



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від “____” _____ 20__ р.

Київ

№ _____

**Про внесення змін до наказу
Національної служби здоров'я
України від 15 травня 2025 року
№ 377**

Відповідно до пункту 9, підпункту 27 пункту 11 Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України», пункту 9 та 64 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році»,

НАКАЗУЮ:

1. Внести до наказу Національної служби здоров'я України від 15 травня 2025 року № 377 «Про встановлення правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» у 2025 році» такі зміни:

1) Назву наказу викласти у такій редакції:

«Про встановлення правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” та «Інструментальна діагностика» пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»;

2) у пункті 1:

після слів «“Лабораторна діагностика”» доповнити словами «та «Інструментальна діагностика»;

слово «додатком» замінити словами та цифрами «додатками 1 та 2»;

3) додаток 1 викласти у новій редакції, що додається;

4) доповнити новим додатком 2, що додається.



2. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Голова

Наталія ГУСАК

Додаток 1
до наказу Національної
служби здоров'я України
15.05.2025 № 377
(в редакції наказу Національної
служби здоров'я України
№ _____)

Перелік правил сервісу «Лабораторна діагностика» (LR0- LR8)

Загальні правила (LR0)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/ скасування
LR.01	Лабораторні дослідження, які підлягають оплаті, якщо направлення на ці дослідження видані лікарями загальної практики на проведення лабораторних досліджень з кодами В34021, В33002 (10331-7, 883-9), В34009 (5902-2, 6302-4), В34022, В34006, В34014 (3173-2), В34026 (48664-7), В34025 (34714-6), В34028, К34008 (48065-7), Т34035 (3040-3), D34004 (1798-8), А34006 (1996-8, 46099-8), А34038, А34013, А34024, А34014 (6298-4), А34017 (2947-0), А34007 (2069-3), А34008 (6298-4, 2947-0, 2069-3, 1996-8), Т34004 (14647-2, 14927-8, 14646-4, 22748-8), Т34011 (14646-4), Т34013 (22748-8), Т34024 (14647-2, 14927-8), Т34016 (14927-8), А34034 (6298-4, 2947-0, 2069-3, 1996-8, 59826-8), А34010 (6298-4, 2947-0, 2069-3, 1996-8, 59826-8, 72903-8), А34029 (6298-4, 2947-0, 2069-3, 1996-8, 72903-8), А34021 (6298-4, 2947-0, 2069-3, 1996-8, 2324-2, 1742-6, 6768-6, 1920-8, 14631-6, 14629-0), D34008 (2324-2, 1742-6, 6768-6, 1920-8, 14631-6, 14629-0, 16362-6), D34006 (14631-6, 14629-0), D34007 (2324-2), D34005 (1920-8), D34002 (1742-6), D34003 (6768-6), Т34012 (14804-9, 14805-6), А34015 (2885-2), U38006 (14933-6, 72903-8, 59826-8), U34003 (72903-8), U34002 (59826-8), U34007 (69405-9), U34005, А35004, U34004 (14933-6), Т34005 (15074-8), Т34023 (15074-8), Т34026 (15074-8), Т34025 (15074-8), Т34010 (4548-4), Т34009, К34007 (42757-5), Т34031, Т34015 (14930-2), Т34027, Y34003, Y34011 , В34023, В34016 , В34019 (14798-3, 2502-3, 14800-7), А34043 (33959-8), А34005 (1988-5), Y34002, А34002 (3879-4), А35003, К38001, W38001, D33005, D33018 (22314-9), D33019 (5193-8), D33006 (10900-9), D33017 (63557-3, 5196-1), R32005, R33001, А33012 (21406-4, 46198-8), А33022 (6562-3, 6561-5, 24312-1, 22587-0), А33038, А33020 (25542-2, 22580-5), А33035 (8043-2, 24029-1), А33003 (25423-5, 9718-8, 40607-4, 5169-8), А33006 (44994-2, 24004-4, 44995-9, 44981-9), А33046, А33032 (49178-7), А33002, R33007, А33001 (31616-6, 5335-5, 25514-1, 8014-3), R33011, S33005 (21597-0, 15410-4), А33019 (25435-9, 19106-4, 44508-0, 5850-3, 5854-5, 31853-5, 31852-7), А33021 (30325-5, 22244-8), А33061 (22135-8, 7818-8, 7817-0), А33043, А33045 (27414-2, 41026-6, 87980-9), F33001 (14364-4), R33003 (14362-8, 648-6), Х33001, Y33001, W33006, S33001, D33002 (625-4), D33003 (82301-3), R33002, Х33005 (10352-3), S33003, R33006, А33033 (20879-3), D36001 (104404-9, 10704-5), D33027, А33049, L33001, Х37001, Х37005, U35003 (2695-5), U35002, А35007, В35001, Х38001, L38001 (29276-3), А36001, D36003, Т34028	1.07.2025



LR.02	Дослідження, які відсутні в Таблиці лабораторних послуг додатку, не оплачуються в рамках амбулаторного пакету за ПМГ.	1.01.2025
LR.03	Лабораторні дослідження обліковані електронними медичними записами «Діагностичний звіт» або «Спостереження» в межах усіх епізодів упродовж п'яти діб об'єднуються. Виключенням є такі коди: T34005, T34023, T34026, T34025, B34018 та B34032, B34025, K34008, B34028.	1.01.2025
LR.04	Дослідження, які входять в неонатальний скринінг (первинний та експертний) та зараховуватися у звіт на оплату в рамках амбулаторного пакету: коди спостережень 13965-9, 2762-3, 3077-5, 29293-8, 20661-5, 34466-3, 2309-3, 2399-4, 2398-6, 32799-9, 2553-6, 2818-3, 17492-0, 58457-3, 17752-7, 2772-2, 32240-4, 16550-6, 2676-5, 16711-4, 27336-7, 12467-7, 29770-5, 57318-8, 87436-2, 70111-0	Запроваджено з 1.09.2025 року
LR.05	Дослідження, які можуть проводитися і дорослим і дітям: коди спостережень 24053-1, 24057-2, 1837-4, 24061-4, 1941-4, 24065-5, 13962-6, 24068-9, 12913-0, 1954-7, 23825-3, 24084-6, 104263-9, 24086-1, 90234-6, 32540-7, 38477-6, 24089-5, 94488-4, 24101-8, 32759-3, 82883-0, 13964-2, 55806-4, 70211-8, 74935-8, 76038-9, 48633-2, 2762-3, 38355-4, 24078-8, 24076-2, 24094-5, 24096-0, 26904-3, 34466-3, 2399-4, 2398-6, 32799-9, 2818-3, 2772-2, 16550-6, 2676-5, 16711-4	Запроваджено з 1.09.2025 року

Клас «Гематологія» (L1)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/скасування
LR.1.1	Визначення гемоглобіну (код <i>B34018</i>), гематокриту (код <i>B34032</i>) та ШОЕ (код <i>A34009</i>) Виконання одного або кількох показників з одного зразка – оплата здійснюється як за одне дослідження	1.01.2025
LR.1.2	Проведення загального аналізу крові (код <i>A34011</i>) – підрахунок еритроцитів, ретикулоцитів, гематокриту, гемоглобіну, розрахунок або вимірювання індексів еритроцитів, кількості тромбоцитів та їх індексів, кількості лейкоцитів, їх формули, що розраховуються автоматично або вручну. Оплата здійснюється за виконання одного або кількох показників з одного зразка, також включає (якщо виконується): гемоглобін (код <i>B34018</i>), гематокрит (код <i>B34032</i>) та ШОЕ (код <i>A34009</i>)	1.01.2025
LR.1.3	Визначення протромбінового часу (код <i>5902-2</i>), МНВ (код <i>34714-6</i>), активованого часткового тромбопластинового часу (код <i>3173-2</i>), часткового (парціального) тромбопластинового часу (код <i>B34006</i>), тромбінового часу (код <i>B34022</i>), фібриногену (код <i>48664-7</i>) або димеру D (код <i>48065-7</i>). При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. ■ При одночасному виконанні чотирьох або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91. Оплата здійснюється за проведення максимум 4-х показників з переліку	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження

LR.1.4	Кількісне визначення факторів згортання крові: II (код 3289-6), V (код 3193-0), VII (код 3198-9), VIII (код 3209-4), IX (код 3187-2), X (код 3218-5), XI (код 3226-8), XII (код 3187-2). При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за проведення максимум 3-х показників з переліку	1.07.2025
LR.1.5	Визначення антитромбіну III (код 27811-9), протеїну С (код 27818-4), протеїну S (код 31102-7), dRVVT/dRVVT. надлишку фосфоліпідів (код 94555-0) – тільки для пацієнтів, які мають в анамнезі венозну тромбоемболію. При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. ■ При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91. Оплата здійснюється за проведення максимум 4-х показників з переліку	1.07.2025
LR.1.6	Визначення основних ізоформ гемоглобіну, зокрема HbH, HbF, HbA2 (код B34031 Аналіз; гемоглобін електрофорез) Включає (якщо виконується) визначення гемоглобіну (код B34018), гематокриту (код B34032) та ШОЕ (код A34009).	1.07.2025
LR.1.7	За дослідження з кодами: N38001 D34001 B34003, W33007 – оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.07.2025
LR.1.8	Дослідження класу L1 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад в ЕСОЗ: P71, P74, P17, P75, P243, P173, P277, P148, P281)	1.07.2025

Клас «Біохімія» (L2)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/скасування
LR.2.1	Кількісне визначення лужної фосфатази (код 6768-6), аланінамінотрансферази (код 1742-6), аспартатамінотрансферази (код 1920-8), альбуміну (код 1751-7), амілази (код 1798-8), бікарбонату (код 1959-6), білірубіну загального (код 14631-6), білірубіну прямого (код 14629-0), кальцію загального або скорегованого на альбумін (код 1996-8 або 46099-8), креатинкінази (код 2157-6), креатиніну (код 59826-8), гамма-глутамілтрансферази (код 2324-2), лактатдегідрогенази (код 14804-9 або 14805-6), ліпази (код 3040-3), магнію (код A34038), фосфатів (код A34013 або код A34024), калію (код 6298-4), натрію (код 2947-0),	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження

	загального білка (код 2885-2), сечовини (код 72903-8), лактату (код 2524-7), хлору (код 2069-3), сечової кислоти (код 14933-6), загального холестерину (код 14647-2), тригліцеридів (код 14927-8), С-реактивного білка (код 1988-5), аміаку (16362-6). При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. ■ При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91. ■ При одночасному виконанні п'яти показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91, на 5-й показник – коефіцієнт 0,88. Оплата здійснюється за проведення максимум 5-х показників з переліку	
LR.2.2	Дослідження маркерів ураження серцевого або скелетних м'язів: креатинкінази (код 2157-6), креатинкінази МВ (код 32673-6), тропоніну (код 42757-5) або міоглобіну (код K34003) за 24 годин При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. Оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку.	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження
LR.2.3	Визначення субкласів ліпопротеїдів (код 14646-4 та код 22748-8) Оплата здійснюється за дослідження, що виконані не більше двох разів за 12 місяців.	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження
LR.2.4	Визначення вітаміну В1 (код 32554-8) або вітаміну В2 (код 73723-9), або вітаміну В3 (код 79402-4), або вітаміну В6 (код 39786-9), або вітаміну А/ретинол (код F34001) або вітаміну С (код 1903-4). Оплата здійснюється за дослідження кожного показника з переліку, що виконаний не більше двох разів за 12 місяців.	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження
LR.2.5	Визначення вітаміну В12 (код В34015) Оплата здійснюється за дослідження, що виконане не більше одного разу за 12 місяців.	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження
LR.2.6	Визначення мозкового натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP) (код 33762-6): - у пацієнта із системною склеродермією (код за МКХ-10 L94.0 або L94.1, або M33.9) – оплата здійснюється за дослідження, що виконані не більше 2-х разів за 12 місяців - у пацієнта із легеневою артеріальною гіпертензією (код за МКХ-10 I27) для спостереження за прогресуванням захворювання – оплата здійснюється за дослідження, що виконані не більше 4-х разів за 12 місяців.	1.01.2025 – за кодами НК 1.07.2025 за кодами спостереження
LR.2.7	Визначення онкомаркерів: альфа-фетопротеїну (код 1834-1 або код 19176-7), антигену СА 15.3 (код А33027), антигену СА 19.9 (код А33028), антигену СА 125 (код А33026), сироваткового антигену, асоційованого з	1.01.2025 – за кодами НК

	раком (CASA) (код S34001), раково-ембріонального антигену (код A33029), бета-субодиниці хоріонічного гонадотропіну людини (код 21198-7), нейрон специфічної енолази (код 44802-7 або код 15060-7), тиреоглобуліну (код 3013-0 або код 14918-7) в сироватці або іншій рідині організму. При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. Оплата здійснюється за дослідження кожного показника з переліку не більше 2 разів за 12 місяців	1.07.2025 за кодами спостереження
LR.2.8	Визначення простатоспецифічного антигену (код Y34003): - для пацієнтів високого ризику – оплата здійснюється за дослідження один раз на 11 місяців - для будь-якого іншого пацієнта – оплата здійснюється за дослідження один раз на 23 місяців	1.07.2025
LR.2.9	Кількісне визначення фракцій ПСА та будь-якого похідного індексу (код Y34011 Аналіз; вільний/загальний простатичний специфічний антиген) – оплата здійснюється при таких результатах простатоспецифічного антигену (код Y34003): (а) понад 2,0 нг/мл, але менше або дорівнює 5,5 нг/мл для пацієнтів із сімейним анамнезом раку простати; або (б) більше 3,0 нг/мл, але менше або дорівнює 5,5 нг/мл для пацієнтів віком від 50 років, але менше 70 років; або (с) понад 5,5 нг/мл, але менше або дорівнює 10,0 нг/мл для пацієнтів віком щонайменше 70 років Оплата здійснюється за дослідження показника не частіше одного разу на 11 місяців Включає код Y34003 Аналіз; простатичний специфічний антиген (ПСА)	1.07.2025
LR.2.10	Визначення простатоспецифічного антигену (код Y34011 або Y34011) для моніторингу раніше діагнованих захворювань передміхурової залози (включаючи рак передміхурової залози (код C61), простатит (код N41) або передракові захворювання, такі як атипова проліферація малих ацинусів (код N42.3). Оплата здійснюється за кожне проведене дослідження.	1.07.2025
LR.2.11	Кількісне визначення в крові або сечі гормонів і білків, що зв'язують гормони — АКТГ (код T34034), тиреотропний гормон (тиреотропін, ТТГ) (код T34028), альдостерон (код T34029), андростендіон (код W34001)*, С-пептид (код T34021), кортизол (код T34007), дегідроепіандростерон-сульфат ДГЕАС (DHEAS) (код A34025), тестостерон (код A34033 або X34007), ФСГ (код Y34006 або X34005), гормон росту (код 2963-7), 17-оксипрогестерон (17-ОН) (код 1668-3), інсулін (код T34019), ЛГ (код X34002 або Y34007), естрадіол (код X34004 або Y34008), прогестерон (код X34003 або Y34009), пролактин (код A34032), паратиреоїдний гормон (код 14866-8), ренін (код A34040), глобулін, що зв'язує статеві гормони (код X34006 або Y34004) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. ■ При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91.	1.07.2025 Змінено 1.09.2025 *(виключено код X34001, доповнено кодом W34001)

	При одночасному виконанні п'яти показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91, на 5-й показник – коефіцієнт 0,88. Оплата здійснюється за проведення максимум 5-х показників з переліку	
LR.2.12	Визначення глюкози (коди Т34005 Аналіз; глюкоза або Т34026 Аналіз; глюкоза; випадкова або Т34025 Аналіз; глюкоза; натщесерце) Оплата здійснюється при наявності у ДЗ ЕМЗ «спостереження» з кодом 15074-8)	1.07.2025
LR.2.13	Визначення толерантності до глюкози Код Т34009 Аналіз; толерантність до глюкози: - Оплата здійснюється за виконання щонайменше 2-х досліджень глюкози крові (до вживання розчину глюкози та після вживання розчину глюкози) та наявності двох спостережень у ДЗ з кодом визначення глюкози та її результатами - Включає такі дослідження Т34005 або Т34023 або Т34025 або Т34026 або Т34038 у разі проведення в один день. Код Т34038 Аналіз; глюкозотолерантний тест - Оплата здійснюється за виконання щонайменше 3-х досліджень глюкози крові та наявності щонайменше трьох спостережень у ДЗ з кодом визначення глюкози та її результатами - Включає такі дослідження Т34005 або Т34023 або Т34025 або Т34026 або Т34009 у разі проведення в один день.	1.07.2025
LR.2.14	Кількісне визначення НbA1c (глікованого гемоглобіну) (код Т34010): - для діагностики діабету у безсимптомних пацієнтів з високим ризиком – оплата здійснюється за дослідження один раз на 12 місяців - для пацієнтів з встановленим діабетом – оплата здійснюється за дослідження не частіше 4 разів за 12 місяців	1.07.2025
LR.2.15	Кількісне визначення фруктозаміну (код Т34017) у пацієнтів з встановленим діабетом, у т.ч. гестаційним Оплата здійснюється за дослідження не частіше 4 разів за 12 місяців	1.07.2025
LR.2.16	Дослідження кислотно-лужного стану крові (код А34020) зокрема: вуглекислого газу (код 11557-6), кисню (код 11556-8), рН (код 11558-4), бікарбонату (код 1959-6), лактату (код 2524-7) за 24 години При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. - При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91. - При одночасному виконанні п'яти показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91, на 5-й показник – коефіцієнт 0,88. Оплата здійснюється за проведення максимум 5-х показників з переліку	1.07.2025
LR.2.17	Кількісне визначення міді (код 47100-3 або 12556-7), марганцю (код 5681-2), селену (код 5722-4) або цинку (код А34023) у крові При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97.	1.07.2025

	Оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку.	
LR.2.18	Кількісне визначення продуктів розпаду або утворення колагену (код 41171-0 або 47255-5) для моніторингу пацієнтів із: ▪ доведеною низькою мінеральною щільністю кісткової тканини ▪ метаболічним захворюванням кісток ▪ хворобою Педжета	1.07.2025
LR.2.19	Визначення карбамазепіну (код 3433-0), дігосину (код K34005), етанолу (код A34031), літію (код 14334-7 або 25463-1), ацетамінофену (код 29529-5), фенобарбіталу (код 10338-2), фенітоїну (код N34003), вальпроату (код 4086-5) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ▪ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ▪ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. ▪ При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91. Оплата здійснюється за проведення максимум 4-х показників з переліку	1.07.2025
LR.2.20	Визначення 25-гідроксिवітаміну D (код T34031 Аналіз; вітамін D) у пацієнта, який: ▪ має ознаки або симптоми остеопорозу або остеомаліції; або ▪ має підвищену лужну фосфатазу та нормальні показники функції печінки; або ▪ має гіперпаратиреоз, гіпо- або гіперкальціємію або гіпофосфатемію; або ▪ страждає на порушення всмоктування в кишечнику (наприклад, через наявність у пацієнта муковісцидозу, синдрому короткої кишки, запального захворювання кишечника або нелікованої целиакії або стан після бariatричної операції); або ▪ приймає ліки, які знижують рівень 25ОН-D (наприклад, протисудомні засоби); або ▪ має хронічну ниркову недостатність або є реципієнтом трансплантованої нирки; або ▪ має вік менше 16 років і має ознаки або симптоми рахіту; або ▪ є немовлям, який має ознаки дефіциту вітаміну D; або ▪ є дитиною, яка знаходиться виключно на грудному вигодовуванні та має принаймні один інший фактор ризику, згаданий у цьому правилі; або ▪ має брата/сестру молодше 16 років і який/яка має дефіцит вітаміну D.	1.07.2025
LR.2.21	Визначення співвідношення альбуміну/креатиніну (код A35008) включає визначення креатиніну в сечі (код U34002 Аналіз; креатинін) при вказанні в ДЗ «сеча»	1.07.2025
LR.2.22	Дослідження з кодами: A34038, K34003, B34024, T34031, F34001, X38001, A33041, P34001, T35002, A35003, R38001, N34002, A38001 T38001, K34002 K38001, Y35001, W38001, A34022, H34001, U34001, U34003, U34002, W34001, A34030, X34001, S34001, Y34001 – оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.07.2025
LR.2.22	Дослідження з кодами: A34038, K34003, B34024, T34031, F34001, A33041, P34001, T35002, A35003, R38001, N34002, A38001 T38001, K34002 K38001, Y35001, W38001, A34022, H34001, U34001, U34003, U34002, W34001, A34030, X34001, S34001, Y34001, R38001, D36002* – оплата	1.07.2025 Змінено 1.09.2025 *(виключено код X38001,

	здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	доповнено кодами R38001, D36002)
LR.2.23	Дослідження, які не підлягають оплаті: - Т34022 Аналіз; гемоглобін А. - D34009 Аналіз; Шиллінга - 14743-9 Глюкоза [Моль/об'єм] у Капілярній крові Визначення глюкометром	1.07.2025
LR.2.24	Дослідження класу L2 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад в ЕСОЗ Р71, Р74, Р17, Р75, Р243, Р173, Р146, Р148, Р272, Р72, Р274, Р276, Р242, Р277, Р281)	1.07.2025

