20% до 40% / більше 40%	<b>0,6 / 0,4</b>
Коефіцієнт до вагових коефіцієнтів відповідних ДСГ за проліковані випадки з діагнозами C00-D09, D37-D48	<b>0,5</b>
Вагові та додаткові коефіцієнти, що застосовуються до пролікованих випадків за групами складності в межах кардіохірургічних ДСГ	<b>додаток 2</b>



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ

Коригуючі коефіцієнти за пролікований випадок	Коеф.
Коефіцієнт частки застосування глобальної ставки на пролікований випадок з 1 січня до 31 грудня 2026 р.	<b>0,55</b>
Коефіцієнт збалансованого бюджету станом на 1 січня 2026 р.	<b>1</b>
Ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи	<b>додаток 1</b>
Коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу за умови відповідності додатковим умовам	<b>1,2 / 1,3</b>
Гірський коефіцієнт	<b>1,2</b>
Коефіцієнт за проліковані випадки з надання медичної допомоги дітям, який додається до вагових коефіцієнтів ДСГ	<b>додаток 1</b>
Коефіцієнт для випадків з тривалістю лікування в межах референтних значень пацієнтів з травматичними ушкодженнями (основний діагноз класу S або T)	<b>додаток 1</b>
Коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям	<b>1,1</b>
Коефіцієнт за тривалість лікування менше за нижнє референтне значення	<b>не відомо</b>
Коефіцієнт за дві або більше операцій пацієнту з травматичними ушкодженнями (діагнози класу S та/або T)	<b>1, 0,75, 0,6</b>
Коефіцієнт за планову медичну допомогу	<b>0,8</b>
Коефіцієнт для випадків з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями	<b>0,6</b>
Коефіцієнт до вагових коефіцієнтів відповідних ДСГ за проліковані випадки з діагнозами C00-D09, D37-D48	<b>0,5</b>
Вагові та додаткові коефіцієнти, що застосовуються до пролікованих випадків за групами складності в межах кардіохірургічних ДСГ	<b>додаток 2</b>

## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ

Коефіцієнт ДСГ	Коеф.
Коефіцієнт за одну добу лікування у відділенні інтенсивної терапії (починаючи з другої доби)	0,1
Коефіцієнт за умови проведення діалізу при гострих станах в рамках одного пролікованого випадку	2
Коефіцієнт для пролікованих випадків, віднесених до діагностично-спорідненої групи В40 за наявності електронного медичного запису “Процедура” з кодом інтервенції 13750-00	0,249

До розрахунку ставки на пролікований випадок **не включаються проліковані випадки**, в яких за даними електронної системи охорони здоров'я **у стаціонарному епізоді відсутні коди проведених медичних втручань або зазначено тільки код А67010 Стаціонарне лікування загального напрямку**

Вартість послуг адміністраторів та експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи становить **1847,2 гривні**, що відповідає вартості розгляду однієї справи (прийнятого рішення)



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ГБ)

- Коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить: **1,3** (за умови надання допомоги дітям) та **1,2** (за умови надання допомоги дорослим) (застосовується до пакетів медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” та “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”)
- Гірський коефіцієнт, який становить **1,2** і застосовується до послуг, передбачених пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, які надані в місцях надання медичних послуг, що розташовані у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”;
- Додатковий коефіцієнт за проліковані випадки з надання медичної допомоги дітям, який додається до вагових коефіцієнтів ДСГ (**додаток 1**) застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” **для надкластерних та кластерних ЗОЗ, ЗОЗ державної форми власності НАМН та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в КМУ від 12 листопада 2024 р. № 1295**



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ГБ)

- Коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить **1,1** і застосовується до коригувальних коефіцієнтів ДСГ з переліку, тривалість лікування яких перевищує референтний показник, та **включається до умов договору з надавачами медичних послуг, визначених переліком МОЗ.** (застосовується до пакетів медичних послуг *“Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”*, *“Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”*)
- Коефіцієнт за проведення оперативного втручання для пролікованих випадків за відповідною ДСГ з тривалістю лікування менше за нижнє референтне значення показника тривалості лікування **(на даний час коеф. невідомі)** відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ (застосовується до пакета медичних послуг *“Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”*)
- Коефіцієнт для пролікованих випадків з тривалістю лікування меншою за нижнє референтне значення за кожен день лікування **(на даний час коеф. невідомі)** відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ, застосовується до пакетів медичних послуг *“Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”*, *“Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”*



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ГБ)

- **Коефіцієнт 0,8** — для пролікованих випадків з пріоритетом звернення «планова медична допомога» за пакетом медичних послуг «*Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій*», **крім** випадків лікування **дітей віком до 18 років**
- **Додатковий коригувальний коефіцієнт, який застосовується при повторній госпіталізації пацієнта в той самий заклад протягом 30 календарних днів після виписки пацієнта з діагнозом, що входить в одну основну діагностичну категорію (за пакетами “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”), і становить:**
  - ✓ **коефіцієнт 0,6**, коли відсоткова кількість повторних пролікованих випадків **протягом 30 к.д.** після виписки пацієнта **з діагнозом, що входить в одну ОДК**, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить **від 10% до 40%** у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.);
  - ✓ **коефіцієнт 0,4**, коли відсоткова кількість повторних пролікованих випадків **протягом 30 к.д.** після виписки пацієнта **з діагнозом, що входить в одну ОДК**, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить **більше 40%** у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.);

## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ГБ)

- **Додатковий коригувальний коефіцієнт за проліковані випадки з тривалістю лікування три доби та менше** (за пакетом “*Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій*”), який становить:
  - ✓ **коефіцієнт 0,6** - коли відсоткова кількість пролікованих випадків (*крім випадків переведення або смерті пацієнтів*) **з тривалістю лікування три доби та менше**, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить **від 20% до 40%** у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (*з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.*);
  - ✓ **коефіцієнт 0,4** - коли відсоткова кількість пролікованих випадків (*крім випадків переведення пацієнтів або смерті*) **з тривалістю лікування три доби та менше**, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить **більше 40%** у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (*з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.*);

## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ГБ)

- **Додатковий коригувальний коефіцієнт, який застосовується за випадки лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ (за пакетами “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”), який становить:**
  - ✓ **коефіцієнт 0,6** - коли відсоткова кількість випадків лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить **від 20% до 40%** у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.);
  - ✓ **коефіцієнт 0,4** - коли відсоткова кількість випадків лікування пацієнтів з амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями, до загальної кількості пролікованих випадків за пакетом становить **більше 40%** у періоді, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р.);



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ГБ)

- **Коефіцієнт 0,5**, що застосовується до вагових коефіцієнтів відповідних ДСГ за проліковані випадки з діагнозами **C00-D09, D37-D48** в закладах охорони здоров'я, **які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. провели менше 100 хірургічних втручань за такими діагнозами**, крім дитячих лікарень та закладів охорони здоров'я державної форми власності Національної академії медичних наук та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 12 листопада 2024 р. № 1295. *(застосовується до пакету “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*
- **Вагові та додаткові коефіцієнти, що застосовуються до пролікованих випадків за групами складності в межах кардіохірургічних ДСГ до медичних послуг (додаток 2) для закладів охорони здоров'я, які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. провели 50 та більше хірургічних втручань за ДСГ - F03, F04, F05, F06, F07, F09, F10, F19, F24 та/або провели 30 та більше втручань з відновлення максимально можливого кровотоку у коронарних артеріях серця за пакетом “Медична допомога при гострому інфаркті міокарда”.** *(застосовується до пакету “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК)