Клас «Мікробіологія» (L3)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/скасування
LR.3.1	Виявлення патогенних мікроорганізмів у мазках з носа (код 10353-1), горла (код R33006), очей (код 609-8) і вух (код 608-0) (крім мазків, взятих для епідеміологічного нагляду), у тому числі (якщо виконується): За виконання з одного зразка одного або більше досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.2	Визначення культури грибів (код 27414-2, код 6409-7, код 41026-6, код 601-5, код 87980-9, код 576-9, код S33007, код A33030, код A33008) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ▪ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ▪ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за одночасне проведення максимум 3-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.3	Виявлення патогенних мікроорганізмів у мазках з шийки матки (код X33004) або геніталій (код 10352-3 та код 75269-1) або пеніса (код 14478-2) За одночасне виконання з одного зразка одного або більше досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.4	Виявлення патогенних мікроорганізмів у трахеальному аспіраті (код 52973-5) та у мокротинні (код 624-7). За одночасне виконання з одного зразка одного або двох досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.5	Виявлення патогенних мікроорганізмів у рані (код 632-0, код 17909-3 або код 633-8) За одночасне виконання з одного зразка одного або більше досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025

LR.3.6	Виявлення патогенних мікроорганізмів у тканині (код 20474-3, код 628-8) За одночасне виконання з одного зразка одного або більше досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.7	Виявлення патогенних мікроорганізмів у калі (код 6461-8, код 625-4, код 82301-3) За виконання з одного зразка одного або більше досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.8	Виявлення патогенних мікроорганізмів у калі методом мікроскопії (код 104404-9 та код 10704-5) За виконання одного або більше досліджень з переліку оплата здійснюється як за одне дослідження за 7 днів	01.07.2025
LR.3.9	Виявлення культури у калі методом організм-специфічної культури (код 6579-7, код 28549-4, код 88586-3, код 43371-4, код 6331-3) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ▪ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. Оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.10	Виявлення мікроорганізмів при мікроскопічному дослідженні (код 6664-7, код 10357-2, код 32026-7, код 14365-1, код 87969-2, код 14357-8, код 14364-4, код 14362-8, код 648-6; код X33001, код Y33001, код L33002, код W33006, код K33001, код U33002, код S33001). При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ▪ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ▪ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за одночасне проведення максимум 3-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.11	Дослідження культури у зразку (коди 10353-1, код 43307-8, код 87932-0, код 608-0, код 609-8, код 74816-0, код R33002) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень код застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ▪ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ▪ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за одночасне проведення максимум 3-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.12	Дослідження культури крові ▪ коди 17928-3 та 600-7 – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження. ▪ коди 17934-1 та 600-7 – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження.	01.07.2025

LR.3.13	Визначення антигенів або антитіл гепатиту (код D33005, код 22314-9, код D33025, код D33011, код 49777-6, код 16937-5, код 35283-1, код 51458-8, код 13248-0, код 22330-5, код 33464-9, D33010, код 51459-6, код 13294-4, код 5193-8, код 10900-9, код 13953-5, код 104785-1, код 13952-7, код 22316-4, код 51914-0, код 31204-1, код 63557-3, код 5196-1, код 31844-4, код 51824-1, код 22327-1, код D33023, код 13955-0) з метою з'ясування: - інфекційних причин гострого або хронічного гепатиту або - імунного статусу або вірусоносійства у пацієнтів: - після контакту з особою хворою на гепатит А, гепатит В, гепатит С або гепатит D або - після вакцинації проти вище вказаних захворювань або - з підозрою на гострий або хронічний гепатит; з відповідною клінічною чи лабораторною інформацією, наприклад «гепатомегалія» (код R16), «жовтяниця» (код R17) або «відхилення в дослідженнях, що свідчать про порушення функції печінки» (код R94.5 «Відхилення від норми, виявлені під час дослідження функції печінки») При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень з одного зразка застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за проведення максимум 3-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.14	Визначення РНК вірусу гепатиту С (код 11259-9) у пацієнта, який відповідає щонайменше 1 критерію з наступних: (а) пацієнт є серопозитивним на гепатит С (2 різні аналізи на антитіла до гепатиту С є позитивними); (б) серологічний статус пацієнта невизначений після тестування (результати 2-х аналізів на антитіла до гепатиту С є різними); (с) дослідження проводиться з метою: - визначення статусу пацієнта щодо гепатиту С з пригніченим або ослабленим імунітетом; або - виявлення гострого гепатиту С до сероконверсії, якщо це вважається необхідним для клінічного ведення хворого; Оплата здійснюється за дослідження один раз на 12 місяців	01.07.2025
LR.3.15	Визначення РНК вірусу гепатиту С (код 11259-9) у пацієнта, який проходить протівірусну терапію хронічного гепатиту ВГС Оплата здійснюється за дослідження не частіше 4 разів за 12 місяців	01.07.2025
LR.3.16	Кількісне визначення РНК вірусу гепатиту С (вірусне навантаження) (код 11011-4 у пацієнта, який відповідає таким умовам: (а) оцінка перед початком протівірусної терапії у пацієнта з хронічним гепатитом ВГС; або (б) оцінка ефективності протівірусної терапії у такого пацієнта - При виконанні досліджень (коди 11011-4 та 11259-9) з одного зразка оплата здійснюється як за одне дослідження - Оплата здійснюється за дослідження двічі на 12 місяців	01.07.2025

LR.3.17	Визначення генотипу вірусу <i>гепатиту С</i> (код 32286-7) у пацієнта, який є РНК-позитивним і який оцінюється для призначення протівірусної терапії хронічного гепатиту ВГС Оплата здійснюється за дослідження один раз на 12 місяців	01.07.2025
LR.3.18	Кількісне визначення ДНК вірусу <i>гепатиту В</i> (код 29610-3) у пацієнтів з позитивним поверхневим антигеном гепатиту В (код 63557-3 або 5196-1) та хронічним гепатитом В (код за МКХ-10 B18.0 або B18.1), які не отримують протівірусну терапію. Оплата здійснюється за дослідження один раз на 12 місяців	01.07.2025
LR.3.19	Кількісне визначення ДНК вірусу гепатиту В (код 29610-3) у пацієнтів з позитивним поверхневим антигеном гепатиту В (код 63557-3 або код 5196-1) і хронічним гепатитом В (код за МКХ-10 B18.0 або B18.1), які отримують протівірусну терапію. Оплата здійснюється за дослідження не частіше 4 разів на 12 місяців.	01.07.2025
LR.3.20	Виявлення антитіл до вірусу Епштейна-Барр: - виявлення антитіл (код 49178-7 та код 13238-1) – оплата здійснюється як за одне дослідження - виявлення антитіл специфічними серологічними методами (код 49178-7, код 13238-1, код 30340-4, код 24114-1) – при визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - при одночасному виконанні (з одного зразка) двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - плату здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.21	Виявлення ДНК до вірусу Епштейна-Барр: - виявлення ДНК вірусу Epstein Barr (коди 93840-7 та 36923-1- оплата здійснюється як за одне дослідження - виявлення ДНК вірусу Epstein Barr (коди 5002-1, 5005-4, 23858-4) – при визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - при одночасному виконанні (з одного зразка) двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. Оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.22	Визначення антитіл до краснухи: - IgM до вірусу Rubella (код 31616-6 та код 5335-5) – оплата здійснюється як за одне дослідження - IgG до вірусу Rubella (код 25514-1, код 8014-3) – оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.23	Проведення тесту клітинно-опосередкованої імунної відповіді в крові для виявлення латентного туберкульозу за допомогою аналізу вивільнення гамма-інтерферону (IGRA) (код R32005) у таких осіб: (а) які контактували з особою з підтвердженим випадком активного туберкульозу (код Z20.1 Контакт з хворим або можливість зараження туберкульозом) (б) які, інфіковані вірусом імунодефіциту людини (Z21 Безсимптомне носійство вірусу імунодефіциту людини [BII]); (с) які мають розпочати або вже розпочали терапію інгібіторами фактору некрозу пухлини (TNF); (д) які мають розпочати або вже розпочали діаліз (Z49.0 Підготовчі процедури для проведення діалізу Z49.1 Екстракорпоральний діаліз; Z49.2 Інший вид діалізу)	01.07.2025

	(е) з силікозом (код J62.8 Пневмоконіоз, спричинений іншим пилом, що містить кремній. Силікоз БДВ); (ф) які є або плануються бути імунодепресованими через хворобу або медичне лікування, не згадане в пунктах (а) - (е)	
LR.3.24	Визначення антитіл до Helicobacter pylori : ▪ IgA до Helicobacter pylori (код 16125-7 та код 7901-2) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ IgG до Helicobacter pylori (код 16126-5 та код 7902-0) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.25	Визначення антитіл до мікоплазми : ▪ IgM до Mycoplasma pneumoniae (код 21406-4 та код 5256-3) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ IgG до Mycoplasma pneumoniae (код 46198-8 та код 7970-7) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.26	Визначення антитіл до Treponema pallidum ▪ коди (код 6562-3, код 6561-5, код 22587-0) – за виконання одного або більше досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ коди (код 11597-2, код 63464-2) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.27	Визначення антитіл до токсоплазми : ▪ IgM до Toxoplasma gondii (код 25542-2 та код 8040-8) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ IgG до Toxoplasma gondii (код 22580-5 та код 8039-0) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ коди (22580-5, 8039-0) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.28	Визначення антитіл до Trichinella spiralis (коди 8043-2, 25423-5) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.29	Визначення антитіл до Toxocara canis (коди 24029-1, 9718-8) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.30	Визначення антитіл до Echinococcus granulosus (коди 22264-6, 47431-2) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.31	Визначення антитіл до хламідії : ▪ IgM до Chlamydia pneumoniae (коди 24004-4, 51807-6) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ IgG до Toxoplasma gondii (коди 44981-9, 51806-8) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ IgM до Chlamydia trachomatis B (коди 45001-5, 44994-2) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ▪ IgG до Chlamydia trachomatis B (коди 44995-9, 26715-3) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.32	Виявлення РНК до вірусів (коди 86692-1 РНК ротавірусу, 40987-0 РНК Respiratory syncytial virus 105887-4 ДНК Adenovirus)	01.07.2025

	При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: при одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. Оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку	
LR.3.33	Виявлення антитіл до Parvovirus B19: ■ виявлення антитіл IgM до Parvovirus B19 (код 7981-4 та код 17422-7) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ■ виявлення антитіл IgG до Parvovirus B19 (код 29675-6 та код 17422-7) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.34	Виявлення ДНК до Parvovirus B19: ■ виявлення ДНК вірусу Parvovirus B19 (код 74420-1 та код 50348-2) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ■ виявлення ДНК вірусу Parvovirus B19 (код 50344-1 та код 50346-6, 50348-2) – при визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: – при одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. – оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.36	Виявлення вірусу Varicella zoster (код 21597-0, код 15410-4, код 8049-9, код 29248-2, код 87961-9, код 106029-2) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-ий показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за проведення максимум 3-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.37	Виявлення вірусу простого герпесу (код 25435-9, код 19106-4, код 47229-0, код 44508-0, код 5850-3, код 5854-5, код 31853-5, код 31852-7) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: ■ При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. ■ При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-ий показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за проведення максимум 3-х показників з переліку	01.07.2025
LR.3.38	Виявлення антитіл до цитомегаловірусу: ■ виявлення антитіл IgM (коди 30325-5, 7853-5) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження ■ виявлення антитіл Ig G (коди 22244-8, 7852-7) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025

	- виявлення ДНК (коди 4999-9, 30246-3, 83065-3, 5000-5) – при визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - при одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; - оплата здійснюється за проведення максимум 2-х показників з переліку.	
LR.3.39	Виявлення антитіл до Borrelia burgdorferi (код 22135-8 та код 7818-8) – за виконання одного або двох досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.40	Дослідження спрямовані на виявлення ковіду: - за виконання одного або декількох досліджень (коди 94819-0 та C19003 або 94500-6 або 94309-2) за виконання одного або більше досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження - за виконання одного або декількох досліджень (коди C19003 COVID та 94500-6 або 94309-2) – за виконання одного або більше досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження - за виконання одного або декількох досліджень (коди C19001 та 94558-4) – за виконання одного або більше досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження - за виконання одного або декількох досліджень (коди 94762-2 та 94562-6 або 94563-4 або 94564-2) – за виконання одного або більше досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.41	Проведення швидких тестів (коди D33022, A33036, D33013) – оплата здійснюється як за одне дослідження	01.07.2025
LR.3.42	Дослідження з кодами D33005, D33011, D33010, A33036, D33013, A33053, A33044, A33010, A33060, A33059, A34039, A33057, R33007, A33017, A33040 – оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	01.07.2025
LR.3.43	Дослідження класу L3 (крім кодів D33022, A33036, D33013, C19001, C19003, 94558-4) підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P17, P241, P39, P271, P40, P81, P273, P278, P146, P74, P173, P276, P242), крім кодів: F33001 Аналіз; мікробіологія; око; A33036 Скринінг антитіл (швидкий тест на виявлення гепатиту В); B33006 Аналіз; ВІЛ (швидкий тест); C19003 COVID - Проведено ПЛР тест; 94558-4 Антиген SARS-CoV-2 (COVID-19) [Наявність] у Зразку з органів дихання Методом швидкого імунологічного аналізу.*	01.07.2025 Змінено 1.09.2025 *(доповнено: крім кодів: F33001 Аналіз; мікробіологія; око; A33036 Скринінг антитіл (швидкий тест на виявлення гепатиту В); B33006 Аналіз; ВІЛ (швидкий тест); C19003 COVID - Проведено ПЛР тест; 94558-4 Антиген SARS-CoV-2 (COVID-19) [Наявність] у Зразку з органів дихання Методом

		швидкого імунологічного аналізу.)
--	--	--

Клас Імунологія» (L4)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/скасування
LR.4.1	Визначення загального імуноглобуліну А (код F33002), загального імуноглобуліну G (код H33002), загального імуноглобуліну M (код D33004), загального імуноглобуліну D (код D32001) (будь-яким методом) у сироватці, сечі або іншій рідині організму При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - при одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - при одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за проведення максимум 3-х показників з переліку	1.07.2025
LR.4.2	Визначення загального імуноглобуліну Е (код V33011) Оплата здійснюється за дослідження не частіше 2 разів за 12 місяців.	1.07.2025
LR.4.3	Кількісне визначення імуноглобуліну Е (загального) (код V33011) під час спостереження за пацієнтом із підтвердженою мієломою, що секретує імуноглобулін Е, доведеним вродженим імунодефіцитом або підтвердженим алергічним бронхолегеневим аспергільозом Оплата здійснюється за дослідження не частіше 6 разів за 12 місяців.	1.07.2025
LR.4.4	Виявлення специфічних імуноглобулінів IgE до одного або кількох потенційних алергенів (код A34016) Оплата здійснюється за дослідження не частіше 4 разів за 12 місяців.	1.07.2025
LR.4.5	Кількісне визначення еозинофільного катіонного білка в сироватці або плазмі, або обох (код R33004 Аналіз; імунологія; респіраторна). Оплата здійснюється за дослідження не частіше 3 разів за 12 місяців рік, для моніторингу відповіді на терапію астми, що лікується кортикостероїдами, у дитини віком до 12 років.	1.07.2025
LR.4.6	Виявлення одного з наступних антитіл (один або більше класів або ізотипів) при оцінці або діагностиці целиакії або інших синдромів гіперчутливості до глютену: (коди D33014 Аналіз; ендомізіальні антитіла, D33015 Аналіз; антитіла до гліадину, D33031 Аналіз; антитіла до тканинної трансглутаминази, D34010 Аналіз; трансглутамаза). При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: при одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. Оплата здійснюється за проведення дослідження дітям максимум 2-х показників з переліку	1.07.2025
LR.4.7	Проведення діагностичних алергологічних тестів (коди A33052 Аналіз; трансдермальний пластир кодується та код 12000-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≤ 20 алергенів (за НК_26) або 12003-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≥ 21 алергену Оплата здійснюється як за одне дослідження	1.07.2025

LR.4.8	Визначення НК-клітини (код 21166-4 Клітини CD56/100 клітин у Зразку, код 20599-7 Клітини CD3/100 клітин у Зразку, код 26560-3 Клітини CD16/100 клітин у Зразку). При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: при одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97.	1.07.2025
LR.4.9	Визначення Т-супресорних/цитотоксичних клітин і деяких природних клітин-кілерів проведення з одного зразка двох досліджень (код 13337-1 Клітини CD8+HLA-DR+/100 клітин у Крові та код 80222-3 Клітини CD8/100 лімфоцитів у Зразку) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.10	Визначення В1-клітин (аутореактивних): - проведення з одного зразка двох або більше досліджень (код 8131-5 Клітини CD5+CD19+/100 клітин у Крові або код 20611-0 Клітини CD5/100 клітин у Зразку або код 8117-4 Клітини CD19/100 клітин у Крові) – за виконання одного або більше досліджень оплата здійснюється як за одне дослідження - проведення з одного зразка двох досліджень (код 20593-0 Клітини CD19/100 клітин у Зразку або код 8117-4 Клітини CD19/100 клітин у Крові) – вважається одним дослідженням.	1.07.2025
LR.4.11	Визначення лімфоцитів проведення з одного зразка двох або більше досліджень (код 8103-4 Клітини CD45+CD14+/100 клітин у Крові або код 20589-8 Клітини CD14/100 клітин у Зразку або 17157-9 Клітини CD45RA/100 клітин у Крові) – вважається одним дослідженням.	1.07.2025
LR.4.12	Визначення (регуляторних Т) клітини проведення з одного зразка двох досліджень (код 80700-8 CD25+CD127- (регуляторні Т) клітини/100 CD3+CD4+ клітин у Крові та 32495-4 Клітини CD25/100 клітин у Зразку – вважається одним дослідженням.	1.07.2025
LR.4.13	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету проведення з одного зразка двох досліджень (код 8103-4 Клітини CD45+CD14+/100 клітин у Крові та 20589-8 Клітини CD14/100 клітин у Зразку) – вважається одним дослідженням.	1.07.2025
LR.4.14	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету проведення з одного зразка двох та більше досліджень (13332-2 Клітини CD4+CD25+/100 клітин у Крові та 32495-4 Клітини CD25/100 клітин у Зразку або 80223-1 Клітини CD4/100 лімфоцитів у Зразку) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.15	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету: проведення з одного зразка двох та більше досліджень (код 13333-0 Клітини CD3+CD25+/100 клітин у Крові та 20599-7 Клітини CD3/100 клітин у Зразку або 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові або 32495-4 Клітини CD25/100 клітин у Зразку – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.16	Визначення хелперів Т4 до клітини-супресори Т8: проведення з одного зразка двох та більше досліджень (код 20607-8 Клітини CD3+CD4+ (хелпери Т4)/клітини CD3+CD8+ (клітини-супресори Т8) та код 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові або 80223-1 Клітини CD4/100 лімфоцитів у Зразку або 80222-3 Клітини CD8/100 лімфоцитів у Зразку або 8101-8 Клітини CD3+CD8+ (супресор Т8)/100 клітин у Крові) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.17	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету: проведення з одного зразка двох та більше досліджень (код 34932-4 Клітини CD3+CD4+CD45RO-CD45RA+/100 клітин у Крові та 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові або 80223-1 Клітини	1.07.2025

	CD4/100 лімфоцитів у Зразку або 17157-9 Клітини CD45RA/100 клітин у Крові) – вважається одним дослідженням	
LR.4.18	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету: проведення з одного зразка двох та більше досліджень (код 34929-0 Клітини CD3+CD4+CD45RO+CD45RA-/100 клітин у Крові та 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові або 80223-1 Клітини CD4/100 лімфоцитів у Зразку або 17157-9 Клітини CD45RA/100 клітин у Крові) – вважається одним дослідженням.	1.07.2025
LR.4.19	Визначення супресорів Т8: проведення з одного зразка двох та більше досліджень (код 8101-8 Клітини CD3+CD8+ (супресор Т8)/100 клітин у Крові та код 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові або код 80222-3 Клітини CD8/100 лімфоцитів у Зразку або код 20607-8 Клітини CD3+CD4+ (хелпери Т4)/клітини CD3+CD8+ (клітини-супресори Т8) [# співвідношення] у Зразку) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.20	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету: проведення з одного зразка двох досліджень (код 18408-5 Клітини CD3+HLA-DR+/100 клітин у Крові та код 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.21	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету: проведення з одного зразка двох досліджень (код 34962-1 Клітини CD3+TCR альфа бета+ /100 клітин у Крові та 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.22	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету проведення з одного зразка двох досліджень (код 34962-1 Клітини CD3+TCR альфа бета+ /100 клітин у Крові та 90304-7 Клітини CD3/100 лімфоцитів у Крові) – вважається одним дослідженням	1.07.2025
LR.4.23	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету (коди 13337-1, 8131-5, 8103-4, 13343-9, 13332-2, 42189-1, 13333-0, 20607-8, 34932-4, 34929-0, 8101-8, 18408-5, 34962-1, 38236-6) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. Оплата здійснюється за проведення максимум 3-х показників з переліку	1.07.2025
LR.4.24	Визначення маркерів порушень Т-клітинної ланки імунітету (коди 20587-2, 77944-7, 32758-5, 21154-0, 20588-0, 20589-8, 20590-6, 49841-0, 26563-7, 20594-8, 20595-5, 20596-3, 32750-2, 20597-1, 17129-8, 20602-9, 20603-7, 20608-6, 20609-4, 57402-0, 77946-2, 17157-9, 32744-5, 32601-7, 21167-2, 32747-8, 20612-8, 42933-2, 17196-7, 51403-4, 77947-0, 17210-6, 17214-8, 32856-7, 32742-9, 51045-3, 33033-2, 93353-1) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. - При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91.	1.07.2025

	При одночасному виконанні п'яти показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91, на 5-й показник – коефіцієнт 0,88. Оплата здійснюється за проведення максимум 5-х показників з переліку	
LR.4.25	Дослідження з кодами: A33025, A33048, A33055, S32001, S33002, D33004, D32001, F33002, H33002, R32004, B33011, A34016 R33004, A34041 A32001, K33002, B33005 – оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.07.2025
LR.4.26	Дослідження класу L4 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P276, P71, P74, P17, P75, P173, P242, P72, P277, P148, P272, P274, P242, P281)	1.07.2025

Сервіс «Тканинна патологія» (L5)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/скасування
LR.5.1	Коли послуги, описані в класі L5, виконуються на матеріалі, який надається для цитологічного дослідження групи L6, оплата здійснюється лише за дослідження групи L6	1.07.2025
LR.5.2	Проведення досліджень (коди 97052-00, B37002, D37001, F37001, H37001, K37001, L37001, N37001, R37001, S37001, T37001, U37001, W37001, X37002, X37006, Y37001, Y37003) відносяться до високоспецифічних досліджень за умови наявності у пацієнтів діагнозів (коди C00-D48)	1.07.2025
LR.5.3	Проведення досліджень (коди 97052-00, B37002, D37001, F37001, H37001, K37001, L37001, N37001, R37001, S37001, T37001, U37001, W37001, X37002, X37006, Y37001, Y37003) При визначенні вартості за проведення вказаних досліджень застосовуються такі додаткові коефіцієнти: - При одночасному виконанні двох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97. - При одночасному виконанні трьох показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94. - При одночасному виконанні чотирьох показників або більше показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91. - При одночасному виконанні п'яти показників з переліку – на 1-й показник застосовується коефіцієнт 1,0; на 2-й показник – коефіцієнт 0,97; на 3-й показник – коефіцієнт 0,94; на 4-й показник – коефіцієнт 0,91, на 5-й показник – коефіцієнт 0,88. Оплата здійснюється за проведення максимум 5-х показників з переліку	1.07.2025
LR.5.4	Дослідження з кодами: A37001, A38002 – оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.07.2025
LR.5.5	Дослідження класу L5 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P173, P101, P102, P244, P277, P243, P75, P276, P242, P281)	1.07.2025

Сервіс «Цитологія» (L6)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/ скасування
LR.6.1	ПАП-тест за виконання одного або декількох досліджень (коди X37001 X37005 92130-00) – оплата здійснюється як за одне дослідження	1.07.2025
LR.6.2	Проведення досліджень (коди 97053-00, A37002, B37003, D37002, F37002, H37002, K37002, L37002, N37002, R37002, R37003, S37002, T37002, U37002, W37002, X37003, Y37002) Оплата здійснюється максимум за 3 дослідження	1.07.2025
LR.6.3	Дослідження класу L6 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P173, P101, P102, P244, P277, P243, P75, P276, P242, P281)	1.07.2025

Клас «Генетика» (L7)

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/ скасування
LR7.1	Дослідження щодо визначення генної мутації або делеції або транслокації (коди 52757-2, 49706-5, 89037-6, 81842-7, 38928-8, 95770-4, 60497-5, 41097-7, 53887-6, 49857-6, 77050-3, 34675-9, 35137-9, 57310-5, 35291-4, 28060-2, 91712-0, 24475-6, 28005-7, 35645-1, 73735-3, 21686-1, 36917-3, 94197-1, 21759-6, 35359-9, 48970-8, 87436-2, 82246-0, 72654-7, 92002-5, 29770-5, 95773-8, 94242-5, 90256-9, 76037-1, 75401-0, 81844-3, 94206-0) – оплата здійснюється один раз за життя	1.07.2025
LR7.1	Дослідження щодо визначення генної мутації або делеції або транслокації (коди 52757-2, 81842-7, 38928-8, 95770-4, 60497-5, 41097-7, 53887-6, 49857-6, 77050-3, 34675-9, 35137-9, 57310-5, 35291-4, 28060-2, 91712-0, 24475-6, 28005-7, 35645-1, 73735-3, 21686-1, 36917-3, 94197-1, 21759-6, 35359-9, 48970-8, 87436-2, 82246-0, 72654-7, 92002-5, 95773-8, 94242-5, 90256-9, 76037-1, 75401-0, 81844-3, 94206-0, 38413-176030-6, 94210-2, 76034-8, 94230-0, 76028-0, 76032-2, 81812-0, 101391-1, 76036-3, 81843-5, 38413-1, 21676-2*) – оплата здійснюється один раз за життя	1.07.2025 Змінено 1.09.2025 *(виключено коди 49706-5, 89037-6, 29770-5, доповнено кодами 38413-176030-6, 94210-2, 76034-8, 94230-0, 76028-0, 76032-2, 81812-0, 101391-1, 76036-3, 81843-5, 38413-1, 21676-2)
LR7.2	Дослідження (код 70111-0, код W38002) оплачуються один раз з розрахунку на 1 плід (під час вагітності)	1.07.2025
LR7.3	Дослідження з кодом спостереження 35474-6 Аналіз генної мутації у Крові або Тканині Молекулярно-генетичним методом - оплата здійснюється за пакетом "Неонатальний скринінг" в рамках послуги "Експертна діагностика неонатального скринінгу", крім закладів, лабораторії яких долучені до проведення експертного неонатального скринінгу*	1.07.2025 Змінено 1.08.2025 *(довповнено: крім закладів, лабораторії яких долучені до проведення експертного

		неонатального скринінгу)
LR.7.4	Дослідження з кодами: D38002, W38002 – оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.07.2025
LR.7.5	Дослідження класу L7 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P72, P276, P274)+ P281	1.07.2025
LR.7.6	Дослідження з кодом спостереження 86205-2 Повноекзомне секвенування (WES) у Крові або Тканині Молекулярно-генетичним методом та 94087-4 Панель зміни кількості копій аналізу хромосом у звіт на оплату потрапляє за умови виконання його дітям	1.09.2025

Сервіс «Інші дослідження» L8

Номер правила	Правило (курсивом позначено коди спостереження, без курсиву – коди за НК_26)	Дата запровадження/зміни/скасування
LR.8.1	Аналіз сечі (код 5804-0, код 2349-9, код 2887-8, код 2514-8, код 20408-1, код 5794-3) Виконання одного або кількох показників з одного зразка – оплата здійснюється як за одне дослідження	1.01.2025
LR.8.2	Визначення якості сперми (код Y38003 Аналіз; визначення якості сперми та Y38002 Аналіз; кількість сперматозоїдів) Виконання одного або двох показників з одного зразка – оплата здійснюється як за одне дослідження Оплата здійснюється за дослідження, що виконані не більше двох разів за 12 місяців.	1.01.2025
LR.8.3	Аналіз сечі (код 2888-6, код 15076-3, код 2756-5, код 33903-6, код 1978-6, 3104-7, код 12235-8) Виконання одного або кількох показників з одного зразка – оплата здійснюється як за одне дослідження	1.01.2025
LR.8.4	Скринінг на наркотики (код 18282-4, код 3879-4) Виконання одного або кількох показників з одного зразка – оплата здійснюється як за одне дослідження	1.01.2025
LR.8.5	Дослідження з кодами: U35002, A35010, B35001, X38001, D35001, R38001 A35005, D36002, P38001, F38001, H38001, S38001, X35001, Y33005, Y38001– оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.01.2025
LR.8.5	Дослідження з кодами: U35002, A35010, B35001, X38001*, D35001, A35005, P38001, F38001, H38001, S38001, X35001, Y33005, Y38001– оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	1.01.2025 Змінено 1.09.2025 *(виключено коди R38001, D36002, доповнено кодом X38001)
LR.8.6	Дослідження класу L8 (крім кодів 5804-0, 2514-8, 20408-1, 5794-3, 18282-4) підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P75, P243, P173, P72, P277, P241, P39, P271, P276, P146, P148, P40, P81, P272, P273, P274, P278, P242, P244*) Крім кодів: – 5804-0 Білок у Сечі; – 2349-9 Глюкоза у Сечі; – 2887-8 Білок [Наявність] у Сечі; – 2514-8 Кетони [Наявність] у Сечі Визначення тест-смужкою; – 20408-1 Лейкоцити [#/об'єм] у Сечі Визначення тест-смужкою;	1.01.2025 Змінено 1.08.2025 *(виключено коди P71, P74, P17, P75, P243, P173, P277, P146, P272, P242, P281, доповнено кодами P71, P74, P17, P75, P243, P173, P72, P277, P241, P39, P271, P276, P146, P148, P40, P81, P272,

	– 5794-3 Гемоглобін [Наявність] у Сечі Визначення тест-смужкою; – 18282-4 Канабіноїди [Наявність] у Сечі Методом скринінгу.**	P273, P274, P278, P242, P244) ** (доповнено: Крім кодів: – 5804-0 Білок у Сечі; – 2349-9 Глюкоза у Сечі; – 2887-8 Білок [Наявність] у Сечі; – 2514-8 Кетони [Наявність] у Сечі Визначення тест-смужкою; – 20408-1 Лейкоцити [#/об'єм] у Сечі Визначення тест-смужкою; – 5794-3 Гемоглобін [Наявність] у Сечі Визначення тест-смужкою; – 18282-4 Канабіноїди [Наявність] у Сечі Методом скринінгу.
--	--	---

Правила сервісу «Інструментальна діагностика» (IR0-IR5)

ТЛУМАЧЕННЯ:

Коди пункту – пункт, що містить 5 знаків, та включає всі коди, які відносяться до цього пункту. (Наприклад: пункт 11503 включає коди: 11503-00, 11503-01, 11503-02. Правило стосується всіх кодів даного пункту).

Ефективний термін експлуатації обладнання – строк, до якого гарантовано безпечне застосування медичного обладнання з діагностичної візуалізації, яке не було модернізоване, із зазначенням року та місяця.

Максимальний продовжений термін експлуатації обладнання – строк, до якого гарантовано безпечне застосування медичного обладнання з діагностичної візуалізації, яке було модернізоване, із зазначенням року та місяця

Неконсультаційні послуги – послуги класу «Клінічні інструментальні дослідження» та всі класи сервісу «Процедури»

Послуги з діагностичної візуалізації – послуги, що відносяться до класів:

- Магнітно-резонансна томографія,
- Комп'ютерна томографія з контрастуванням,
- Комп'ютерна томографія без контрастування,
- Рентгенологічні дослідження,
- Ультразвукове дослідження.

ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА (IR.0)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.1.01	Якщо в одному закладі одному пацієнту надається 2 або більше послуг з діагностичної візуалізації в той самий день, то на послугу з найвищим коригувальним коефіцієнтом застосовується коефіцієнт 1,0, на другу послугу (наступну з найвищим коригувальним коефіцієнтом) застосовується коефіцієнт 0,9, на третю послугу та наступні – коефіцієнт 0,8. У разі надання послуг з однаковим коригувальним коефіцієнтом, на першу послугу застосовується коефіцієнт 1,0, на другу послугу – коефіцієнт 0,9, на третю послугу та наступні – коефіцієнт 0,8	1.09.2025



IR.1.02	Якщо в одному закладі одному пацієнту надається 2 або більше послуг в той самий день за класом «Клінічні інструментальні дослідження», то на першу послугу застосовується коефіцієнт 1,0, на другу послугу застосовується коефіцієнт 0,9, на третю послугу та наступні – коефіцієнт 0,8.	
IR.1.03	Якщо лікар надає хоча б одну послугу з діагностичної візуалізації і хоча б одну консультацію тому самому пацієнту в той самий день, до будь-якої послуги з діагностичної візуалізації застосовується коефіцієнт 0,9	1.09.2025
IR.1.04	Якщо в одному закладі одному пацієнту в той самий день надається хоча б одна послуга діагностичної візуалізації і хоча б одна неконсультаційна послуга одному пацієнту в той самий день, то до будь-якої послуги з діагностичної візуалізації застосовується коефіцієнт 0,9	1.09.2025
IR.1.05	Якщо в одному закладі одному пацієнту в той самий день надається дві або більше послуг з групи 3 «Дослідження судин» сервісу «Ультразвукові дослідження» та одна або більше інших послуг діагностичної візуалізації у звіт на оплату потрапляє одна послуга УЗД судин.	1.09.2025
IR.1.06	Якщо в одному закладі одному пацієнту в той самий день надається дві або більше послуг МРТ (коди 90901-03, 90901-07, 90902-01, 90902-03, 90902-06) та одна або більше інших послуг з діагностичної візуалізації у звіт на оплату потрапляє одна послуга МРТ,	1.09.2025
IR.1.07	Якщо пацієнту надавалась діагностична послуга під анестезією, то у звіт на оплату потрапляє і діагностична послуга і анестезіологічне забезпечення в рамках сервісу «Процедури». Послуги з анестезіологічного забезпечення потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: в правилах вказано, що діагностична послуга може потребувати анестезіологічного забезпечення або пацієнтам з діагнозом класу F, коли діагностичну послугу не можна надати без анестезіологічного забезпечення, або дітям до 10 років, коли діагностичну послугу не можна надати без анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR1)

(коди 90901-00, 90901-01, 90901-02, 90901-03, 90901-04, 90901-05, 90901-06, 90901-07, 90901-08, 90901-09, 90901-10, 90902-00, 90902-01, 90902-02, 90902-03, 90902-04, 90902-05, 90902-06, 90902-07)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.1.01	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) дослідження проведене на обладнанні, ефективний термін експлуатації якого становить до 10 років або максимальний продовжений термін експлуатації обладнання – до 20 років; (б) дослідження виконане за направленням лікаря-спеціаліста; (в) дослідження виконане лікарем, який пройшов навчання і відповідно до своїх посадових обов’язків має право проводити такі дослідження (код посади Р122); (г) лікар, який проводив дослідження, підготував висновок про дослідження, надав пацієнту паперовий або електронний його варіант, а також зображення в електронному форматі; (д) лікар, який проводив дослідження, зафіксував скорочений варіант висновку в ЕМЗ «Діагностичний звіт».	1.09.2025

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR.1.)**Група 1. ГОЛОВА ТА ШИЯ**

(коди 90901-00, 90901-01, 90901-02, 90902-00, 90901-09)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.1.01	Магнітно-резонансна томографія головного мозку (код 90901-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ головного мозку, з контрастуванням (якщо проводиться) при таких станах: – пухлині головного мозку або менінгіті; або – запаленні головного мозку.	1.09.2025

	Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.1.02	Магнітно-резонансна томографія головного мозку (код 90901-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ головного мозку, з контрастуванням (якщо проводиться) особі віком до 16 років при таких станах: – судоми без встановленої причини; або – головний біль без встановленої причини, у т.ч. хронічний, при підозрі на значну патологію; або – патології навколоносових пазух, при якій консервативна терапія неефективна. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.1.03	Магнітно-резонансна томографія голови (код 90901-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ голови, з контрастуванням (якщо проводиться) при таких станах: – пухлині основи черепа або орбіти; або – стереотаксичному скануванні головного мозку з встановленими опорними точками, виключно з метою планування стереотаксичного нейрохірургічного втручання. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.1.04	Магнітно-резонансна ангіографія голови або ший (код 90902-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію голови або ший, включаючи МРТ сканування перед дослідженням (якщо проводиться), при таких станах: – пухлині головного мозку; – запаленні головного мозку; – пухлині основи черепа або орбіти; – стереотаксичному скануванні головного мозку з встановленими опорними точками, виключно з метою планування стереотаксичного нейрохірургічного втручання. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

IR.1.05	Магнітно-резонансна томографія голови (код 90901-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ голови, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться) при таких станах: – акустичній невромі; – пухлинах гіпофізу; – токсичній, метаболічній чи ішемічній енцефалопатії; – демієлінізуючому захворюванні головного мозку; – вродженій ваді розвитку головного мозку або мозкових оболонок; – тромбозі венозного синуса; – черепній травмі; – епілепсії; – інсульті; – розшаруванні сонної або хребетної артерії; – внутрішньочерепній аневризмі; – внутрішньочерепній артеріовенозній мальформації. (б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень (усього три рази за 12 місяців) з кодами: – 90901-01 Магнітно-резонансна томографія голови та/або – 90902-00 Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.1.06	Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї (код 90902-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію голови, включаючи МРТ сканування перед дослідженням (якщо проводиться), при таких станах: – акустичній невромі; – пухлинах гіпофізу; – токсичній, метаболічній чи ішемічній енцефалопатії; – демієлінізуючому захворюванні головного мозку; – вродженій ваді розвитку головного мозку або мозкових оболонок;	1.09.2025

	– тромбозі венозного синуса; – черепній травмі; – епілепсії; – розшаруванні сонної або хребетної артерії; – внутрішньочерепній аневризмі; – внутрішньочерепній артеріовенозній мальформації; (б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень (усього три рази за 12 місяців) з кодами: – 90901-01 Магнітно-резонансна томографія голови та/або – 90902-00 Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.1.07	Магнітно-резонансна томографія шиї (код 90901-02) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ голови та шиї або шиї, включаючи з контрастуванням, (якщо проводиться) при таких станах: – пухлинах ЦНС; – запаленнях ЦНС. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.1.08	Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї (код 90902-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію, включаючи МРТ сканування (якщо проводиться) голови або шиї при таких станах: – пухлинах ЦНС; – запаленнях ЦНС. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.1.09	Магнітно-резонансна томографія шиї (код 90901-02) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ сканування судин голови та шиї для дослідження екстра- та/або внутрішньочерепного кровообігу при інсульті;	1.09.2025

	(б) пацієнту за останні 12 місяців з приводу даного захворювання виконано не більше 2 діагностичних досліджень (усього три рази за 12 місяців) з кодами: – 90902-00 Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї та/або – 90901-02 Магнітно-резонансна томографія шиї. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.1.10	Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї (код 90902-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію судин голови та шиї для дослідження екстра- та/або внутрішньочерепного кровообігу при інсульті; (б) пацієнту за останні 12 місяців з приводу даного захворювання виконано не більше 2 діагностичних досліджень (усього три рази за 12 місяців) з кодами: – 90902-00 Магнітно-резонансна ангіографія голови або шиї та/або – 90901-02 Магнітно-резонансна томографія шиї. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.11	Функціональна магнітно-резонансна томографія головного мозку (код 90901-09) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ сканування головного мозку для дослідження активності мозку при планування операцій на мозку; (б) пацієнту за останні 12 місяців за даними показаннями виконано не більше 1 діагностичного дослідження з даним кодом (усього два рази за 12 місяців).	1.09.2025

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR.1.)

Група 2. ХРЕБЕТ

(коди: 90901-03, 90902-03)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR1.12	Магнітно-резонансна томографія хребта (код 90901-03)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи: з контрастуванням (якщо проводиться), однієї або більше суміжних (або несуміжних) ділянок хребта при таких станах: – пухлини або – запалення ЦНС. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	
IR1.13	Магнітно-резонансна ангиографія хребта (код 90902-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРА, включаючи: з контрастуванням (якщо проводиться), однієї або більше суміжних (або несуміжних) ділянок хребта при таких станах: – пухлини або – запалення ЦНС. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR1.14	Магнітно-резонансна томографія хребта (код 90901-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться) хребта, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), дитині віком до 16 років при таких станах: – значній травмі або – неуточненому болю в шийі або спині з супутніми неврологічними симптомами, або – неуточненому болю в спині при підозрі на значну патологію. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.1.15	Магнітно-резонансна томографія хребта (код 90901-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ сканування, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), однієї або більше суміжних (або несуміжних) ділянок хребта при таких станах: – демієлінізуючому захворюванні ЦНС; – вродженій ваді розвитку спинного мозку, кінського хвоста або мозкових оболонок; – вродженій або набутій сирингомієлії;	1.09.2025

	– шийній радикулопатії; – ішіасі; – стеноз спиніномозкового каналу; – попередній операції на хребті; – травми. б) пацієнту при вище вказаних станах за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень (усього три рази за 12 місяців) з кодами – 90901-03 Магнітно-резонансна томографія хребта та/або – 90902-03 Магнітно-резонансна ангіографія хребта. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR1.16	Магнітно-резонансна ангіографія хребта (код 90902-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію, однієї або більше суміжних (або несуміжних) ділянок хребта при таких станах: – демієлінізуючому захворюванні ЦНС; – мілопатії – вродженій ваді розвитку спинного мозку, кінського хвоста або мозкових оболонок; – вродженій або набутій сирингомієлії; – шийній радикулопатії; – ішіасі; – стеноз спиніномозкового каналу; – попередній операції на хребті; – травми. б) пацієнту при вище вказаних станах за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень (усього три рази за 12 місяців) з кодами – 90902-03 Магнітно-резонансна ангіографія хребта та/або – 90901-03 Магнітно-резонансна томографія хребта. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.17	Манітно-резонансна томографія хребта (код 90901-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), шийного відділу хребта та плечового сплетення при таких станах:	1.09.2025

	– пухлині; – травм; – шийній радікулопатії; – попередній операції. б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень з даним кодом (усього три рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	---	--

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR.1.)