- **Коефіцієнт збалансованості бюджету**, що розраховується не рідше одного разу на квартал у порядку, визначеному в **додатку 3**. **Станом на 1 січня 2026 р.** значення коефіцієнта збалансованості бюджету **становить 1**;
- **Ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи**, значення якого наведені в **додатку 1**
- **Коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам**, визначеним в умовах закупівлі, який становить **1,3** (за умови надання допомоги дітям) та **1,2** (за умови надання допомоги дорослим) (застосовується до пакетів медичних послуг “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” та “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”)
- **Гірський коефіцієнт**, який становить **1,2** і застосовується до послуг, які надані в місцях надання медичних послуг, що розташовані у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК)

- **Додатковий коефіцієнт за проліковані випадки з надання медичної допомоги дітям, який додається до вагових коефіцієнтів ДСГ (додаток 1) для надкластерних та кластерних закладів охорони здоров'я, ЗОЗ державної форми власності та/або закладів охорони здоров'я НАМН та МОЗ, що не мали договору за відповідним пакетом із НСЗУ та/або визначені в постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391.**  
*(застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*
- **Додатковий коефіцієнт для випадків з тривалістю лікування в межах референтних значень пацієнтів з травматичними ушкодженнями (основний діагноз класу S або T за міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-10) відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ), який додається до вагового коефіцієнта ДСГ, зазначених у додатку 1. Коефіцієнт застосовується для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, визначеним МОЗ**  
*(застосовується до пакета “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК)

- Коефіцієнт за надання пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, який становить **1,1** і застосовується до коригувальних коефіцієнтів ДСГ, тривалість лікування яких перевищує верхнє референтне значення, та включається до умов договору з надавачами медичних послуг, визначених переліком МОЗ  
*(застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*
- Коефіцієнт за проведення оперативного втручання для пролікованих випадків **з тривалістю лікування менше за нижнє референтне значення (на даний час коеф. невідомі)** показника тривалості лікування за відповідною ДСГ відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ  
*(застосовується до пакета “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*
- Коефіцієнт для пролікованих випадків **з тривалістю лікування меншою за нижнє референтне значення за кожен день лікування (на даний час коеф. невідомі)** відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ  
*(застосовується до пакетів медичних послуг “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”, “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”)*



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК)

- Коефіцієнт за умови виконання двох або більше операцій пацієнту з травматичними ушкодженнями (діагнози класу S та/або T за міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-10) у рамках одного пролікованого випадку відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ, для надавачів медичних послуг, які мають коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, визначеним МОЗ, застосовується підхід, що включає сукупність тарифів за виконання кількох операцій (**не більше п'яти операцій включно**), зокрема **100%** коефіцієнта ДСГ за проведення операції з найбільшим ваговим коефіцієнтом ДСГ **+75%** коефіцієнта ДСГ за проведення операції з наступним найбільшим ваговим коефіцієнтом, **+60%** коефіцієнта ДСГ за проведення кожної наступної операції;
- Коефіцієнт **0,8** - до вагових коефіцієнтів ДСГ для пролікованих випадків з пріоритетом звернення "**планова медична допомога**" за пакетом медичних послуг "**Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій**", **крім випадків лікування дітей віком до 18 років**.

## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК)

- Коефіцієнт **0,6** - до вагових коефіцієнтів для пролікованих випадків з **амбулаторно-асоційованими станами та/або амбулаторно-асоційованими інтервенціями відповідно до алгоритмів і правил, визначених НСЗУ** (за пакетами “*Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій*”, “*Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах*”, “*Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня*”)
- Коефіцієнт **0,5** - до вагових коефіцієнтів відповідних ДСГ за проліковані випадки з діагнозами **C00-D09, D37-D48** в ЗОЗ, які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. **провели менше 100 хірургічних втручань** за такими діагнозами (за пакетом “*Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах*”)
- Вагові та додаткові коефіцієнти за проліковані випадки в межах кардіохірургічних ДСГ **F01-F10, F12, F14, F17-F19, F24, F25 (додаток 2)**, що застосовуються до пролікованих випадків у ЗОЗ, які з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. провели **50 та більше хірургічних втручань** за ДСГ: F03-F07, F09, F10, F19, F24 та/або провели **30 та більше втручань** з відновлення максимально можливого кровотоку у коронарних артеріях серця за пакетом “*Медична допомога при гострому інфаркті міокарда*”. До випадків надання медичної допомоги у ЗОЗ, які провели **менше 50 хірургічних втручань** за період з 1 квітня по 30 вересня 2025 р. за згаданими ДСГ, застосовуються коефіцієнти, наведені у **додатку 1** (за пакетом “*Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах*”)



## 3, 4, 47 ПАКЕТИ – КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ (ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК)

- **Коефіцієнт 0,1** - за одну добу лікування у відділенні інтенсивної терапії (**починаючи з другої доби лікування у відділеннях інтенсивної терапії**) загальною тривалістю **не більше 7 діб**, що додається до коригувального коефіцієнта визначених ДСГ (крім ДСГ з інвазивною вентиляцією) за пролікований випадок, під час якого пацієнту надавалася медична допомога у ВІТ (*для надкласстерних та класстерних закладів охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я державної форми власності*); коефіцієнт застосовується для закладів, у ВІТ яких 20% і більше пацієнтів перебували на штучній вентиляції легень
- **Коефіцієнт 2** від базової ставки на добу **за умови проведення діалізу при гострих станах в рамках одного пролікованого випадку** (*для надавачів медичних послуг, до яких застосовується коефіцієнт пролонгованої стаціонарної медичної допомоги дорослим та дітям, за переліком, затвердженим МОЗ, та ЗОЗ державної форми власності*)
- **Коефіцієнт 0,249** від базової ставки на добу - для пролікованих випадків, віднесених до ДСГ **В40 “Плазмаферез при неврологічних захворюваннях”** за наявності електронного медичного запису **“Процедура”** з кодом інтервенції **13750-00 Терапевтичний (лікувальний) плазмаферез** (*за пакетом “Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”*)



## 7 ПАКЕТ (МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ)

**Тариф на медичні послуги** з надання медичної допомоги при пологах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить **15 137 гривень**

До ставки на пролікований випадок застосовується **коригувальний коефіцієнт за надання комплексних медичних послуг матері та дитині**, який становить **1,3**.

**Без змін порівняно з 2025 р.**

## 8 ПАКЕТ (МЕДИЧНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ У СКЛАДНИХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКАХ)

### Зросли коефіцієнти на деякі послуги

Код послуги	Коеф. 2025	Коеф. 2026	Послуга
<b>P02</b>	29,38	<b>39,77</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q) із кардіоторакальними хірургічними операціями та операціями на судинах
<b>P03</b>	22,28	<b>27,54</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 1000—1499 грамів, із суттєвими загальними втручаннями або вентиляцією $\geq 96$ годин
<b>P04</b>	18,9	<b>22,12</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 1500—1999 грамів, із суттєвими загальними втручаннями або вентиляцією $\geq 96$ годин
<b>P05</b>	17,52	<b>21,05</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 2000—2499 грамів, із суттєвими загальними втручаннями або вентиляцією $\geq 96$ годин
<b>P06</b>	13,6	<b>15,21</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації $\geq 2500$ грамів, із суттєвими загальними втручаннями або вентиляцією $\geq 96$ годин
<b>P08</b>	48,29	<b>55,02</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P) або класу XVII (Q), вага при госпіталізації 750—999 грамів, із суттєвими загальними втручаннями
<b>P11</b>	23,66	<b>26,11</b>	Лікування новонароджених із діагнозами класу XVI (P), вага при госпіталізації 750—999 грамів, без суттєвих загальних втручань



## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

Ставка на медичні послуги - **155 грн** (без змін)