Група 3. КІСТКОВО-М'ЯЗОВА СИСТЕМА

(код 90901-07, 90901-08, 90902-01, 90902-06, 90902-07)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR1.18	Магнітно-резонансна томографія іншої ділянки тіла (код 90901-08) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), кістково-м'язової системи при таких станах: – пухлині, що виникає в кістці або кістково-м'язовій системі; – інфекція, що виникає в кістці або кістково-м'язовій системі; – остеонекрозі. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.19	Магнітно-резонансна томографія кінцівки (код 90901-07) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проведено) коліна пацієнту віком до 16 років з приводу внутрішнього ураження суглоба. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.20	Магнітно-резонансна томографія кінцівки (код 90901-07)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проведено), коліна пацієнту віком від 16 до 49 років з: – підозрою на гострий розрив меніска; або – підозрою на гострий розрив передньої хрестоподібної зв'язки. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR1.21	Магнітно-резонансна томографія кінцівки (код 90901-07) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проведено), кульшового суглоба для пацієнта віком до 16 років після рентгенологічного обстеження при: – підозрі на септичний артрит; або – підозрі на зміщення епіфіза головки стегнової кістки; або – підозрі на хворобу Пертеса. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.22	Магнітно-резонансна томографія кінцівки (код 90901-07) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проведено), ліктя для пацієнта віком до 16 років після рентгенологічного обстеження при підозрі на значний перелом або відривну травму, що приведе до зміни тактики лікування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.23	Магнітно-резонансна томографія кінцівки (код 90901-07) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проведено), зап'ястя для пацієнта віком до 16 років після рентгенологічного обстеження при підозрі на значний перелом човноподібної кістки.	1.09.2025

	Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR1.24	Магнітно-резонансна томографія кінцівки (код 90901-07) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), кістково-м'язової системи при таких станах: – порушення функції кульшового суглобу або його опорних структур або – порушення функції колінного суглобу або його опорних структур, або – порушення функції плечевого суглобу або його опорних структур, або – порушення функції гомілковостопного суглоба та/або стопи або їх опорних структур, або – порушення функції зап'ястя та/або кисті чи його опорних структур, або – порушення функції ліктя або його опорних структур. б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень з даним кодом (усього три рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.25	Магнітно-резонансна томографія іншої ділянки тіла (код 90901-08) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), кістково-м'язової системи при таких станах: – порушення функції одного або обох скронево-нижньощелепних суглобів або їх опорних структур. б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень з даним кодом (усього три рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.26	Магнітно-резонансна томографія іншої ділянки тіла (код 90901-08)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ кістково-м'язової системи при хворобі Гоше; б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження з даним кодом (усього два рази за 12 місяців)	
IR1.27	Магнітно-резонансна ангіографія кінцівок (коди 90902-01, 90902-06) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію кінцівки при синдромі вродженої недостатності кінцівок (стані, при якому дитина народжується з кінцівкою, яка частково або повністю відсутня, або сформована аномально) для вирішення питання щодо оперативного втручання; (б) вік дитини до 16 років включно; (в) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з кодом 90902-01 або 90902-06 при даному стані не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.28	Магнітно-резонансна ангіографія кінцівок або іншої ділянки тіла (коди 90901-07, 90901-08) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ кінцівки або іншої ділянки тіла при таких станах: – післязапального або післятравматичному зрощенню епіфізарного хряща; або зрощенню зони росту; – хворобі Гоше; (б) вік дитини до 16 років включно; (в) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження з кодами 90901-07, 90901-08 при вище вказаних станах (усього два рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR.1.)
Група 4. СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА
(коди 90901-04, 90902-02)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR1.29	Магнітно-резонансна томографія грудної клітки (код 90901-04) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), серцево-судинної системи, при таких станах: – вроджена хвороба серця або великої судини; – пухлина серця або великої судини; – аномалія грудної аорти. (б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження з кодом 90901-04 та/або кодом 90902-02 при вище вказаному стані (усього два рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.30	Магнітно-резонансна ангіографія грудної клітки (код 90902-02) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію серцево-судинної системи, включаючи МРТ сканування (якщо проводиться), при таких станах: – вроджена хвороба серця або великої(их) судини; – пухлина серця або великої(их) судини; – аномалія грудної аорти. (б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження з кодом 90901-04 та/або кодом 90902-02 при вище вказаному стані (усього два рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.31	Магнітно-резонансна томографія грудної клітки (код 90901-04) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ серцево-судинної системи, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), для оцінки структури та функції міокарда, що включає: – спеціальні проекції правого шлуночка; та	1.09.2025

	– 3D-волюметричну оцінку правого шлуночка; та – звітування про кінцево-діастолічний та кінцево-сistolічний об'єми, фракцію викиду та значення, індексовані за площею поверхні тіла (BSA); – дослідження виконано пацієнту, який звернувся із симптомами притаманними аритмогенній кардіоміопатії правого шлуночка; або результати дослідження пацієнта відповідають даному стану. (б) пацієнту за останні 12 місяців обстеження з кодом 90901-04 при даному стані не проводилося (одне дослідження за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR1.32	Магнітно-резонансна томографія грудної клітки (код 90901-04) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), серцево-судинної системи для оцінки структури та функції міокарда, що включає: – спеціальні проекції правого шлуночка; та – 3D-волюметричну оцінку правого шлуночка; та – звітування про кінцево-діастолічний; та кінцево-сistolічний об'єми, фракцію викиду та значення, індексовані за площею поверхні тіла (BSA); – дослідження виконано пацієнту, який немає симптомів щодо аритмогенної кардіоміопатії правого шлуночка та має одного або кількох родичів першого ступеня з підтвердженим діагнозом аритмогенної кардіоміопатії правого шлуночка (АРВК). (б) пацієнту за останні 36 місяців обстеження з кодом 90901-04 за даними показаннями не проводилося (одне дослідження за 36 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.33	Магнітно-резонансна ангіографія грудної клітки (код 90902-02) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено магнітно-резонансну ангіографію серцево-судинної системи при таких станах:	1.09.2025

	– судинній аномалії у пацієнта з попередньою анафілактичною реакцією на йодовмісну контрастну речовину; – обструкції верхньої порожнистої вени, нижньої порожнистої вени або внутрішньої клубової вени; або зовнішньої клубової вени. (б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень з даним кодом (усього три рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	---	--

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR.1.)

Група 5. ЖИВІТ, ТАЗ

(Коди: 90901-05, 90901-06, 90902-04, 90902-05)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR1.34	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини або таза (коди 90901-05 та 90901-06) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться) при таких станах: – пухлина в області малого таза або черевної порожнини; – вроджена аномалія матки або аноректальної порожнини. (б) вік дитини до 16 років включно. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.35	Магнітно-резонансна томографія грудної клітки (код 90901-04) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), медіастінума при таких станах: – пухлина медіастінума. (б) вік дитини до 16 років включно. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

IR1.36	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини або таза (коди 90901-05 та 90901-06) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться) сканування тазу або черевної порожнини та (б) пацієнтку направив спеціаліст-акушер-гінеколог; та (в) пацієнтка вагітна, термін гестації 18 тижнів або більше; та (г) є підозра на аномалію центральної нервової системи (ЦНС) плода; та (д) було проведено ультразвукове дослідження спеціалістом, який практикує за спеціальністю акушерство, при цьому діагноз був не визначений; або стан потребує подальшого обстеження. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.37	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини (коди 90901-05) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ черевної порожнини особі з злоякісною пухлиною наднирника, яка є резектабельною; (б) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з даним кодом при даному стані не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.38	Магнітно-резонансна томографія таза (код 90901-06) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування передміхурової залози для виявлення раку, якщо у пацієнта є підозра на розвиток раку передміхурової залози через одну з наступних причин: – при пальцевому ректальному дослідженні виявлено підозру на рак передміхурової залози; або – у особи віком до 70 років принаймні два тести на простат-специфічний антиген (ПСА), проведені протягом 1-3 місяців, перевищують 3,0 нг/мл, а співвідношення вільного/загального ПСА менше 25%, або повторне ПСА перевищує 5,5 нг/мл; або	1.09.2025

	– у особи віком до 70 років, у якої ризик розвитку раку передміхурової залози зумовлений відповідним сімейним анамнезом щонайменше вдвічі перевищує середній ризик, принаймні два тести на ПСА, проведені протягом 1-3 місяців, перевищують 2,0 нг/мл, а співвідношення вільного/загального ПСА менше 25%; або – у особи віком 70 років або старше, принаймні два тести на ПСА, проведені протягом 1-3 місяців, перевищують 5,5 нг/мл, а співвідношення вільного/загального ПСА менше 25%. б) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з даним кодом за даними показаннями не проводилося (усього один раз за 12 місяців) Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення. Примітка: Відповідний сімейний анамнез включає наявність раку простати у родича першого ступеня або наявність мутації гену BRCA 1 або BRCA 2.	
IR1.39	Магнітно-резонансна томографія таза (код 90901-06) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ передміхурової залози пацієнту, який перебуває під активним спостереженням після підтвердженого діагнозу раку передміхурової залози за даними гістологічного дослідження. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.40	Магнітно-резонансна томографія таза (коди 90901-06 та 90901-05) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), тазу та живота (якщо проводиться) для визначення стадії гістологічно діагностованого раку шийки матки стадії 1В або вище за шкалою FIGO пацієнтці, у якої діагностовано рак шийки матки стадії 1В або вище за шкалою FIGO; (б) оплата здійснюється лише один раз. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.41	Магнітно-резонансна томографія таза (код 90901-06) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), тазу при початковій стадії раку прямої кишки особі, в якій показаннями до обстеження є початкова стадія раку прямої кишки (включаючи рак ректосигмоподібного та аноректального відділів кишки). б) оплата здійснюється лише один раз. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	
IR1.42	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини (код 90901-05) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводиться), для оцінки хвороби Крона тонкої кишки особам з метою: – оцінки ступеня захворювання на момент первинного діагнозу хвороби Крона; – оцінки загострення/підозрюваних ускладнень відомої хвороби Крона; – оцінки відомої або підозрюваної хвороби Крона під час вагітності; – оцінки зміни терапії у пацієнтів з хворобою Крона. б) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з даним кодом при даному стані не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.43	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини (код 90901-05) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ підшлункової залози та жовчовивідних шляхів при підозрі на патологію жовчних шляхів або підшлункової залози; б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 2 діагностичних досліджень з даним кодом (усього три рази за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.44	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини (код 90901-05) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведено МРТ з контрастною речовиною – багатофазне сканування печінки (включаючи відкладену візуалізацію, якщо вона виконується) – для характеристики або планування втручання у пацієнта з: – відомою колоректальною карциномою; та – відомими, підозрюваними або можливими метастазами в печінку; та – мас-утвореннями в печінці виявленими при попередній комп'ютерній томографії або ультразвуковому дослідженні. (б) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з даним кодом при даному стані не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR1.45	Магнітно-резонансна томографія черевної порожнини (код 90901-05) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ з контрастною речовиною – багатофазне сканування печінки (включаючи відкладену візуалізацію, якщо вона виконується) – для діагностики або визначення стадії у пацієнта з відомою або підозрюваною гепатоцелюлярною карциномою, та: – хронічним захворюванням печінки та печінковою недостатністю (клас А або В за класифікацією Чайлда-П'ю); та – виявленим ураженням печінки діаметром понад 10 мм. (б) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з даним кодом при даному стані не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

КЛАС «МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ» (IR.1.)

Група 6. ГРУДНА ЗАЛОЗА

(коди: 90901-10)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування

IR1.46	Магнітно-резонансна томографія молочної залози (код 90901-10) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ сканування обох грудей для - виявлення раку, (б) особа не має симптомів та їй менше за 50 років; та (в) особа має показання до проведення дослідження, оскільки 1. вона має високий ризик розвитку раку молочної залози через одну з наступних причин: (А) 3 або більше родичів першого або другого ступеня споріднення з однієї сторони сім'ї, у яких діагностовано рак молочної залози або яєчників; (В) 2 або більше родичів першого або другого ступеня споріднення з однієї сторони сім'ї, у яких діагностовано рак молочної залози або яєчників, якщо будь-яка з наступних причин стосується принаймні одного з родичів: ○ діагностовано двосторонній рак молочної залози; ○ рак молочної залози почався до 40 років; ○ рак яєчників почався до 50 років; ○ діагностовано рак молочної залози та яєчників в той самий або різний час; ○ є родичем чоловічої статі, у якого діагностовано рак молочної залози. (С) один родич першого або другого ступеня споріднення, у якого діагностовано рак молочної залози у віці 45 років або молодше, плюс інший родич першого або другого ступеня споріднення з тієї ж сторони сім'ї з саркомою кісток або м'яких тканин у віці 45 років або молодше; або 2. Генетичне тестування виявило наявність генної мутації високого ризику раку молочної залози. 3. У пацієнта з вище вказаними факторами ризику (пункти 1-2) виявлено відхилення при проведенні даного діагностичного обстеження упродовж останніх 12 місяців. (г) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з цією метою не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
----------------------	--	------------------

IR1.47	Магнітно-резонансна томографія молочної залози (код 90901-10) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ обох грудей; (б) особі, в якій: – діагностовано метастатичний рак, обмежений регіональними лімфатичними вузлами; та – клінічне обстеження та звичайна візуалізація не дозволили виявити первинний рак. (в) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з цією метою не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.48	Магнітно-резонансна томографія молочної залози (код 90901-10) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено біопсію молочної залози під контролем МРТ, (б) особі, у якій виявлено підозріле ураження на МРТ, але не при звичайній візуалізації; та ураження не піддається біопсії під контролем звичайної візуалізації; (в) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з цією метою не проводилося (усього один раз за 12 місяців). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR1.49	Магнітно-резонансна томографія молочної залози (код 90901-10) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводилось) обох грудей; (б) особі, в якій: – у пацієнтки є ураження молочної залози; та – результати досліджень звичайної візуалізації не є остаточними щодо наявності раку молочної залози; та – біопсія не була можливою. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

IR1.50	Магнітно-резонансна томографія молочної залози (код 90901-10) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ, включаючи з контрастуванням (якщо проводилось), обох грудей; особі, в якій: – діагностовано рак молочної залози; та – існує розбіжність між клінічною оцінкою та традиційною оцінкою ступеня злоякісного новоутворення за допомогою візуалізації; та – результати МРТ молочної залози можуть змінити план лікування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.1.51	Магнітно-резонансна томографія молочної залози (код 90901-10) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено МРТ обох грудей особі, в якій є грудний імплантат; та діагностовано анапластичну великоклітинну лімфому. (б) особі діагностичне дослідження при даному стані раніше не проводилося (один раз протягом життя пацієнтки). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ»
(ІР.2.)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.2.01	Дослідження в межах цих класів потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) дослідження проведене на обладнанні, ефективний термін експлуатації якого становить до 10 років або максимальний продовжений термін експлуатації обладнання – до 15 років; (б) дослідження виконане за направленням лікаря-спеціаліста; (в) дослідження виконане лікарем, який пройшов навчання і відповідно до своїх посадових обов'язків має право проводити такі дослідження (код посади Р122); (г) лікар, який проводив дослідження, підготував висновок про дослідження, надав пацієнту паперовий або електронний його варіант, а також зображення в електронному форматі (д) лікар, який проводив дослідження, зафіксував скорочений варіант висновку в ЕМЗ «Діагностичний звіт»	1.09.2025
ІР.2.02	Дослідження з кодом з переліку (56220–56234, 56620–56630, 56219-00, 56220-00, 56221-00, 56223-00, 56224-00, 56225-00, 56226-00) потрапляє у звіт на оплату лише один раз, незалежно від того, чи потрібно одне або більше відвідувань для завершення послуги	1.09.2025

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (ІР.2.)**

Група 1. ГОЛОВА

(коди 56001-00, 56007-00, 56010-00, 56010-01, 56010-02, 56010-03, 56013-00, 56013-01, 56013-02, 56013-03, 56016-00, 56016-01, 56016-02, 56016-03, 56016-04, 56016-05, 56016-06, 56016-07, 56022-00, 56022-01, 56022-02, 56028-00, 56028-01, 56028-02, 56030-00, 56036-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.01	Комп'ютерна томографія головного мозку (код 56001-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування головного мозку без внутрішньовенного контрастування; (б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 57001 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням або – 56013-02 Комп'ютерна томографія очної ямки та головного мозку. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.02	Комп'ютерна томографія головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням (код 56007-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування мозку з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями мозку (якщо проводиться) перед введенням контрастного засобу; б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням або, – 56013-03 Комп'ютерна томографія очної ямки та головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням або, – 57007-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням або, – 56001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку.	1.09.2025

	Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.03	Комп'ютерна томографія гіпофізарної ямки (коди 56010-00, 56010-01, 56010-02, 56010-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування гіпофізарної ямки з внутрішньовенним контрастуванням або без нього, з можливим додатковим скануванням головного мозку; б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 57001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки або, – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням або, – 56001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку або, – 56007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.04	Комп'ютерна томографія очної ямки (коди пункту 56013-00, 56013-01, 56013-02, 56013-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування орбіт з внутрішньовенним контрастуванням або без нього, з можливим додатковим скануванням головного мозку; б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 57001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки або, – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням або, – 56001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку або, – 56007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

IR.2.05	Комп'ютерна томографія середнього вуха, скроневої кістки та головного мозку (коди пункту 56016-00, 56016-01, 56016-02, 56016-03, 56016-04, 56016-05, 56016-06, 56016-07) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування середнього вуха та/або скроневої кістки та/або головного мозку, з внутрішньовенним контрастуванням або без нього, однобічне або двобічне; б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 57001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки або, – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням або, – 57007-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням або, – 56001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку або, – 56007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.06	Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа та придаткових пазух носа (коди 56022-00, 56022-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування пірамід кісток лицевого черепа та/або придаткових пазух носа без внутрішньовеного контрастування, з можливим скануванням головного мозку; б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56028-00 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56028-01 Комп'ютерна томографія придаткових пазух носа з внутрішньовенним контрастуванням, або	1.09.2025

	– 56028-02 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа та придаткових пазух носа з внутрішньовенним контрастуванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.07	Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа та придаткових пазух носа з внутрішньовенним контрастуванням (коди пункту 56028) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування лицьових кісток та/або придаткових пазух носа з внутрішньовенним контрастуванням та з будь-якими скануваннями лицьових кісток та/або придаткових пазух носа до введення контрастного засобу, якщо виконано; (б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56022-00 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа, або – 56022-01 Комп'ютерна томографія придаткових пазух носа. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.08	Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа, придаткових пазух носа та головного мозку (код 56030-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування пірамід кісток лицевого черепа та/або придаткових пазух носа та головного мозку без внутрішньовеного контрастування; б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодом пункту: – 56022-00 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа або – 56022-01 Комп'ютерна томографія придаткових пазух носа, або – 56028-00 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа з внутрішньовенним контрастуванням, або	1.09.2025

	– 56028-01 Комп'ютерна томографія придаткових пазух носа з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56028-02 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа та придаткових пазух носа з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56036-00 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа, придаткових пазух носа та головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.09	Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа, придаткових пазух носа та головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням (код 56036-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування лицьових кісток, придаткових пазух носа із скануванням мозку, з внутрішньовенним контрастуванням, якщо: – сканування без контрасту вже було виконано; і – послуга необхідна через виявлені аномальні результати попереднього сканування. (б) упродовж 24 годин, які передують даному дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодом. – 56030-00 Комп'ютерна томографія кісток лицевого черепа, придаткових пазух носа та головного мозку. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

Група 2. ШИЯ
(коди 56101-00, 56107-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.10	Комп'ютерна томографія м'яких тканин шиї (код 56101-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведене сканування м'яких тканин шиї, включаючи гортань, глотку, верхній стравохід і слинні залози (не пов'язано з шийним відділом хребта) без внутрішньовенного контрастування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.11	Комп'ютерна томографія м'яких тканин шиї з внутрішньовенним контрастуванням (код 56107-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування м'яких тканин шиї, включаючи гортань, глотку, верхній стравохід і слинні залози (не пов'язано з шийним відділом хребта), з внутрішньовенним контрастуванням та з будь-якими скануваннями м'яких тканин шиї перед введенням контрастного засобу, якщо виконано; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56101-00 Комп'ютерна томографія м'яких тканин шиї. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

Група 3. ХРЕБЕТ

(коди 56219-00, 56220-00, 56221-00, 56223-00, 56224-00, 56225-00, 56226-00, 56233-00, 56234-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.12	Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньотекальним контрастуванням (код 56219-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, однієї або більше зон, із внутрішньотекальним контрастуванням, включаючи підготовку до введення контрастного засобу та будь-які асоційовані рентгенографії;	1.09.2025

	(б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 59724-00 Мієлографія; – 58100-00 Рентгенографія шийного відділу хребта, або – 58103-00 Рентгенографія грудного відділу хребта, або – 58106-00 Рентгенографія попереково-крижового відділу хребта, або – 58108-00 Рентгенографія хребта, 4 відділів, або – 58109-00 Рентгенографія крижово-куприкового відділу хребта, або – 58112-00 Рентгенографія хребта, 2 відділів, або – 58115-00 Рентгенографія хребта, 3 відділів. Дослідження з кодами може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.13	Комп'ютерна томографія хребта, шийний відділ (код 56220-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, шийного відділу, без внутрішньовенного контрастування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.14	Комп'ютерна томографія хребта, грудний відділ (код 56221-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, грудного відділу, без внутрішньовенного контрастування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.15	Комп'ютерна томографія хребта (код 56223-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, попереково-крижового відділу, без внутрішньовенного контрастування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.16	Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, шийний відділ (код 56224-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведене сканування хребта, шийного відділу, з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями шийного відділу хребта (якщо проводиться) до введення контрастного засобу; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56220-00 Комп'ютерна томографія хребта, шийний відділ. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.17	Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, грудний відділ (код 56225-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, грудного відділу, з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями грудного відділу (якщо проводиться) до введення контрастного засобу; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56221-00 Комп'ютерна томографія хребта, грудний відділ. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.18	Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, попереково-крижовий відділ (код 56226-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, попереково-крижового відділу, з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями цього відділу (якщо проводиться) до введення контрастного засобу; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом. – 56223-00 Комп'ютерна томографія хребта, попереково-крижовий відділ. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.19	Комп'ютерна томографія хребта, декілька відділів (код 56233-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведене сканування хребта, двох зон, зазначених кодами 56220-00, 56221-00 та 56223-00, без внутрішньовенного контрастування; (б) у діагностичному звіті вказано коди сканованих зон хребта; (в) упродовж 24 годин, які передують дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56220-00 Комп'ютерна томографія хребта, шийний відділ; або, – 56221-00 Комп'ютерна томографія хребта, грудний відділ; або, – 56223-00 Комп'ютерна томографія хребта, попереково-крижовий відділ. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.20	Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, декілька відділів (код 56234-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування хребта, двох зон, зазначених кодами 56224, 56225 та 56226, з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями цих зон (якщо проводиться) до введення контрастного засобу; (б) у діагностичному звіті вказано коди сканованих зон хребта; (в) упродовж 24 годин, які передують дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56220-00 Комп'ютерна томографія хребта, шийний відділ; або – 56221-00 Комп'ютерна томографія хребта, грудний відділ; або – 56223-00 Комп'ютерна томографія хребта, попереково-крижовий відділ; або – 56224-00, Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, шийний відділ; або, – 56225-00 Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, грудний відділ; або, – 56226-00 Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньовенним контрастуванням, попереково-крижовий відділ або. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (ІР.2.)**

**Група 4. ГРУДНА КЛІТКА ТА ВЕРХНЯ ЧАСТИНА ЖИВОТА
(56301-00, 56301-01, 56307-00, 56307-01)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.2.21	Комп'ютерна томографія грудної клітки та/або черевної порожнини <i>(коди 56301-00, 56301-01)</i> Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування грудної клітки, включаючи легені, середостіння, грудну стінку та плевру, з або без сканування верхньої частини живота, без внутрішньовенного контрастування; (б) упродовж 24 годин, які передують її наданню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 57001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки, або – 57001-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини, або – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням, або – 57007-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
ІР.2.22	Комп'ютерна томографія грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням <i>(коди пункту 56307-00)</i> Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування грудної клітки, включаючи легені, середостіння, грудну стінку та плевру, з або без сканування верхньої частини живота, з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями грудної клітки, включаючи легені, середостіння, грудну стінку або плевру і верхню	1.09.2025

	частину живота (якщо проводиться) до введення внутрішньовенного контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56807-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза з внутрішньовенним контрастуванням, або – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням, або – 57007-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56301-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, або – 56301-01 Комп'ютерна томографія грудної клітки та черевної порожнини. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	--	--

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (ІР.2.)**

Група 5. ЖИВІТ
(56401-00, 56407-00, 56409-00, 56412-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.2.23	Комп'ютерна томографія живота (код 56401-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування верхньої частини живота (від діафрагми до гребеня клубової кістки) без внутрішньовенного контрастування; (б) упродовж 24 годин, які передують дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56501-00 Комп'ютерна томографія живота та таза, або – 56801-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, живота та таза. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

IR.2.24	Комп'ютерна томографія черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням (код 56407-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування верхньої частини живота (від діафрагми до гребеня клубової кістки) з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями верхньої частини живота (якщо проводиться) до введення внутрішньовенного контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують дослідженню, пацієнту не проводили дослідження з кодами: – 56507-00 Комп'ютерна томографія живота та таза з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням), або – 56807-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, живота та таза з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням), або, – 57007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням), або, в) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56401-00 Комп'ютерна томографія живота. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.25	Комп'ютерна томографія таза (код 56409-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування тазу (від гребеня клубової кістки до лобкового симфізу) без внутрішньовенного контрастування; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56501-00 Комп'ютерна томографія черевної порожнини та таза. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.26	Комп'ютерна томографія таза з внутрішньовенним контрастуванням (код 56412-00)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування тазу (від гребеня клубової кістки до лобкового симфізу) з внутрішньовенним контрастуванням і з будь-якими скануваннями тазу (якщо проводиться) до введення внутрішньовенного контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 56507-00 Комп'ютерна томографія живота та таза з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням); (в) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56409-00 Комп'ютерна томографія таза. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	--	--

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

Група 6. ЖИВІТ ТА ТАЗ
(56501-00, 56507-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.27	Комп'ютерна томографія черевної порожнини та таза (код 56501-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування верхньої частини живота та тазу без внутрішньовенного контрастування, не для віртуальної колоноскопії; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 56801-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза, або – 57001-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини.	1.09.2025

	Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.28	Комп'ютерна томографія живота та таза з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням) (код 56507-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування верхньої частини живота та тазу з внутрішньовенним контрастом і з будь-якими скануваннями верхньої частини живота та тазу (якщо проводиться) до введення внутрішньовенного контрасту, не для віртуальної колоноскопії; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 56501-00 Комп'ютерна томографія черевної порожнини та таза, або – 56409-00 Комп'ютерна томографія таза, або – 56401-00 Комп'ютерна томографія живота Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

**Група 7. КІНЦІВКИ
(56619-00, 56625-00)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.29	Комп'ютерна томографія кінцівки (код 56619-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування кінцівок, однієї або кількох областей без внутрішньовенного контрастування. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.2.30	Комп'ютерна томографія кінцівки з внутрішньовенним контрастуванням (код 56625-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування кінцівок, однієї області або кількох областей з внутрішньовенним введенням	1.09.2025

	контрастування та з будь-якими скануваннями кінцівок (якщо проводиться) перед внутрішньовенним введенням контрасту; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 56619-00 Комп'ютерна томографія кінцівки Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	
--	--	--

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

**Група 8. ГРУДНА КЛІТКА, ЖИВІТ, ТАЗ І ШИЯ
(56801-00, 56807-00)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.31	Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза (код 56801-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування грудної клітки, живота та тазу з або без сканування м'яких тканин шиї, без внутрішньовенного контрастування; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 56501-00 Комп'ютерна томографія черевної порожнини та таза, або – 56409-00 Комп'ютерна томографія таза, або – 56401-00 Комп'ютерна томографія живота, або – 56301-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки; або – 56301-01 Комп'ютерна томографія грудної клітки та черевної порожнини. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.2.32	Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза з внутрішньовенним контрастуванням (код 56807-00)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування грудної клітки, живота та тазу з або без сканування м'яких тканин шиї, з внутрішньовенним контрастуванням і будь-якими скануваннями цих областей (якщо проводиться) до введення контрасту; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 56801-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза, або – 56307-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56407-00 Комп'ютерна томографія черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56412-00 Комп'ютерна томографія таза з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56507-00 Комп'ютерна томографія живота та таза з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	--	--

**КЛАСИ: «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З КОНТРАСТУВАННЯМ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

**Група 9. МОЗОК, ГРУДНА КЛІТКА ТА ВЕРХНЯ ЧАСТИНА ЖИВОТА
(57001-00, 57001-01, 57007-00, 57007-01)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.33	Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини (коди пункту 57001-00, 57001-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування головного мозку та грудної клітки з або без сканування верхньої частини живота, без внутрішньовенного контрастування;	1.09.2025

	б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 56401-00 Комп'ютерна томографія живота, або – 56801-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза, або – 56501-00 Комп'ютерна томографія живота та таза, або – 56301-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, або – 56301-01 Комп'ютерна томографія грудної клітки та черевної порожнини, або – 56001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку). Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.2.34	Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням (коди пункту 57007) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене сканування головного мозку та грудної клітки з або без сканування верхньої частини живота, з внутрішньовенним контрастуванням і будь-якими скануваннями цих областей (якщо проводиться) до введення контрасту; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 56007-00 Комп'ютерна томографія головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56307-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56407-00 Комп'ютерна томографія черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56412-00 Комп'ютерна томографія таза з внутрішньовенним контрастуванням, або – 56507-00 Комп'ютерна томографія живота та таза з внутрішньовенним контрастуванням (посиленням), або – 56807-00 Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини та таза з внутрішньовенним контрастуванням, або	1.09.2025

	– 57001-00 Комп'ютерна томографія головного мозку та грудної клітки, або – 57001-01 Комп'ютерна томографія головного мозку, грудної клітки та черевної порожнини. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	---	--

**КЛАС «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

**Група 10. ПЕЛЬВІМЕТРІЯ
(57201-00)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.35	Пельвіметрія за допомогою комп'ютерної томографії (код 57201-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено вимірювання розміру та діаметру таза за допомогою комп'ютерної томографії. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

**КЛАС «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

**Група 11. СПІРАЛЬНА АНГІОГРАФІЯ
(57360-00)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.36	Комп'ютерна томографія коронарних артерій (код 57360-00), Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування коронарних артерій на сканері мінімум з 64 зрізами (або еквівалентному), пацієнту: – зі стабільними симптоми, що притаманні коронарній ішемії, який має низький або середній ризик розвитку ішемічної хвороби серця та є	1.09.2025

	покази для проведення коронарної ангіографії; або – якому потрібно виключити аномалію коронарної артерії або фістули; або – який готується до проведення некоронарної операції на серці. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
--	--	--

**КЛАС «КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ»
«КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ БЕЗ КОНТРАСТУВАННЯ» (IR.2.)**

**Група 12. КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ
(57362-00)**

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.2.37	Комп'ютерна томографія скронево-нижньощелепного суглобу (код 57362-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сканування зубів та скронево-нижньощелепного суглоба (без контрастування) для діагностики та лікування таких станів: – переломи нижньої щелепи та зубоальвеолярної ділянки, або – ортодонтичні стани, або – ендодонтичні стани, або – пародонтальні стани, або – стани скронево-нижньощелепного суглоба. (б) застосовується не більше одного дослідження пацієнту на день. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.3.)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.3.01	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) дослідження проведене на обладнанні, що використовується у межах послуг, на які поширюються коди груп 1–8, 12, 15 даного класу, ефективний термін експлуатації якого становить до 15 років та максимальний продовжений термін експлуатації обладнання – до 20 років; (б) дослідження виконане за направленням лікаря-спеціаліста (усі дослідження цього класу) або сімейного лікаря для діагностичних послуг, визначених кодами 57506-00, 57506-01, 57506-02, 57506-03, 57506-04, 57512-00, 57512-01, 57512-02, 57512-03, 57518-00, 57518-01, 57518-02, 57518-03, 57518-04, 57524-00, 57524-01, 57524-02, 57524-03, 57524-04, 57700-00, 57706-00, 57712-00, 57715-00, 57903-00, 58500-00, 58506-00, 58521-01, 58524-00, 58524-01, 58527-00, 59300-00, 59300-01, 59303-00, 59303-01; (в) дослідження виконане лікарем, який пройшов навчання і відповідно до своїх посадових обов’язків має право проводити такі дослідження (код посади Р122); або рентген-лаборантом (посада Р169) для діагностичних послуг, визначених кодами 57506-00, 57506-01, 57506-02, 57506-03, 57506-04, 57512-00, 57512-01, 57512-02, 57512-03, 57518-00, 57518-01, 57518-02, 57518-03, 57518-04, 57524-00, 57524-01, 57524-02, 57524-03, 57524-04, 57700-00, 57706-00, 57712-00, 57715-00, 57901-00, 57903-00, 57906-00, 57909-00, 57912-00, 57915-00, 58521-00, 58521-01, 58524-00, 58524-01, 58527-00; (г) лікар, який проводив дослідження, підготував висновок про дослідження, надав пацієнту паперовий або електронний його варіант, а також зображення (знімки або в електронному форматі); (д) лікар, який проводив дослідження, зафіксував скорочений варіант висновку в ЕМЗ «Діагностичний звіт».	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 1. КІНЦІВКИ

(коди 57506-00, 57506-01, 57506-02, 57506-03, 57506-04, 57512-00, 57512-01, 57512-02, 57512-03, 57518-00, 57518-01, 57518-02, 57518-03, 57518-04, 57524-00, 57524-01, 57524-02, 57524-03, 57524-04)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.01	Дослідження однієї ділянки верхньої кінцівки (коди 57506-00, 57506-01, 57506-02, 57506-03, 57506-04) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію плечової кістки або ліктя, або передпліччя або зап'ястка або кисті.	1.09.2025
IR.3.02	Дослідження кількох ділянок верхньої кінцівки (коди 57512-00, 57512-01, 57512-02, 57512-03) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію кількох ділянок верхньої кінцівки; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 57512-00 Рентгенографія ліктя та плечової кістки разом з кодом 57506-00 Рентгенографія плечової кістки та/або 57506-01 Рентгенографія ліктя або – 57512-01 Рентгенографія ліктя та передпліччя разом з кодом 57506-01 Рентгенографія ліктя та/або 57506-02 Рентгенографія передпліччя, або – 57512-02 Рентгенографія кисті, зап'ястка та передпліччя разом з кодом 57506-02 Рентгенографія передпліччя та/або 57506-03 Рентгенографія зап'ястка та/або 57506-04 Рентгенографія кисті, або – 57512-03 Рентгенографія кисті та зап'ястка разом з кодом 57506-03 Рентгенографія зап'ястка та/або 57506-04 Рентгенографія кисті.	1.09.2025
IR.3.03	Дослідження однієї ділянки нижньої кінцівки (коди 57518-00, 57518-01, 57518-02, 57518-03, 57518-04)	1.09.2025

	Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію стегнової кістки або коліна, або гомілки або гомілковостопного суглоба або стопи.	
IR.3.04	Дослідження кількох ділянок нижньої кінцівки (коди 57524-00, 57524-01, 57524-02, 57524-03) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію кількох ділянок верхньої кінцівки; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 57524-00 Рентгенографія стегнової кістки та коліна разом з кодом 57518-00 Рентгенографія стегнової кістки та/або 57518-01 Рентгенографія коліна або – 57524-01 Рентгенографія коліна та гомілки разом з кодом 57518-01 Рентгенографія коліна та/або 57518-02 Рентгенографія гомілки, або – 57524-02 Рентгенографія гомілки та гомілковостопного суглоба разом з кодом 57518-02 Рентгенографія гомілки та/або 57518-03 Рентгенографія гомілковостопного суглоба, або – 57524-03 Рентгенографія гомілки, гомілковостопного суглоба та стопи разом з кодом 57518-02 Рентгенографія гомілки та/або 57518-03 Рентгенографія гомілковостопного суглоба та/або 57518-04 Рентгенографія стопи, або – 57524-04 Рентгенографія гомілковостопного суглоба та стопи разом з кодом 57518-03 Рентгенографія гомілковостопного суглоба та/або 57518-04 Рентгенографія стопи.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 2. ПЛЕЧЕ АБО ТАЗ

(коди 57700-00, 57706-00, 57712-00, 57715-00, 57721-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/
---------------	---------	---------------------------

		скасування
IR.3.05	Рентгенографія ділянки плечового суглобу (коди 57700-00, 57706-00) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов (а) проведено рентгенографію ключиці, плеча або лопатки; (б) у разі відсутності основного діагнозу пов'язаного з травми, при декількох обстеженнях одночасно, у звіт на оплату потрапляє одне дослідження; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження з кодом 57700-00 Рентгенографія плеча або лопатки, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 59751-00 артрографія.	1.09.2025
IR.3.06	Рентгенографія кульшового суглоба (код 57712-00) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію кульшового суглоба; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 59751-00 артрографія.	1.09.2025
IR.3.07	Рентгенографія таза (код 57715-00) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію тазового поясу	1.09.2025
IR.3.08	Рентгенографія внутрішньої фіксації перелому стегнової кістки (код 57721-00) Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію внутрішньої фіксації перелому стегнової кістки; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 57518-00 Рентгенографія стегнової кістки	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 3. ГОЛОВА

(57901-00, 57902-00, 57903-00, 57906-00, 57909-00, 57912-00, 57915-00, 57918-00, 57921-00, 57924-00, 57927-00, 57930-00, 57933-00, 57939-00, 57942-00, 57945-00, 57960-00, 90900-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.09	Рентгенографія черепа (код 57901-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію черепа; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 57902-00 Краніометрія	1.09.2025
IR.3.10	Краніометрія (код 57902-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено краніотомію; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 57901-00 Рентгенографія черепа	1.09.2025
IR.3.11	Рентгенографія іншої кістки лицевого черепа (код 57912-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію іншої кістки лицевого черепа, включає виличну кістку, верхню щелепу, очну ямку.	1.09.2025
IR.3.12	Рентгенографія гортані (код 57945-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію гортані, пряму та бічну проекцію дихальних шляхів і м'яких тканин ший; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 57939-00 Дослідження піднебінно-глоткового комплексу з рентгеноскопією або – 57942-00 Дослідження піднебінно-глоткового комплексу.	1.09.2025
IR.3.13	Енцефалографія (код 90900-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено енцефалографію, включаючи пневмоцистернографію, пневмоенцефалографію.	1.09.2025

IR.3.14	Ортопантомографія (код 57960-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено ортопантомографію для діагностики та/або лікування травм, інфекції, пухлин або вроджених чи хірургічних станів щелепно-лицевої області.	1.09.2025
----------------	---	-----------

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 4. ХРЕБЕТ

(коди 58100-00, 58103-00, 58106-00, 58108-00, 58109-00, 58112-00, 58115-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.15	Рентгенографія хребта, 4 відділів (код 58108-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження хребта: шийний, грудний, попереково-крижовий і крижово-куприковий відділи; (б) у діагностичному звіті вказано коди обстежень відділів хребта, виконаних за цим кодом.	1.09.2025
IR.3.16	Рентгенографія крижово-куприкового відділу хребта (код 58109-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження хребет: крижово-куприковий відділ; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 58108-00 Рентгенографія хребта, 4 відділів.	1.09.2025
IR.3.17	Рентгенографія хребта, 2 відділи (код 58112-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження хребет: 2 відділи, зазначених у кодах 58100-00 або 58103-00, або 58106-00 або 58109-00; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 58108-00 Рентгенографія хребта, 4 відділів;	1.09.2025

	(в) у діагностичному звіті вказано коди обстежень відділів хребта, виконаних за цим кодом.	
IR.3.18	Рентгенографія хребта, 3 відділів (код 58115-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження хребет: 3 відділи, зазначених у кодах 58100-00, або 58103-00, або 58106-00 та або 58109-00; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 58108-00 Рентгенографія хребта, 4 відділів. (в) у діагностичному звіті вказано коди обстежень відділів хребта, виконаних за цим кодом.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 5. КІСТКОВИЙ ВІК І ОБСТЕЖЕННЯ СКЕЛЕТУ

(коди 58300-00, 58306-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.19	Визначення кісткового віку зап'ястка та коліна за допомогою рентгенографії (код 58300-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження зап'ястка та/або коліна для з'ясування кісткового віку; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 57518-01 Рентгенографія коліна або – 57506-03 Рентгенографія зап'ястка.	1.09.2025
IR.3.20	Рентгенографія всієї кісткової системи (код 58306-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження всієї кісткової системи; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом груп 1-5 цього класу.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 6. ГРУДНА КЛІТКА

(коди 58500-00, 58506-00, 58509-00, 58521-00, 58521-01, 58524-00, 58524-01, 58527-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.21	Рентгенографія грудної клітки (код 58500-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенологічне дослідження грудної клітки (легеневі поля) (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58506-00 Рентгенографія грудної клітки з рентгеноскопією.	1.09.2025
IR.3.22	Рентгенографія ребер, двобічна (код 58524-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенологічне дослідження ребер, двобічне; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 58521-01 Рентгенографія ребер, однобічна або – 58524-01 Рентгенографія грудини та ребер, однобічна, або – 58527-00 Рентгенографія грудини та ребер, двобічна.	1.09.2025
IR.3.23	Рентгенографія грудини та ребер, двобічна (код 58527-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенологічне дослідження грудини та ребер, двобічне (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 58521-01 Рентгенографія ребер, однобічна або – 58524-01 Рентгенографія грудини та ребер, однобічна, або – 58524-00 Рентгенографія ребер, двобічна.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.3.)