- Додано клас «Радіаційна терапія непухлинних захворювань» до сервісу «Процедури»
- Додано клас «Ядерна медицина, зокрема радіоізотопна діагностика (включно з радіофармацевтичними препаратами)» до сервісу «Інструментальна діагностика»
- Додано клас «Магнітно-резонансна томографія з Контрастуванням» до сервісу «Інструментальна діагностика» (коеф. 18,2)
- Зросли коефіцієнти класів МРТ та КТ:

Клас	Коеф. 2025	Коеф. 2026
Магнітно-резонансна томографія без контрастуванням	4,48	10,1
Комп'ютерна томографія без контрастування	3,5	7,7
Комп'ютерна томографія з контрастуванням	7,85	15,4

## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

Додаткові коефіцієнти до коригувальних коефіцієнтів за класами медичних послуг за сервісом “Консультування та лікування”

**1** - за консультування в рамках епізодів “Лікування” та “Діагностика”, **не більше двох послуг у межах одного класу на одного пацієнта в місяць**, за виключенням лікаря-терапевта, лікаря-фізіотерапевта та лікаря фізичної та реабілітаційної медицини - **одна консультація на місяць**;

**2** - за консультування та лікування в рамках епізодів “Лікування” та “Діагностика” лікарями надкластерних закладів, закладів НАМН, Національної академії наук, Державного управління справами, МОЗ, **не більше двох послуг у межах одного класу на одного пацієнта в місяць**. У разі надання двох послуг одному пацієнту протягом одного місяця в межах одного класу даного сервісу оплата послуги із застосуванням коефіцієнта **2 здійснюється лише за одну послугу, інша послуга** даного класу оплачується із застосуванням коефіцієнта **1**;

**0,9** - за консультування в рамках епізоду “Профілактика”, **одна послуга за класом на одного дорослого пацієнта в місяць** (відповідно до алгоритмів та правил, визначених НСЗУ);



## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

Додатковий коефіцієнт, визначений залежно від відсотка приросту кількості послуг за сервісом “Консультавання та лікування” за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я) за вересень, порівняно з базовим періодом (квітень), у разі приросту за цей час наданих послуг:

від 20 до 50 відсотків - коефіцієнт **0,8**

від 50 до 150 відсотків - коефіцієнт **0,65**

понад 150 відсотків - коефіцієнт **0,6**

Вказані коефіцієнти застосовуються тільки у разі, коли за базовий період (квітень) в електронній системі охорони здоров’я було **більше 100 послуг за сервісом “Консультавання та лікування”**

Додатковий коефіцієнт **0,8** у разі, коли частка кількості **послуг за направленнями, що надійшли від лікарів первинної медичної допомоги, є нижче ніж 50 відсотків загальної кількості послуг**, наданих надавачем за сервісом “Консультавання та лікування”

## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

**Додатковий коефіцієнт за сервісом “Лабораторна діагностика”**, який застосовується до надавача медичних послуг у разі, коли середнє значення виконаних ним лабораторних досліджень з розрахунку на одного пацієнта за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я), наданих за направленнями лікарів цього ж закладу (заокруглене до першого знака після коми), перевищує 2,8 дослідження, та становить:

від 2,9 до 4 досліджень - **0,9**

від 4,1 до 5 досліджень - **0,8**

від 5,1 до 8 досліджень - **0,75**

від 8,1 і більше - **0,6**

**Додатковий коефіцієнт за класом “Ультразвукове дослідження”** сервісу “Інструментальна діагностика”, який становить **0,8** і застосовується у разі, коли **середня кількість ультразвукових досліджень із розрахунку на одного пацієнта, виконаних за направленням лікарів цього ж закладу у межах того самого закладу охорони здоров’я за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров’я) перевищує 1,21**



## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

**Коефіцієнт 0,6** застосовується до глобальної ставки надавачів медичних послуг, які є кластерними/надкластерними закладами охорони здоров'я та мають надавати цілодобову спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам при ургентних (невідкладних) станах, при цьому мають медичні записи в електронній системі охорони здоров'я щодо надання **не більше 180 послуг** з такої допомоги за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я), **крім закладів охорони здоров'я онкологічного, інфекційного, фтизіатричного, психіатричного, акушерського, кардіологічного, нейрохірургічного напрямів**