Група 7. СЕЧОВИВІДНІ ШЛЯХИ

(коди 58700-00, 58706-00, 58715-00, 58715-01, 58718-00, 58718-01, 58721-00, 90906-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.3.24	Внутрішньовенна пієлографія (код 58706-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено внутрішньовенну пієлографію, що включає просте рентгенологічне дослідження (якщо проводиться), або томографію (якщо проводиться); (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 58700-00 Рентгенографія сечовивідних шляхів або – 56501-00 Комп'ютерна томографія черевної порожнини та таза.	1.09.2025
ІР.3.25	Пієлографія (коди 58715-00, 58715-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено антеградну або ретроградну пієлографію, що включає просте рентгенологічне дослідження (якщо проводиться), з підготовкою та введенням контрасту; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58700-00 Рентгенографія сечовивідних шляхів.	1.09.2025
ІР.3.26	Ретроградна цистографія або ретроградна уретрографія (коди пункту 58718) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено ретроградну цистографію або ретроградну уретрографію, що включає звичайну рентгенографію сечовивідних шляхів (якщо проводиться), з підготовкою та введенням контрасту; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом:	1.09.2025

	– 58700-00 Рентгенографія сечовивідних шляхів. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	
IR.3.27	Ретроградна мікційна цистоуретрографія (код 58721-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено ретроградну міктуруючу цистоуретрографію, включаючи підготовку та введення контрасту. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025
IR.3.28	Рентгенографія уретероілеостоми з внутрішньовенним контрастуванням (екскреторна урографія при сформованій уретероілеостомі) (код 90906-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію уретероілеостоми з внутрішньовенним контрастуванням (екскреторна урографія при сформованій уретероілеостомі).	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 8. ТРАВНИЙ ТРАКТ ТА ЖОВЧНА СИСТЕМА

(коди 58900-00, 58909-00, 58909-01, 58912-00, 58912-01, 58915-00, 58916-00, 58921-00, 58924-00, 58927-00, 58936-00, 58939-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.29	Рентгенографія черевної порожнини (код 58900-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено просту рентгенографію черевної порожнини; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 58909 Рентгенографія глотки, стравоходу, шлунка або дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною та скринінговою рентгенографією грудної клітки або	1.09.2025

	– 58912 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки, або – 58915 Рентгенографія тонкої кишки з контрастною речовиною.	
IR.3.30	Рентгенографія глотки, стравоходу, шлунка або дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною (коди 58909-00, 58909-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію глотки, стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, з попередньою рентгенографією (якщо проводиться);, (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 58912 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки; (в) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	1.09.2025
IR.3.31	Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки (код 58912-00, 58912-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки черевної порожнини, з попередньою рентгенографією (якщо проводиться); (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 58909-00 Рентгенографія глотки, стравоходу, шлунка або дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною або – 58915-00 Рентгенографія тонкої кишки з контрастною речовиною; (в) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом:	1.09.2025

	– 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	
IR.3.32	Рентгенографія тонкої кишки з контрастною речовиною (код 58915-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію тонкої кишки з контрастною речовиною, з попередньою рентгенографією (якщо проводиться); (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 58912 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки; (в) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	1.09.2025
IR.3.33	Контрастна клізма тонкої кишки (код 58916-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено рентгенографію тонкої кишки з дуоденальною інтубацією і введенням контрасту; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини або – 58912-00 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки, або – 58915-00 Рентгенографія тонкої кишки з контрастною речовиною. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.3.34	Інша контрастна клізма (код 58921-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження з повітряно-контрастною барієвою клізмою, з попередньою рентгенографією (якщо проводиться); б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами:	1.09.2025

	– 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини або – 58912-00 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з контрастною речовиною, що доходить до ободової кишки, або – 58915-00 Рентгенографія тонкої кишки з контрастною речовиною.	
IR.3.35	Холецистографія (код 58924-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено холецистографію, з попередньою рентгенографією (якщо проводиться), з підготовкою та введенням контрасту; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 58927-00 Пряма холангіографія, післяопераційна або – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	1.09.2025
IR.3.36	Пряма холангіографія, післяопераційна (код 58927-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено пряму холангіографію з підготовкою та введенням контрасту; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58924-00 Холецистографія.	1.09.2025
IR.3.37	Інфузійна холангіографія (код 58936-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено інфузійну холеографію, з попередньою рентгенографією або без неї, з підготовкою та введенням контрасту, з томографією або без неї; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	1.09.2025
IR.3.38	Дефекографія (код 58939-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено флюороскопічне дослідження кишечника для оцінки функції тазового дна під час м'язових скорочень та дефекації.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 9. ГРУДНІ ЗАЛОЗИ

(коди 59300-00, 59300-01, 59303-00, 59303-01, 59306-00, 59309-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.39	Рентгенографія молочної залози, двобічна (коди 59300-00, 59300-01)) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено мамографію обох молочних залоз; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 59303-00 Рентгенографія молочної залози, однобічна або – 59303-01 Рентгенографія молочної залози з термографією, однобічна.	1.09.2025
IR.3.40	Рентгенографія молочної залози, однобічна (коди 59303-00, 59303-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено мамографію однобічну; (б) упродовж 24 годин, які передують її проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 59300-00 Рентгенографія молочної залози, двобічна.	1.09.2025
IR.3.41	Дуктографія молочної залози, однобічна (код 59306-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуктографію молочної залози, однобічну; (б) упродовж 24 годин, які передують її проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 59309-00 Дуктографія молочної залози, двобічна; (в) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 59300-00 Рентгенографія молочної залози, двобічна або	1.09.2025

	– 59303-00 Рентгенографія молочної залози, однобічна Не використовується для скринінгу.	
IR.3.42	Дуктографія молочної залози, двобічна (код 59309-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуктографію молочної залози двобічну; (б) упродовж 24 годин, які передують її проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 59306-00 Дуктографія молочної залози, однобічна; (в) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 59300-00 Рентгенографія молочної залози, двобічна або – 59303-00 Рентгенографія молочної залози, однобічна. Не використовується для скринінгу	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 10. РЕНТГЕНОГРАФІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОНТРАСТУВАННЯ

(коди 59700-00, 59703-00, 59712-00, 59715-00, 59718-00, 59724-00, 59733-00, 59736-00, 59739-00, 59739-01, 59739-02, 59739-03, 59751-00, 59754-00, 59760-00, 59763-00, 90906-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.43	Дискографія (код 59700-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження диску(ів) хребта, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; (б) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами групи 4 даного класу. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.3.44	Дакріоцистографія (код 59703-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведено, дакріоцистографію однобічну, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту.	
IR.3.45	Гістеросальпінгографія (код 59712-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено гістеросальпінгографію з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; (б) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 57715-00 Рентгенографія таза; Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.3.46	Бронхографія (код 59715-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено бронхографію, однобічну, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; (б) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами групи 6 даного класу. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.3.47	Флебографія (код 59718-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено флебографію, однобічну, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; (б) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами групи 1 даного класу. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення (сервіс «Процедури»)	1.09.2025
IR.3.48	Мієлографія (код 59724-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено мієлографію, одна або більше ділянок, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом:	1.09.2025

	– 56219 Комп'ютерна томографія хребта з внутрішньотекальним контрастуванням (посиленням); в) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами групи 4 даного класу. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	
IR.3.49	Рентгенографія слинної залози з штучним контрастуванням (код 59733-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено сіалографію, однобічну, підготовкою та введенням контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 57918 Рентгенографія слинної залози.	1.09.2025
IR.3.50	Вазо-епідидимографія (код 59736-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено вазо-епідидимографію	1.09.2025
IR.3.51	Рентгенографія венозних синусів (коди 59739-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено синограму або фістулограму (рентгенографію венозних синусів грудної стінки або черевної стінки або заочеревинного простору), однієї або більше ділянок, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; в) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 58500-00 Рентгенографія грудної клітки або – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	1.09.2025
IR.3.52	Артрографія (код 59751-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено артрографію, всі суглоби, за винятком фасеткових суглобів хребта, дослідження з одиночним або подвійним контрастуванням (рентгеноконтрастування та/або рентгенопрозорії речовини (зазвичай повітря)), з попередніми	1.09.2025

	оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 57712-00 Рентгенографія кульшового суглоба або – 57700-00 Рентгенографія плеча або лопатки; в) особі, якій проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами групи 1 даного класу.	
IR.3.53	Лімфангіографія (код 59754-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено лімфангіографію, однобічну або двобічну, з попередніми оглядовими знімками та подальшою рентгенографією, а також з підготовкою та введенням контрастування.	1.09.2025
IR.3.54	Перітонеографія (код 59760-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено перітонеографію, одна або обидві сторони, з попередніми оглядовими знімками та подальшою рентгенографією, а також з підготовкою та введенням контрастування; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 58900-00 Рентгенографія черевної порожнини.	1.09.2025
IR.3.55	Інсуфляція повітря під час рентгеноскопії (код 59763-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено інсуфляцію повітря під час відео-флюороскопічної візуалізації, включаючи оглядові знімки.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 11. АНГІОГРАФІЯ

(коди 59970-00, 59970-02, 59970-03, 59970-04)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.56	Ангіографія та артеріографія (коди пункту 59970-00, 59970-02, 59970-03, 59970-04,) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено ангіографію та/або цифрову субтракційну ангіографію з флюороскопією, одна або більше ділянок, з попередніми оглядовими знімками або без них, з підготовкою та введенням контрасту; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з іншими кодами пункту 59970. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

КЛАС «РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.3.)

Група 12. ФЛЮОРОСКОПІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

(коди 60503-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.3.57	Рентгеноскопія (код 60503-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено флюороскопічне дослідження (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з рентгенологічного дослідження.	1.09.2025

КЛАС «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.4.)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.4.01	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) дослідження проведене на обладнанні, ефективний термін експлуатації якого становить до 10 років, та максимальний продовжений термін експлуатації обладнання – до 15 років; (б) дослідження виконане за направленням лікаря-спеціаліста або сімейного лікаря (крім кодів 55030-00 та 55048-00); (в) дослідження виконане лікарем, який пройшов навчання і відповідно до своїх посадових обов'язків має право проводити такі дослідження; (г) лікар, який проводив дослідження, підготував висновок про дослідження, надав пацієнту паперовий або електронний його варіант; (д) лікар, який проводив дослідження, зафіксував скорочений варіант висновку в ЕМЗ «Діагностичний звіт».	1.09.2025

КЛАС «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.4.)

Група 1. ЗАГАЛЬНЕ УЗД

(коди 55028-00, 55030-00, 55032-00, 55036-00, 55038-00, 55048-00, 55065-00, 55070-00, 55076-00, 55084-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.4.01	УЗД черевної порожнини (код 55036-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконане дослідження черевної порожнини, включаючи сканування сечовивідних шляхів, якщо виконується; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами:	1.09.2025

	– 55038-00 Ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів або – 55065-00 Ультразвукове дослідження таза, або – 55812-00 Ультразвукове дослідження грудної клітки або черевної стінки.	
IR.4.02	Ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів (код 55038-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконане ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 55036-00 Ультразвукове дослідження черевної порожнини або – 55065-00 Ультразвукове дослідження таза, або – 55812-00 Ультразвукове дослідження грудної клітки або черевної стінки.	1.09.2025
IR.4.03	Ультразвукове дослідження таза (код 55065-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконане ультразвукове дослідження органів таза; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 55038-00 Ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів або – 55036-00 Ультразвукове дослідження черевної порожнини.	1.09.2025
IR.4.04	УЗД сечового міхура (код 55084-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконане ультразвукове дослідження сечового міхура; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 11917-00 Цистометрографія з 1 або більше вимірюванням або – 55038-00 Ультразвукове дослідження сечовивідних шляхів або – 55036-00 Ультразвукове дослідження черевної порожнини або – 55065-00 Ультразвукове дослідження таза.	1.09.2025

Клас «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.4.)

Група 2. СЕРЦЕ
(коди 55113-00, 55118-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.4.05	Одновимірне (М-режим) та двовимірне ультразвукове дослідження серця у реальному часі (код 55113-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене дослідження щонайменше з 2 акустичних вікон, з вимірюванням швидкості кровотоку через серцеві клапани за допомогою методів імпульсного та безперервного доплера, та кольоровим картуванням потоку в реальному часі щонайменше з 2 акустичних вікон, із записами цифровому носії (за вимогою пацієнта) - для дослідження симптомів або ознак серцевої недостатності, або підозрюваної чи відомої гіпертрофії чи дисфункції шлуночків, або болю в грудях.	1.09.2025
IR.4.06	Двовимірне черезстравохідне ультразвукове дослідження серця у реальному часі (код 55118-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведене черезстравохідне ультразвукове дослідження серця в реальному часі; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 55113-00 Одновимірне (М-режим) та двовимірне ультразвукове дослідження серця у реальному часі. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення.	1.09.2025

Клас «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.4.)

Група 3. СУДИНИ

(коди 55238-00, 55238-01, 55244-00, 55244-01, 55248-00, 55248-01, 55252-00, 55252-01, 55274-00, 55276-00, 55278-00, 55280-00, 55282-00, 55284-00, 55292-00, 55292-01, 55294-00, 55294-01, 55294-02)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування

IR.4.07	У разі вказання кодів однобічного та двобічного дослідження судин в ЕМЗ, що сформовані упродовж одного дня – оплата здійснюється як за одне дослідження.	1.09.2025
IR.4.08	Якщо лікар надає 2 або більше послуг ультразвукового дослідження судин в межах групи 3 одному пацієнту в той самий день, плата за кожне наступне дослідження судин, зменшується на 40%.	1.09.2025
IR.4.09	Ультразвукове дуплексне дослідження вен нижньої кінцівки, однобічне (коди пункту 55244) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуплексне сканування, одностороннє, що включає ультразвукову візуалізацію в режимі В та інтегровані доплерівські вимірювання потоку шляхом спектрального аналізу вен нижньої кінцівки (нижче пахової зв'язки) для виявлення гострого венозного тромбозу.	1.09.2025
IR.4.10	Ультразвукове дуплексне дослідження позачерепних, каротидних та вертебральних судин (код 55274-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуплексне сканування, двостороннє, що включає ультразвукову візуалізацію в режимі В та інтегровані доплерівські вимірювання потоку за допомогою спектрального аналізу екстракраніальних двосторонніх сонних та хребетних судин, з підключичними та безіменними судинами або без них, з окулоплетизмографією або периорбітальним доплерівським дослідженням або без них.	1.09.2025
IR.4.11	Ультразвукове дуплексне дослідження ниркових та/або вісцеральних судин (код 55278-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуплексне сканування, що включає ультразвукову візуалізацію в В-режимі та інтегровані доплерівські вимірювання потоку за допомогою спектрального аналізу ниркових або вісцеральних судин, або ниркових та вісцеральних судин, включаючи аорту, нижню порожнисту вену та клубові судини, за необхідності.	1.09.2025
IR.4.12	Ультразвукове дуплексне дослідження артерії статевого члена (код 55282-00)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуплексне сканування, що включає ультразвукову візуалізацію в В-режимі та інтегровані доплерівські вимірювання потоку шляхом спектрального аналізу кавернозної артерії пеніса після внутрішньокавернозного введення вазоактивного агента; та виконується упродовж періоду фармакологічної активності введенного агента для підтвердження діагнозу судинної етіології імпотенції та (б) проведено спеціалістом з УЗД, урології, з судинної хірургії та (с) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 55284-00 Ультразвукове дуплексне дослідження печеристого тіла статевого члена	
IR.4.13	Ультразвукове дуплексне дослідження печеристого тіла статевого члена (код 55284-00) Дослідження потрапляє у звітність на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дуплексне сканування, що включає ультразвукову візуалізацію в В-режимі та інтегровані доплерівські вимірювання потоку за допомогою спектрального аналізу кавернозної тканини пеніса для підтвердження діагнозу та, де показано, для оцінки перебігу та лікування: – пріапізму; або – фіброзу будь-якого типу або – перелому tunica albuginea або – артеріовенозних мальформацій; (б) проведено спеціалістом з УЗД, урології, з судинної хірургії та (с) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 55282-00 Ультразвукове дуплексне дослідження артерії статевого члена.	1.09.2025

Клас «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.4.)

Група 4. УРОЛОГІЯ (Код 55600-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування

IR.4.14	Ультразвукове дослідження передміхурової залози, основи сечового міхура та сечівника (код 55600-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: а) проведено ультразвукове дослідження простати з використанням одного або кількох датчиків-перетворювачів, які можуть отримувати як аксіальне, так і сагітальне сканування у 2 площинах під прямим кутом та (б) пацієнту, якого направив спеціаліст з урології, радіаційної онкології або онкології, який: – обстежив пацієнта упродовж 60 днів до сканування та – рекомендував сканування для лікування поточного захворювання простати пацієнта.	1.09.2025
----------------	--	-----------

Клас «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.4.)

Група 5. АКУШЕРСТВО

(код 55700-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.4.15	Дослідження групи 5 «Акушерство» потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) направлення на дослідження видане лікарем-спеціалістом; (б) дослідження виконане лікарем, які пройшли навчання і відповідно до своїх посадових обов'язків мають право проводити такі дослідження (коди посад P149,P150,P151,P34).	1.09.2025
IR.4.16	Ультразвукове дослідження для виявлення аномалій плода (код 55700-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено ультразвукове дослідження, під час якого оцінено розвиток плода та його анатомію, будь-яким або всіма доступами; (б) направлення на дослідження видане лікарем акушером-гінекологом з метою експертного дослідження; (в) вагітність (підтверджена ультразвуком) датується куприково-тім'яною довжиною від 45 до 84 мм;	1.09.2025

	(г) лікар, який направляє жінку та лікар, який проводить дослідження вагітної не є співробітниками одного закладу; (д) присутній один або декілька з наступних станів: – гіперемезис вагітних, або – цукровий діабет, або – гіпертонія, або – токсикоз вагітних, або – захворювання печінки або нирок, або – аутоімунне захворювання, або – захворювання ССС, або – алоїмунізація, або – материнська інфекція, або – запальне захворювання кишечника, або – стома кишечника, або – рубці на черевній стінці, або – попередня травма або захворювання хребта або тазу, або – залежність від наркотиків та інших психотропних препарат та речовин, або – тромбофілія, або – значне ожиріння у матері, або – вік матері >35 років, або – біль у животі або утворення, або – невизначена дата, або – вагітність високого ризику, або – попередні переношені вагітності, або – попередній кесарів розтин, або – ускладнений акушерський анамнез, або – підозра на позаматкову вагітність, або – ризик викидня, або – зменшення симптомів вагітності, або – підозрювана або відома цервікальна недостатність, або – підозрювана або відома аномалія матки, або – вагітність після допоміжних репродуктивних технологій, або – ризик аномалій плода.	
--	---	--

Клас «УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.4.)