**Надання медичної допомоги за даним сервісом є обов'язковим для зазначених закладів охорони здоров'я, які мають укладений договір та відповідають додатковим вимогам специфікацій та умовам закупівлі за пакетами "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах" та "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій"**

## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

**Коефіцієнт 0,6** застосовується до глобальної ставки надавачів (крім ЗОЗ онкологічного, інфекційного, фтизіатричного, психіатричного, шкірно-венерологічного напрямів, а також закладів державної форми власності та закладів, які надають допомогу виключно дітям), а також тих ЗОЗ, що мали укладений договір про надання послуг за сервісом “Інструментальна діагностика” за класами “Комп’ютерна томографія з контрастуванням” та/або “Комп’ютерна томографія з контрастуванням”, та/або “Магнітно-резонансна томографія” у разі невідповідності вимогам щодо комплексності послуг, зокрема:

- у разі кількості медичних записів у ЕСОЗ **менше ніж 120 послуг** за розрахунковий період у разі надання медичних послуг щонайменше **за двома класами сервісу “Консультація та лікування”**
- у разі кількості медичних записів у ЕСОЗ **менше ніж 60 послуг** за розрахунковий період у разі надання медичних послуг щонайменше **за одним класом сервісу “Процедури”**
- у разі кількості медичних записів у ЕСОЗ **менше ніж 60 послуг** за розрахунковий період у разі надання медичних послуг **щонайменше за двома класами сервісів “Лабораторна діагностика” та/або “Інструментальна діагностика”**



## 9 ПАКЕТ (ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

**Коефіцієнт 0,6** застосовується до глобальної ставки надавачів, у яких частка послуг за сервісом **“Консультавання та лікування”** у структурі наданих послуг **за всіма сервісами**, крім послуг **«Ургентні стани»** в кластерному або надкластерному закладі охорони здоров'я, становить **не більше ніж 33%**

**Коефіцієнт 0,6** застосовується під час розрахунку глобальної ставки надавачів за сервісом **“Лабораторна діагностика”** за період, що використовується для розрахунку глобальної ставки (з 1 квітня до 30 вересня 2025 р. згідно з даними електронної системи охорони здоров'я) за вересень, порівняно з базовим періодом (квітень), **у разі приросту за цей час наданих послуг понад 80 відсотків**, крім закладів охорони здоров'я онкологічного профілю, а також закладів державної форми власності та закладів, які надають допомогу виключно дітям.

Вказаний коефіцієнт застосовуються тільки у разі, коли за базовий період (квітень) в електронній системі охорони здоров'я було **більше 1000 послуг за сервісом “Лабораторна діагностика”**.

НСЗУ **не оплачує** надавачу медичні послуги, які передбачені 9 пакетом та надані **протягом одного дня, у разі, коли цього дня пацієнта госпіталізовано** до такого надавача, **крім** наданих медичних послуг пацієнтам, які доставлені бригадою екстреної (швидкої) допомоги. (як в 2025 р.)



## 10-15 ПАКЕТИ (ПРІОРИТЕТНІ АМБУЛАТОРНІ ПАКЕТИ)

**Без змін порівняно з 2025 р.**

Послуга	Тариф
МАМОГРАФІЯ	248,64
ГІСТЕРОСКОПІЯ	2 394,2
ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЯ	912,72
КОЛОНОСКОПІЯ	1 149,96
ЦИСТОСКОПІЯ	976,95
БРОНХОСКОПІЯ	1 178,97



## 20 ПАКЕТ (ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, У СТАЦІОНАРНИХ ТА АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

### Без змін порівняно з 2025 р.

Капітаційна ставка за одного пацієнта за отримане лікування не змінилася і становить **49 620 грн**

Коефіцієнт за початок лікування	Коефіцієнт за завершення лікування
0,75	0,25



## 21 ПАКЕТ (ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ОСІБ ІЗ ВІЛ (ТА ПІДОЗРОЮ НА ВІЛ))

### Без змін порівняно з 2025 р.

Тариф на медичні послуги становить **4 091,04 гривні на рік** (капітаційна ставка)

22 ПАКЕТ (ЛІКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ  
ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ОПІОЇДІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ЗАМІСНОЇ  
ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ)

**Без змін порівняно з 2025 р.**

Тариф на медичні послуги становить **6 874,2 гривні на рік** (капітаційна ставка)

## 23 ПАКЕТ (СТАЦІОНАРНА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ)

### Без змін порівняно з 2025 р.

Тариф на медичні послуги визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить **8 735 грн**. До ставки на пролікований випадок застосовуються коригувальні коефіцієнти відповідно до коду послуги за умови дотримання всіх визначених критеріїв за кожною наданою послугою.

Код послуги	Коефіцієнт
PI1	1,35
PI2	1,8
PI3a	7
PI3b	0,34
PI4	1,54
PI5	1,7
PI6	6,5

За умови невідповідності пролікованого випадку референтним значенням тривалості лікування, застосовуються понижуючі або підвищуючі коригувальні коефіцієнти за кожен день невідповідності референтним значенням тривалості.

Ставка на пролікований випадок під час надання послуг **PI1, PI2, PI3a і PI3b**, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, **які відповідають додатковим умовам**



## 24 ПАКЕТ (МОБІЛЬНА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ)

### Без змін порівняно з 2025 р.

Тариф на медичні послуги визначається як капітаційна ставка на рік, яка становить **69 326,04 гривні**. До базової капітаційної ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти відповідно до коду послуги за умови дотримання всіх визначених критеріїв за кожною наданою послугою.

Код послуги	Коефіцієнт
РА1	0,78
РА2	1,15
РА3	1,2
РА4	0,74
РА5	0,79
РА6	0,73

Фактична вартість медичних послуг розраховується як сума добутків 1/52 капітаційної ставки (*1 333,19 грн*), кількості пацієнтів відповідного класу та коду послуги, які отримували медичні послуги за відповідним пакетом у звітному місяці, та фактичної кількості тижнів, протягом яких здійснено **не менше одного візиту на тиждень**, із застосуванням коригувального коефіцієнта відповідно до класу та коду послуги.

**Кількість візитів**, які здійснюються однією бригадою мобільної паліативної допомоги, **не може перевищувати шести візитів на день на одного лікаря**;

Ставка на пролікований випадок під час надання послуг **РА1, РА2 і РА3**, зазначених у цьому пункті, включається до умов договору з надавачами медичних послуг, які **відповідають додатковим умовам** визначених умовами закупівлі.



## 25 ПАКЕТ (МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕМОВЛЯТ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ПЕРЕДЧАСНО ТА/АБО ХВОРИМИ, ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ)

Тариф на медичні визначається як ставка на медичну послугу, яка становить **8 735 гривень**

До ставки на медичну послугу застосовуються вагові коефіцієнти:

- коефіцієнт за надання реабілітаційних послуг у стаціонарних умовах (Кс) за тривалості реабілітаційного курсу від 14 до 33 діб (референтні значення) - 1,642.

За умови невідповідності медичної послуги референтним значенням тривалості реабілітаційного курсу у стаціонарних умовах застосовується понижуючий коригувальний коефіцієнт 0,1172 за кожен день невідповідності референтному значенню тривалості реабілітаційного курсу.

Розрахунок вартості послуги (В) визначається за формулою:

$$B = 8\,735 \times (K_c - K_p \times (14 - T_L))$$

Кс - коефіцієнт за надання реабілітаційних послуг у стаціонарних умовах;  
Кп - понижуючий коефіцієнт на одну добу;  
ТЛ - тривалість лікування пролікованого випадку.