Група 6. СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВА СИСТЕМА

(коди 55812-00, 55816-00, 55816-01, 55844-00, 55852-00, 90908-01)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.4.17	Дослідження цієї групи потрапляють у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) направлення на дослідження видане сімейним лікарем (крім кодів 55844-00, 55852-00, 90908-01) або лікарем-спеціалістом (всі коди); (б) дослідження виконане лікарем, який пройшов навчання і відповідно до своїх посадових обов'язків має право проводити такі дослідження, зокрема коди посад (P149,P93,P94).	1.09.2025
IR.4.18	Ультразвукове дослідження грудної клітки або черевної стінки (код 55812-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконане ультразвукове сканування грудної клітки або стінки черевної порожнини, та (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 55070-00 Ультразвукове дослідження молочної залози, однобічне, або – 55076-00 Ультразвукове дослідження молочної залози, двобічне.	1.09.2025
IR.4.19	Ультразвукове дослідження ділянки кульшового суглоба або пахвинної ділянки (пункт 55816) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконане ультразвукове сканування кульшового суглоба або пахвинної ділянки, з однієї або двох сторін та (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 55065-00 Ультразвукове дослідження таза.	1.09.2025
IR.4.20	Ультразвукове дослідження шкіри та підшкірної тканини (код 55844-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано оцінку утворення, пов'язаного зі шкірою або підшкірними структурами, яке не є частиною м'язово-рухової системи, ультразвукове сканування однієї або більше ділянок та	1.09.2025

	(б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послугами, зазначеними у групах 1 або 3 класу «Ультразвукові дослідження».	
IR.4.21	Ультразвукове дослідження хребта та спинного мозку (код 55852-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано ультразвукове сканування хребта, спинного мозку і підлеглих підшкірних тканин.	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.0	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) дослідження виконане за направленням лікаря-спеціаліста або сімейного лікаря (для кодів 11727-00, 11708-00, 11709-00) (б) дослідження виконане лікарем, який пройшов навчання і відповідно до своїх посадових обов'язків має право проводити такі дослідження; (в) лікар, який проводив дослідження, підготував висновок про дослідження, надав пацієнту паперовий або електронний його варіант; (г) лікар, який проводив дослідження, зафіксував скорочений варіант висновку в ЕМЗ «Діагностичний звіт».	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)**Група 1. НЕВРОЛОГІЯ**

(коди 11000-00, 11003-00, 11009-00, 11012-00, 11012-01, 11012-02, 11015-00, 11015-01, 11018-00, 11018-01, 11018-02, 11021-00, 11021-01, 11021-02, 11024-00, 11027-00, 92011-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни / скасування
IR.5.01	Електроенцефалографія (код 11000-00), Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електроенцефалографію тривалістю до трьох годин; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 11003-00 Електроенцефалографія тривалістю ≥ 3 годин або – 11009-00 Електрокортикографія	1.09.2025
IR.5.02	Електроенцефалографія (код 11003-00), запис тривалістю не менше 3 годин.	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електроенцефалографію, тривалістю не менше 3 годин,; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 11000-00 Електроенцефалографія або – 11009-00 Електрокортикографія.	
IR.5.03	Електрокортикографія (код 11009-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електрокортикографію: (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 11003-00 Електроенцефалографія тривалістю ≥ 3 годин б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 11000-00 Електроенцефалографія.	1.09.2025
IR.5.04	Електроенцефалографічний [ЕЕГ] відео- та радіотелеметричний моніторинг (код 92011-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електроенцефалографічний [ЕЕГ] відео- та радіотелеметричний моніторинг тривалістю ≥ 24 годин; б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом: – 11003-00 Електроенцефалографія тривалістю ≥ 3 годин або – 11000-00 Електроенцефалографія, або – 11009-00 Електрокортикографія.	1.09.2025
IR.5.05	Електроміографія [ЕМГ] (коди пункту 11012) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електронейроміографічне дослідження по 1 нерву або електроміографічне дослідження одного	1.09.2025

	або більше м'язів з використанням концентричних голчастих електродів АБО обидва ці обстеження; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – пункту 11015 Дослідження проведення по 2 або 3 нервам або – пункту 11018 Дослідження проведення по ≥ 4 нервам або – іншим кодом пункту 11012.	
IR.5.06	Дослідження проведення по 2 або 3 нервам (<i>коди пункту 11015</i>) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електронейроміографічне дослідження по 2 або 3 нервам з електроміографічним дослідженням або без нього; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – пункту 11012 Дослідження по 1 нерву та електроміографія або – пункту 11018 Дослідження проведення по ≥ 4 нервам або – іншим кодом пункту 11015.	1.09.2025
IR.5.07	Дослідження проведення по ≥ 4 нервам (<i>коди пункту 11018</i>) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електронейроміографічне дослідження по 4 нервам та більше з електроміографічним дослідженням або без нього АБО записи з окремих волокон нервів і м'язів АБО обидва ці дослідження; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами – коди пункту 11012 Дослідження по 1 нерву та електроміографія або – коди пункту 11015 Дослідження проведення по 2 або 3 нервам або – іншим кодом пункту 11018.	1.09.2025
IR.5.08	Повторні дослідження нервово-м'язової провідності (<i>коди пункту 11021</i>)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) повторна стимуляція для електронейроміографічного дослідження або електроміографічного дослідження з кількісним комп'ютерним аналізом АБО обидва ці дослідження б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами – 11012-02 Дослідження проведення по 1 нерву з електроміографією або – 11015-01 Дослідження проведення по 2 або 3 нервам з електроміографією або – 11018-01 Дослідження проведення по ≥ 4 нервам з електроміографією або – іншим кодом пункту 11021.	
IR.5.09	Вивчення викликаного потенціалу центральної нервової системи, 1 або 2 дослідження (код 11024-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) досліджено один або два усереднених зразки електричної активності, записаних з одного або двох місць у центральній нервовій системі у відповідь на той самий або інший стимул; б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 11027-00 Вивчення викликаного потенціалу центральної нервової системи, ≥ 3 досліджень	1.09.2025
IR.5.10	Вивчення викликаного потенціалу центральної нервової системи, ≥ 3 досліджень (код 11027-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) досліджено три або більше усереднених зразків електричної активності, записаних з різних місць у центральній нервовій системі у відповідь на різні стимули; б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 11024-00 Вивчення викликаного потенціалу центральної нервової системи, 1 або 2 дослідження.	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.5.)**Група 2. ОФТАЛЬМОЛОГІЯ**

(коди 11200-00, 11204-00, 11205-00, 11210-00, 11215-00, 11218-00, 11221-00, 11224-00, 11235-00, 11240-01)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.5.11	Інтервенції наведені нижче входять у комплексну послугу класу «Офтальмологія» сервісу «Консультування та лікування», тому оплата відбувається в межах даного класу Перелік інтервенцій включає: 96038-00 Вимірювання гостроти зору 96039-00 Тест на контрастну чутливість 92018-00 Перевірка кольорового зору 11211-00 Перевірка адаптації очей до темноти 96040-00 Ручна периметрія, однобічна 96041-00 Ручна периметрія, двобічна 96042-00 Вимірювання акомодації 96043-00 Вимірювання рефракції 92016-00 Тонометрія 96044-00 Вимірювання рухів очного яблука та бінокулярної функції	1.09.2025
ІР.5.12	Провокаційні проби для виявлення глаукоми (код 11200-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано провокаційну пробу АБО пробу при відкрито-кутовій глаукомі (код Н40.1 Первинна відкритокутова глаукома), включаючи пиття води	1.09.2025
ІР.5.13	Електроретинографія (код 11204-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано електроретинографію одного або обох очей за допомогою комп'ютеризованих методів усереднення, включаючи 3 або більше досліджень.	1.09.2025
ІР.5.14	Електроокулографія (код 11205-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано електроокулографію одного або обох очей.	1.09.2025

IR.5.15	Паттерн-електроретинографія (код 11210-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано Паттерн-електроретинографію <i>одного або обох очей</i> за допомогою комп'ютерних методів усереднення, включаючи 3 або більше досліджень,	1.09.2025
IR.5.16	Фотографування сітківки 1 ока (код 11215-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано ангиографію сітківки одного ока, що включає багаторазову експозицію 1 ока з внутрішньовенною ін'єкцією контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 11218-00 Фотографування сітківки обох очей.	1.09.2025
IR.5.17	Фотографування сітківки обох очей (код 11218-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано ангиографію сітківки обох очей, що включає багаторазову експозицію обох очей з внутрішньовенною ін'єкцією контрасту; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 11215-00 Фотографування сітківки 1 ока.	1.09.2025
IR.5.18	Повна кількісна комп'ютеризована периметрія, двобічна (код 11221-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано повну кількісну комп'ютеризовану периметрію двобічну, пацієнту з наявним захворюванням очей або підозрою на патологію зорових шляхів або головного мозку; б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження (усього два рази за 12 місяців) кодами: – 11221-00 Повна кількісна комп'ютеризована периметрія, двобічна та – 11224-00 Повна кількісна комп'ютеризована периметрія.	1.09.2025
IR.5.19	Повна кількісна комп'ютеризована периметрія (код 11224-00)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано повну кількісну комп'ютеризовану периметрію однобічну, пацієнту з наявним захворюванням очей або підозрою на патологію зорових шляхів або головного мозку; б) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження (усього два рази за 12 місяців) кодами: – 11221-00 Повна кількісна комп'ютеризована периметрія, двобічна та – 11224-00 Повна кількісна комп'ютеризована периметрія.	
IR.5.21	Обстеження ока за допомогою імпресійної цитології рогівки (код 11235-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов (а) виконано обстеження ока за допомогою імпресійної цитології рогівки для дослідження дисплазії поверхні ока, включаючи збір клітин, обробку	1.09.2025
IR.5.22	Інтерферометрія з частковою когерентністю (код 11240-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано одновимірну ультразвукову ехографію або часткову когерентну інтерферометрію для дослідження одного ока перед операцією на кришталику на цьому оці, включає лазерну доплерівську інтерферометрію, вимірювання аксіальної довжини ока.	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 3. ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ

(коди 11300-00, 11303-00, 11304-00, 11306-00, 11309-00, 11309-01, 11312-00, 11312-02, 11315-01, 11324-00, 11324-01, 11332-00, 11332-01, 11332-02, 11333-00, 11336-00, 11339-00, 96063-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.23	Аудіологічні послуги - (пункти 11309 - 11318)	1.09.2025

	Медична послуга, зазначена в пунктах 11309 - 11318, вважається медичною послугою для цілей виплати за ПМГ, якщо вона надається: (а) в умовах, що дозволяють встановити певні порогові значення; (б) у приміщенні з ослабленим звуком та фоновим шумом та (в) з використанням каліброваного обладнання.	
IR.5.24	Нижче вказані інтервенції входять у комплексну послугу класу «Аудіологія» сервісу «Консультування та лікування», тому оплата відбувається в межах даного класу. Перелік інтервенцій включає: 96045-00 Мовний -тест з перевертанням 96046-00 Дихотичний тест з прослуховуванням спондеїчних слів [ПСС] 96047-00 Тест з використанням фільтрованого мовлення 96048-00 Тест виділення семантично неоднорідних фраз [BCP] 96049-00 Тест на злиття (складів чи звуків) 96173-00 Аудіометрія електричної слухової реакції стовбура головного мозку 96050-00 Аудіометрія реакції, викликаной корою головного мозку 96051-00 Стаціонарні викликані потенціали 96052-00 Поріг акустичного рефлексу 96053-00 Розпад акустичного рефлексу 96054-00 Тест на дисфункцію євстахієвої труби 96055-00 Індекс чутливості до коротких наростань звука (ІЧКН-тест) 96056-00 Тест перемінного бінаурального балансу гучності (ПББГ-тест) 96057-00 Тест на різницю рівнів з маскуванням 96058-00 Тест на згасання порогового тону 96059-00 Інші психоакустичні тести 96065-00 Співставлення шуму у вухах або маскування звуку 92026-00 Дослідження функції носа (Риноманометрія)	1.09.2025
IR.5.25	Аудіометрія викликаной реакції стовбура головного мозку (код 11300-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) виконано аудіометрію викликаної реакції стовбура головного мозку. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення	
IR.5.26	Екстратимпанальна електрокохлеографія (код 11303-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано екстратимпанальну електрокохлеографію, однобічну або двобічну	1.09.2025
IR.5.27	Транстимпанальна електрокохлеографія (код 11304-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано транстимпанальну електрокохлеографію, однобічну або двобічну з введенням електродів через барабанну перетинку (якщо проводиться).	1.09.2025
IR.5.28	Інша аудіометрія (код 11306-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов (а) виконано скринінгову аудіометрію, що охоплює одну або декілька послуг, зазначених кодами пунктів 11309-11315, коли вони не виконуються за умовами, викладеними в правилах до кодів пункту 11332.	1.09.2025
IR.5.29	Аудіометричне дослідження повітряної провідності, (коди пункту 11309) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано аудіограму: повітряну провідність	1.09.2025
IR.5.30	Аудіометричне дослідження повітряної та кісткової провідності (коди пункту 11312) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано аудіограму: повітряну та кісткову провідність або повітряну провідність та розрізнення мовлення; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – Пункту 11309 Аудіометричне дослідження повітряної провідності або – 11315-01 Тест розпізнавання мовлення.	1.09.2025
IR.5.31	Тест розпізнавання мовлення (код 11315-01)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано аудіограму: тест розпізнавання мовлення	
IR.5.32	Тимпанометрія зі стандартним зондуємим тоном (коди пункту 11324) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано імпедансну аудіограму, що включає тимпанометрію, вимірювання статичної податливості та акустичний рефлекс.	1.09.2025
IR.5.33	Оцінка отоакустичної емісії (коди пункту 11332) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов (а) оцінено отоакустичну емісію у немовляти чи дитини, які знаходяться в групі ризику через один або більше з таких факторів: -госпіталізація до відділення інтенсивної терапії новонароджених або -порушення слуху в сімейному анамнезі, або -внутрішньоутробна або перинатальна інфекція (підозрювана або підтверджена), або -вага при народженні менше 1,5 кг, або -черепно-лицьова деформація, або -асфіксія при народженні, або -хромосомна аномалія, включаючи синдром Дауна, або -замінне переливання крові. (б) пацієнт направлений іншим лікарем; (в) за висновком лікаря-спеціаліста патологія середнього вуха виключено; (д) дослідження проводиться поза межами планового скринінгу немовлят.	1.09.2025
IR.5.34	Калорична проба лабіринту (код 11333-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано калоричну пробу лабіринту.	1.09.2025
IR.5.35	Одночасна подвійна калорична проба лабіринту (код 11336-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано одночасну подвійну калоричну пробу лабіринту.	1.09.2025
IR.5.36	Електроністагмографія (код 11339-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) виконано електроністагмографію	
IR.5.37	Оцінка вестибулярної функції на кріслі, що обертається (кріслі Барані) (код 96063-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) оцінено вестибулярну функцію на кріслі, що обертається (кріслі Барані)	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 4. ОРГАНИ ДИХАННЯ

(коди 11503-00, 11503-01, 11503-02, 11503-03, 11503-04, 11503-05, 11503-06, 11503-07, 11503-08, 11503-09, 11503-10, 11503-11, 11503-12, 11503-13, 11503-14, 11503-15, 11503-16, 11503-17, 11503-18, 11503-19, 11506-00, 11512-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.38	Комплексне дослідження функції дихання, включаючи оцінювання функції легень та дихальних м'язів, яке проводиться в спеціально обладнаній лабораторії для проведення таких досліджень, на перевіреному метрологом обладнанні	1.09.2025
IR.5.39	Комплексне вимірювання респіраторної функції, включаючи легені та дихальні м'язи (коди пункту 11503) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано будь-який з наступних тестів – вимірювання дифузійної здатності монооксиду вуглецю будь-яким методом; – вимірювання опору дихальних шляхів або легень будь-яким методом; – інгаляційний провокаційний тест, включаючи спірометрію до провокації та побудову кривої дози-відповіді, використовуючи визнаний прямий або непрямий бронхопровокаційний агент і спірометрію після бронходилататора; – інгаляційний провокаційний тест, що включає спірометрію до провокації та побудову кривої дози-відповіді, з використанням визнаного прямого або непрямого бронхопровокаційного агента та спірометрію після бронхолітатора;	1.09.2025

- спірометрія, що виконується до та після простого тесту з фізичним навантаженням, проведеного як провокаційний тест для дослідження астми, у приміщеннях, обладнаних реанімаційним обладнанням та персоналом, навченим Advanced Life Support;
- вимірювання сили м'язів вдиху та видиху при кількох легеневих об'ємах;
- імітований висотний тест, що включає вплив гіпоксичних газових сумішей і насичення киснем у стані спокою та/або під час фізичних навантажень з або без спостереження ефекту додаткового кисню;
- розрахунок легеневого або серцевого шунта шляхом вимірювання парціального тиску кисню в артеріальній крові та концентрації гемоглобіну після вдихання з концентрацією кисню 100% упродовж 15 хвилин або більше.

(б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами:

- 11506-00 Інші вимірювання респіраторної функції
- 11512-00 Безперервне вимірювання співвідношення між потоком та об'ємом під час видихання або вдихання

Примітка. Коди пункту 11503 не призначені для дослідження порушень сну. Дані, отримані в рамках дослідження сну в діапазоні 12203-12250, не можуть бути використані для вказання кодів пункту 11503.

Якщо безперервне вимірювання співвідношення між потоком та об'ємом під час видихання або вдихання (код 11512-00) проводиться в той самий день, що й діагностична послуга з кодом пункту 11503, вказувати потрібно лише код 11503.

Тестування максимального циклу потоку-об'єму на вдиху та видиху з метою діагностики обструкції центральних дихальних шляхів має позначатися кодом 11512, а не 11503.

Якщо безперервне вимірювання співвідношення між потоком та об'ємом під час видихання або вдихання є єдиним лабораторним тестом, що проводиться, тоді необхідно заявити 11512-00.

IR.5.40	Інші вимірювання респіраторної функції (код 11506-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено спірометрію, що передбачає постійне дослідження, виконане до і після інгаляції бронходилататора; і виконується для: – підтвердження діагнозу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) або – оцінювання загострення астми, або – моніторингу астми та ХОЗЛ, або – встановлення інших причин обструктивного захворювання легень або наявності рестриктивного захворювання легень. (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 11512-00 Безперервне вимірювання співвідношення між потоком та об'ємом під час видихання або вдихання – 11503 комплексне вимірювання респіраторної функції, включаючи легені та дихальні м'язи	1.09.2025
IR.5.41	Безперервне вимірювання співвідношення між потоком та об'ємом під час видихання або вдихання (код 11512-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено безперервне вимірювання співвідношення між потоком та об'ємом під час видиху або під час видиху та вдиху, що виконується до та після інгаляції бронходилататора; та для якого виконується 3 або більше спірометричних записів; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – Пункту 11503 комплексне вимірювання респіраторної функції, включаючи легені та дихальні м'язи	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 5. СУДИНИ

(коди 11600-00, 11600-01, 11600-02, 11600-03, 11602-00, 11604-00, 11605-00, 11610-00,

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.42	Моніторинг артеріального тиску (центрального венозного, легеневого артеріального, системного артеріального або серцевого внутрішньопорожнинного) (коди пункту 11600) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено моніторинг артеріального тиску за допомогою постійного катетера - тільки один раз для кожного типу тиску в будь-який календарний день, максимум до 4 типів артеріального тиску	1.09.2025
IR.5.43	Обстеження та фіксування форми хвилі периферичних вен в одній або кількох кінцівках у стані спокою за допомогою CW-доплера або імпульсної доплеровської РЛС (код 11602-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження венозного рефлюксу або обструкції в одній або кількох кінцівках у стані спокою за допомогою безперервного доплера або імпульсного доплера, що включає обстеження в кількох місцях вздовж кожної кінцівки з використанням періодичного стиснення кінцівки або проб Вальсальви, або обох, для виявлення прогресуючого та ретроградного кровотоку, (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 32500-00 Мікроін'єкції в ділянки з розширенням венул або – 32500-01 Декілька ін'єкцій у варикозні вени; (в) пацієнту за останні 12 місяців виконано не більше 1 діагностичного дослідження з даним кодом (усього два рази за 12 місяців).	1.09.2025
IR.5.44	Обстеження та фіксування форми хвилі периферичних вен у 1 або декількох кінцівках за допомогою плетизмографії (код 11604-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено плетизмографію (за винятком фотоплетизмографії) однієї або кількох кінцівок особі	1.09.2025

	з хронічним венозним захворюванням верхніх і нижніх кінцівок; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 32500-00 Мікроін'єкції в ділянки з розширенням венул або – 32500-01 Декілька ін'єкцій у варикозні вени.	
IR.5.45	Обстеження та фіксування форми хвилі периферичних вен у нижніх кінцівках під час та після фізичного навантаження з використанням інфрачервоної фотоплетизмографії (код 11605-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено інфрачервону фотоплетизмографію однієї або кількох кінцівок особі зі складним хронічним рефлюксом або обструкцією нижніх кінцівок під час і після фізичних вправ для визначення показань для хірургічного втручання або консервативного лікування тромботичної хвороби глибоких вен; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 32500-00 Мікроін'єкції в ділянки з розширенням венул або – 32500-01 Декілька ін'єкцій у варикозні вени.	1.09.2025
IR.5.46	Вимірювання показників систолічного артеріального тиску з обох сторін та оцінка форм хвилі у артеріях нижніх кінцівок (код 11610-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено двобічне визначення кістково-плечових індексів та аналіз артеріальних хвиль, вимірювання тиску в задньому великогомілковому та тильному м'язах стопи (або пальці стопи) та плечовій артерії за допомогою доплерівських або плетизмографічних методів, для оцінки захворювання артерій нижніх кінцівок	1.09.2025
IR.5.47	Вимірювання показників систолічного артеріального тиску з обох сторін та оцінка форм хвилі у артеріях верхніх кінцівок (код 11611-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведено двобічне вимірювання радіального та ліктьового (або пальцевого) і плечового артеріального тиску за допомогою доплерівської або плетизмографічної техніки, розрахунок індексів систолічного тиску на зап'ясті або пальці-плечовій артерії та аналіз артеріальних хвиль для оцінки захворювання артерій верхніх кінцівок.	
IR.5.48	Вимірювання показників систолічного артеріального тиску з обох сторін у стані спокою та після фізичного навантаження у нижніх кінцівках (код 11612-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено двобічне вимірювання артеріального тиску в задній великогомілковій і спинній м'язах стопи (або пальця стопи) і плечового артеріального тиску за допомогою доплерівської або плетизмографічної техніки, розрахунок індексів систолічного тиску в гомілковостопному відділі (або пальці стопи) - плечового суглоба для оцінки захворювання артерій нижніх кінцівок у стані спокою та після вправ за допомогою бігової доріжки або велоергометра або іншого подібного обладнання, де робоче навантаження піддається кількісному документуванню; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодом – 11610-00 Вимірювання показників систолічного артеріального тиску з обох сторін та оцінка форм хвилі у артеріях нижніх кінцівок	1.09.2025
IR.5.49	Обстеження та фіксування форми хвилі потоку крові у внутрішньочерепних артеріях за допомогою транскраніального доплера (код 11614-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено обстеження внутрішньочерепного артеріального кровообігу за допомогою CW доплера або імпульсного доплера із записом форм хвилі; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом: – 55280-00 Ультразвукове дуплексне дослідження внутрішньочерепних судин	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 6. СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