У разі закінчення реабілітаційного курсу, який проводився у стаціонарних умовах, повторний курс у стаціонарних умовах може бути розпочатий не раніше ніж через один місяць після закінчення попереднього;

- коефіцієнт за надання реабілітаційних послуг в амбулаторних умовах одній дитині протягом одного дня - 0,078

Оплата за надання реабілітаційних послуг в амбулаторних умовах здійснюється після закінчення реабілітаційного циклу та закриття відповідного епізоду.



## 34 ПАКЕТ (СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ)

Глобальна ставка на місяць розраховується як добуток кількості послуг, які надавач готовий надати протягом місяця та ставки на медичні послуги, яка становить **134,68 гривні**

**Без змін порівняно з 2025 р.**

## 35 ПАКЕТ (ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

Тариф на медичні послуги, визначається як капітаційна ставки на місяць, яка становить **921,82 гривні**

**Без змін порівняно з 2025 р.**

## 53/54 ПАКЕТ (РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА) - РЕАБІЛІТАЦІЙНА СПРОМОЖНІСТЬ

Реабілітаційна спроможність **без змін** порівняно з 2025 р. **крім закладів** які одночасно надають послуги за напрямком стаціонарної реабілітації та гострому мозковому інсульті

$$R_{\text{СкомГ}} = ((K_{\text{ф}} - 2K_{\text{фт}}) \times 6 + K_{\text{а}} \times 7 + K_{\text{т}} \times 5) / 3$$

$R_{\text{СкомГ}}$  - реабілітаційна спроможність закладу з урахуванням фактично залучених фізичних терапевтів до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту;

$K_{\text{фт}}$  - кількість посад фізичних терапевтів, залучених до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту

$K_{\text{ф}}$  - кількість зайнятих посад “фізичний терапевт” та “ерготерапевт”;

$K_{\text{а}}$  - кількість зайнятих посад “асистент фізичного терапевта” та “асистент ерготерапевта”;

$K_{\text{т}}$  - кількість зайнятих посад “логопед” (“терапевт мови та мовлення”).

Значення “-2” застосовується з метою виключення з формули обрахунку фізичних терапевтів, які фактично залучені до надання послуг з гострої реабілітації після інсульту



## 53 ПАКЕТ (РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ)

Складність	Кількість циклів	Тривалість
(CP1) найвища складність (CP2) висока складність	до 8 протягом року	не менше 14 діб (крім випадків смерті пацієнта до закінчення зазначених 14 днів)
(CP3) помірна складність (CP4) низька складність	до 2 циклів на рік	
<b>(CP3 та/або CP4) для осіб, звільнених з полону</b>	до 3 циклів на рік	
<b>(CP3 та/або CP4) під час реабілітації станів, спричинених ампутаціями</b>	до 8 протягом року	
<b>(CP3 та/або CP4) у випадку множинних ампутацій кінцівок</b>	до 26 протягом року	
<b>(CP3 та/або CP4) у разі надання реабілітаційної допомоги дітям</b>	до 4 протягом року	

**Все інше без змін порівняно з 2025 р.**



## 54 ПАКЕТ (РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ У АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ)

Тариф на медичні послуги 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:

**1** - у разі надання реабілітаційної допомоги за умови наявності у пацієнта протягом останніх трьох 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** - у разі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам без наявності протягом останніх трьох 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);

**0,4** - у разі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам фахівцем з реабілітації самостійно (за однією з професій фахівців з реабілітації: фізична терапія, ерготерапія, терапія мови і мовлення).

**0,5** - у разі надання послуги з реабілітації закладами охорони здоров'я, визначеними МОЗ для надання реабілітаційної допомоги самостійно фахівцями з реабілітації в територіальних громадах, які не покриті реабілітаційними послугами мережі.



Детальніше в постанові № 1808 від 31 грудня 2025 р.

<https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/695/feb/f18/695feb187d00595360005.pdf>