(код 11700-00, 11708-00, 11709-00, 11712-00, 11713-00, 11721-03, 11727-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.50	Інша електрокардіографія [ЕКГ] (код 11700-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено електрокардіографію у 12 відведеннях	1.09.2025
IR.5.51	Амбулаторне безперервне записування результатів ЕКГ (код 11708-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено безперервний запис ЕКГ амбулаторного пацієнта упродовж 12 або більше годин (включаючи ЕКГ у стані спокою та запис параметрів), не пов'язаний з амбулаторним моніторингом артеріального тиску, із залученням мікропроцесорного аналізуючого обладнання; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом – 11709 Холтерівське амбулаторне безперервне записування результатів ЕКГ	1.09.2025
IR.5.52	Холтерівське амбулаторне безперервне записування результатів ЕКГ (код 11709) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено безперервний запис ЕКГ (Холтер)в пацієнта упродовж 12 або більше годин (включаючи ЕКГ у спокої та запис параметрів), не пов'язаний з амбулаторним моніторингом артеріального тиску, з використанням системи, здатної до накладання та повного роздрукування записаних даних ЕКГ щонайменше за 12 годин, мікропроцесорного аналізу сканування з інтерпретацією.	1.09.2025
IR.5.53	Велоергометрія (код 11712-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов:	1.09.2025

	(а) проведено багатоканальний моніторинг та запис ЕКГ під час тренування (моторизована бігова доріжка або велоергометр, здатний кількісно визначати зовнішнє робоче навантаження у ватах) або фармакологічний стрес, що передбачає безперервну присутність лікаря упродовж не менше ніж 20 хвилин, з ЕКГ у спокої та з або без постійного моніторингу артеріального тиску та записом інших параметрів, у приміщенні, обладнаного механічними респіраторами та дефібриляторами	
IR.5.54	Запис усереднених сигналів ЕКГ (код 11713-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено дослідження з реєстрації усередненого сигналу ЕКГ, що включає не більше 300 ударів, використовуючи принаймні 3 відведення зі збором даних принаймні 100 комплексів QRS на частоті не менше 1000 Г.	1.09.2025
IR.5.55	Тестування послідовного атріовентрикулярного, частотно-адаптивного або антитахікардіального кардіостимулятора (код 11721-03) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено тестування імплантованих атріовентрикулярних (AV) послідовних, частотно-чутливих або антитахікардійних кардіостимуляторів, включаючи перепрограмування за потреби; (б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 11727-00 Тестування кардіодефібрилятора або – 11700-00 Інша електрокардіографія [ЕКГ].	1.09.2025
IR.5.56	Тестування кардіодефібрилятора (код 11727-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) проведено тестування імплантаційного дефібрилятора, що включає електрокардіографію, оцінку стимуляції та порогових значень для електродів стимуляції та дефібриляції, завантаження та інтерпретацію збережених подій та електрограм, у тому числі програмування за потреби,	1.09.2025

	(б) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 11700-00 Інша електрокардіографія [ЕКГ] або – 11721-03 Тестування послідовного атріовентрикулярного, частотно-адаптивного або антитахікардіального кардіостимулятора.	
--	---	--

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 7. ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

(коди 11800-00, 11810-00, 11830-00, 11830-02, 11833-00, 11833-01)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.57	Перевірка моторики стравоходу (код 11800-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано тест з перевірки моторики стравоходу, манометричний	1.09.2025
IR.5.58	Вимірювання шлунково-стравохідного рефлюксу з використанням моніторингу рН упродовж 24 годин (код 11810-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано клінічну оцінку гастро-езофагеальної рефлюксної хвороби за допомогою 24-годинного рН моніторингу, включаючи аналіз, інтерпретацію та звіт, а також будь-які відповідні консультації	1.09.2025
IR.5.59	Аноректальна манометрія (коди 11830-00, 11830-02) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано анальну манометрію або виміряно чутливість аноректальної зони або виміряно ректосфінктерний рефлекс для діагностики порушень тазового дна.	1.09.2025
IR.5.60	Вимірювання моторного латентного періоду соромітного та спинномозкового нервів (коди 11833-00, 11833-01) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов (а) виконано електроміографію або вимірювання моторного латентного періоду соромітного та	1.09.2025

	спинномозкового нервів для діагностики порушень м'язів тазового дна та анального сфінктера	
--	--	--

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 8. СТАТЕВІ ОРГАНИ/СЕЧОВИВІДНІ ШЛЯХИ

(коди 11900-00, 11912-00, 11917-00, 11919-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
IR.5.61	Вивчення сечовипускання (код 11900-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) досліджено сечовипускання, включаючи вимірювання пікової швидкості сечовипускання, урофлоуметрію; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодом – 11919-00 Цистометрографія з контрастною мікційною цистоуретерографією	1.09.2025
IR.5.62	Цистометрографія з вимірюванням тиску у прямій кишці (код 11912-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) здійснено цистометрографію з одночасним вимірюванням тиску у прямій кишці; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами – 11019-00 Цистометрографія з контрастною мікційною цистоуретерографією Може потребувати анестезіологічного забезпечення	1.09.2025
IR.5.63	Цистометрографія з 1 або більше вимірюванням (код 11917-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) здійснено цистометрографію з вимірюванням одного або більше показників: швидкості потоку сечі, профілю уретрального тиску, ректального тиску, електроміографії, сфінктера уретри; включаючи всю візуалізацію, пов'язану з цистометрографією; (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами – 11012-00 Цистометрографія з вимірюванням тиску у прямій кишці	1.09.2025

	– 11900-00 Вивчення сечовипускання – 11919-00 Цистометрографія з контрастною мікційною цистоуретерографією Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення (сервіс «Процедури»)	
IR.5.64	Цистометрографія з мікційною (контрастною) цистоуретерографією (код 11919-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) здійснено цистометрографію в поєднанні з міктурацією контрасту, з вимірюванням одного або більше показників: швидкості потоку сечі, профілю уретрального тиску, ректального тиску, електроміографії уретрального сфінктера; включаючи всю візуалізацію, пов'язану з цистометрографією, (б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами – 11012-00 Цистометрографія з вимірюванням тиску у прямій кишці або – 11900-00 Вивчення сечовипускання, або – 11917-00 Цистометрографія з 1 або більше вимірюванням. Дослідження може потребувати анестезіологічного забезпечення (сервіс «Процедури»)	1.09.2025

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (IR.5.)

Група 9. ТЕСТИ НА АЛЕРГІЮ

(коди 12000-00, 12003-00, 12012-00, 12018-00, 12021-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/ скасування
IR.5.65	Шкірні тести на алергію (пункти 12000-12005) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) дослідження проведене в медичному закладі, який оснащений відповідним обладнанням для реанімації, і в якому працюють лікарі компетентні в лікуванні системних алергічних реакцій; (б) дослідження проведене лікарем-спеціалістом, який має кваліфікацію та досвід у всіх аспектах проведення шкірних тестів на алергію.	1.09.2025
IR.5.66	Шкірно-алергічна проба з використанням ≤ 20 алергенів (код 12000-00)	1.09.2025

	Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано шкірний тест на наявність алергенів, включаючи всі алергени, протестовані в один день, б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 12012-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи менше ніж загальна кількість алергенів у стандартному наборі для алергічної проби або – 12003-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≥ 21 алергену, або – 12021-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи ≥ 51 алергену, або – 12018-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи ≤ 50 алергенів.	
IR.5.67	Шкірно-алергічна проба з використанням ≥ 21 алергену (код 12003-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано шкірний тест на харчові та латексні алергени, включаючи всі алергени, перевірені в один день; б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 12012-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи менше ніж загальна кількість алергенів у стандартному наборі для алергічної проби або – 12000-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≤ 20 алергенів, або – 12021-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи ≥ 51 алергену, або – 12018-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи ≤ 50 алергенів	1.09.2025
IR.5.68	Тестування нашкірним пластиром, використовуючи менше ніж загальна кількість алергенів у стандартному наборі для алергічної проби (код 12012-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано патч-тестування при дослідженні алергічного дерматиту з використанням не більше 25 алергенів;	1.09.2025

	б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 12003-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≥ 21 алергену або – 12000-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≤ 20 алергенів, або – 12021-00 Тестування на шкірним пластиром, використовуючи ≥ 51 алергену, або – 12018-00 Тестування на шкірним пластиром, використовуючи ≤ 50 алергенів.	
IR.5.69	Тестування на шкірним пластиром, використовуючи ≤ 50 алергенів (код 12018-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано патч-тестування при дослідженні алергічного дерматиту з використанням більше 25 алергенів, але не більше 50 алергенів; б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 12003-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≥ 21 алергену або – 12000-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≤ 20 алергенів, або – 12021-00 Тестування на шкірним пластиром, використовуючи ≥ 51 алергену, або – 12012-00 Тестування на шкірним пластиром, використовуючи менше ніж загальна кількість алергенів у стандартному наборі для алергічної проби.	1.09.2025
IR.5.70	Тестування на шкірним пластиром, використовуючи ≥ 51 алергену (код 12021-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано патч-тестування при дослідженні алергічного дерматиту, з використанням більше 50 алергенів, але не більше 75 алергенів б) упродовж 24 годин, які передують його проведенню, пацієнту не виконували дослідження з кодами: – 12003-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≥ 21 алергену або – 12000-00 Шкірно-алергічна проба з використанням ≤ 20 алергенів, або – 12018-00 Тестування на шкірним пластиром, використовуючи ≤ 50 алергенів, або	1.09.2025

	– 12012-00 Тестування нашкірним пластиром, використовуючи менше ніж загальна кількість алергенів у стандартному наборі для алергічної проби.	
--	--	--

КЛАС «КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (ІР.5.)

Група 10. ІНШІ ДІАГНОСТИЧНІ ПРОЦЕДУРИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ (коди 12203-00, 12306-00)

Номер правила	Правило	Дата запровадження/зміни/скасування
ІР.5.71	Полісомнографія (код 12203-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано діагностичну оцінку сну тривалістю не менше 8 годин для пацієнта віком від 18 років для підтвердження діагнозу розладу сну, якщо є: – підозра на синдром обструктивного апное сну або – підозра на синдром центрального апное уві сні, або – підозра на синдром гіповентиляції уві сні, або – підозра на розлади дихання, пов'язані зі сном, у зв'язку з нереспіраторними супутніми захворюваннями, включаючи серцеву недостатність, значні серцеві аритмії, неврологічні захворювання, акромегалію або гіпотиреоз, або – нез'ясована гіперсонливість, або – підозра на парасомнію або судомний розлад, коли клінічний діагноз не може бути встановлений лише на основі клінічних ознак (включаючи пов'язані атипові ознаки, поведінку настороженості або відсутність відповіді на традиційну терапію), або – підозра на рухові розлади, пов'язані зі сном, (б) проводиться безперервний моніторинг та запис, таких досліджень: – потік повітря; – електроміографія (якщо проводиться); – безперервний ЕКГ; – безперервний ЕЕГ (якщо проводиться);	1.09.2025

	– насичення киснем; – дихальні рухи (грудної клітки та живота); (в) підготовлено та інтерпретовано звіт кваліфікованим лікарем з медицини сну; (г) пацієнту, якому проводилося діагностичне дослідження, одночасно не надавалися послуги з кодами: – 11000-00 Електроенцефалографія або – 11003-00 Електроенцефалографія тривалістю ≥ 3 годин, або – пункту 11503 Комплексне вимірювання респіраторної функції, включаючи легені та дихальні м'язи, або – 11700-00 Інша електрокардіографія [ЕКГ], або – 11708-00 Амбулаторне безперервне записування результатів ЕКГ, або – 11709-00 Холтерівське амбулаторне безперервне записування результатів ЕКГ або – 11713-00 Запис усереднених сигналів ЕКГ (д) пацієнту за останні 12 місяців діагностичне дослідження з даним кодом при даному стані не проводилося (усього один раз за 12 місяців).	
IR.5.72	Денситометрія з використанням двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії (код 12306-00) Дослідження потрапляє у звіт на оплату при дотриманні таких умов: (а) виконано кісткову денситометрію з використанням рентгенівської абсорбціометрії з подвійною енергією, що включає вимірювання 2 або більше ділянок (включаючи інтерпретацію та звіт) для підтвердження передбачуваного діагнозу низької мінеральної щільності кісткової тканини, поставленого на підставі: – наявності у пацієнта одного або кількох переломів, що сталися після мінімальної травми (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці); або – отримання пацієнтом тривалої терапії глюкокортикоїдами (кратність обстежень не більше одного разу за 12 місяці) або – суттєвої зміни лікування, або – наявності стану, пов'язаного з надмірною секрецією глюкокортикоїдів (кратність обстежень не більше одного разу за 12 місяці), або	1.09.2025

- наявності чоловічого гіпогонадізму (кратність обстежень не більше одного разу за 12 місяці), або
- наявності жіночого гіпогонадізму, що триває більше 6 місяців в особи віком до 45 років (кратність обстежень не більше одного разу за 12 місяці) або
- наявності первинного гіперпаратиреозу (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці) або
- наявності хронічного захворювання печінки (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці) або
- наявності хронічного захворювання нирок (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці) або
- наявності доведеного синдрому мальабсорбції (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці) або
- наявності ревматоїдного артриту (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці), або
- наявності стану, пов'язаного з надлишком тироксину (кратність обстежень не більше одного разу за 24 місяці), або
- для моніторингу низької щільності кісткової тканини, підтвердженої кістковою денситометрією принаймні 12 місяців тому (кратність обстежень не більше одного разу за 12 місяців) або;
- для моніторингу низької щільності кісткової тканини, щонайменше через 12 місяців після суттєвої зміни терапії (кратність обстежень не більше одного разу за 12 місяців) або;
- для моніторингу низької щільності кісткової тканини у пацієнта віком 70 років або більше (первинне скринінгове дослідження з подальшим обстеженням: один раз у кожні 5 років, якщо пацієнт має нормальний результат або легку остеопенію, виміряну за t-показником до -1,5, або один раз у кожні два роки, якщо пацієнт має помірну або виражену остеопенію, що вимірюється за T-балом від -1,5 до -2,5).

Примітка.

	<i>Суттєва зміна терапії</i> - це зміни класу препаратів, а не зміни режиму дозування. <i>Тривала глюкокортикоїдна терапія</i> визначається як терапія тривалістю щонайменше 4 місяці: - з початку прийому дози інгаляційного глюкокортикоїду, еквівалентної або більшої за 800 мікрограмів беклометазону дипропіонату або будесоніду на день; або - з початку прийому дози перорального глюкокортикоїду, еквівалентної або більшої за 7,5 мг преднізолону у дорослої людини на день; <i>Чоловічий гіпогонадизм</i> визначається як рівень тестостерону в сироватці крові нижче за норму для відповідного віку. <i>Жіночий гіпогонадизм</i> визначається як рівень естрогену в сироватці крові нижче за норму для відповідного віку. <i>Синдром мальабсорбції</i> визначається як один або декілька з наступних станів: — мальабсорбція жиру, що визначається як кількість жиру в калових масах, що становить 18 г за 72 години при нормальній жировій дієті; або — захворювання кишечника з ймовірною мальабсорбцією вітаміну D, що підтверджується субнормально низьким рівнем 25-гідроксивітаміну D у крові; або — гістологічно доведена целиакія.	
--	---	--

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ
до проєкту наказу Національної служби здоров'я України
«Про внесення змін до наказу Національної служби здоров'я України від 15.05.2025 № 377»

Зміст положення акта законодавства		Зміст відповідного положення проєкту акта	
Наказ Національної служби здоров'я України від 15.05.2025 № 377 «Про встановлення правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»			
Назва наказу	«Про встановлення правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»	Назва наказу	«Про встановлення правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” та «Інструментальна діагностика» пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»
Пункт 1	1. Установити, що структурні підрозділи Національної служби здоров'я України застосовують перелік правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», визначені	Пункт 1	1. Установити, що структурні підрозділи Національної служби здоров'я України застосовують перелік правил щодо визначення послуг за сервісом “Лабораторна діагностика” та «Інструментальна діагностика» пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», визначені додатками 1 та 2 до цього наказу (далі – Правила), для надавачів, які мають укладені



СЕД АСКОД Національна служба здоров'я України
 ДОКУМЕНТ № 620 від 14.08.2025
 Сертифікат 3FAA9288358EC00304000000786633003EEAD800
 Підписувач Гусак Наталія Борисівна
 Дійсний з 13.09.2024 0:00:00 по 12.09.2026 23:59:59

	додатком до цього наказу (далі – Правила), для надавачів, які мають укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2025 році за вказаним пакетом.		договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2025 році за вказаним пакетом.		
Назва додатку до наказу	Перелік правил сервісу «Лабораторна діагностика» (L0- L8)	Назва додатку до наказу	Перелік правил сервісу «Лабораторна діагностика» (LR0- LR8)		
Назва розділу	Загальні правила (L0)	Назва розділу	Загальні правила (LR0)		
Загальні правила (L0)	Відсутній	Загальні правила (LR0)	LR.04	Дослідження, які входять в неонатальний скринінг (первинний та експертний) та зараховуватися у звіт на оплату в рамках амбулаторного пакету: коди спостережень 13965-9, 2762-3, 3077-5, 29293-8, 20661-5, 34466-3, 2309-3, 2399-4, 2398-	Запроваджено з 1.09.2025 року

				6, 32799-9, 2553-6, 2818-3, 17492-0, 58457-3, 17752-7, 2772- 2, 32240-4, 16550-6, 2676- 5, 16711-4, 27336-7, 12467-7, 29770-5, 57318-8, 87436-2, 70111-0	
			LR.05	Дослідження, які можуть проводитися і дорослим і дітям: коди спостережень 24053-1, 24057-2, 1837- 4, 24061-4, 1941-4, 24065- 5, 13962-6, 24068-9, 12913-0, 1954- 7, 23825-3, 24084-6, 104263-9,	Запроваджено з 1.09.2025 року

				24086-1, 90234-6, 32540-7, 38477-6, 24089-5, 94488-4, 24101-8, 32759-3, 82883-0, 13964-2, 55806-4, 70211-8, 74935-8, 76038-9, 48633-2, 2762-3, 38355-4, 24078-8, 24076-2, 24094-5, 24096-0, 26904-3, 34466-3, 2399-4, 2398-6, 32799-9, 2818-3, 2772-2, 16550-6, 2676-5, 16711-4	
Клас «Біохімія» (L2), пункт LR.2.11	Кількісне визначення в крові або сечі гормонів і білків, що зв'язують гормони — АКТГ (код T34034),	Клас «Біохімія» (L2), пункт LR.2.11	Кількісне визначення в крові або сечі гормонів і білків, що зв'язують гормони — АКТГ (код T34034), тиреотропний		

	тиреотропний гормон (тиреотропін, ТТГ) (код Т34028), альдостерон (код Т34029), андростендіон (код Х34001), С-пептид (код Т34021), кортизол (код Т34007), дегідроепіандростерон-сульфат ДГЕАС (DHEAS) (код А34025), тестостерон (код А34033 або Х34007), ФСГ (код Y34006 або Х34005), гормон росту (код 2963-7), 17-оксипрогестерон (17-ОН) (код 1668-3), інсулін (код Т34019), ЛГ (код Х34002 або Y34007), естрадіол (код Х34004 або Y34008), прогестерон (код Х34003 або Y34009), пролактин (код А34032), паратиреоїдний гормон (код 14866-8), ренін (код А34040), глобулін, що зв'язує статеві гормони (код Х34006 або Y34004)		гормон (тиреотропін, ТТГ) (код Т34028), альдостерон (код Т34029), андростендіон (код W34001), С-пептид (код Т34021), кортизол (код Т34007), дегідроепіандростерон-сульфат ДГЕАС (DHEAS) (код А34025), тестостерон (код А34033 або Х34007), ФСГ (код Y34006 або Х34005), гормон росту (код 2963-7), 17-оксипрогестерон (17-ОН) (код 1668-3), інсулін (код Т34019), ЛГ (код Х34002 або Y34007), естрадіол (код Х34004 або Y34008), прогестерон (код Х34003 або Y34009), пролактин (код А34032), паратиреоїдний гормон (код 14866-8), ренін (код А34040), глобулін, що зв'язує статеві гормони (код Х34006 або Y34004)
Клас «Біохімія» (L2), пункт LR.2.22	Дослідження з кодами: А34038, К34003, В34024, Т34031, F34001, X38001 , А33041, Р34001, Т35002, А35003, R38001, N34002, А38001 Т38001, К34002 К38001, Y35001, W38001, А34022, Н34001, U34001, U34003, U34002, W34001, А34030, Х34001, S34001, Y34001 – оплата здійснюється за умови вказання	Клас «Біохімія» (L2), пункт LR.2.22	Дослідження з кодами: А34038, К34003, В34024, Т34031, F34001, А33041, Р34001, Т35002, А35003, R38001, N34002, А38001 Т38001, К34002 К38001, Y35001, W38001, А34022, Н34001, U34001, U34003, U34002, W34001, А34030, Х34001, S34001, Y34001, R38001, D36002 – оплата здійснюється за умови вказання

	потрібної інформації в текстовому полі ДЗ		потрібної інформації в текстовому полі ДЗ
Клас «Мікробіологія» (L3), пункт LR.3.43	Дослідження класу L3 (крім кодів D33022, A33036, D33013, C19001, C19003, 94558-4) підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P17, P241, P39, P271, P40, P81, P273, P278, P146, P74, P173, P276, P242).	Клас «Мікробіологія» (L3), пункт LR.3.43	Дослідження класу L3 (крім кодів D33022, A33036, D33013, C19001, C19003, 94558-4) підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P17, P241, P39, P271, P40, P81, P273, P278, P146, P74, P173, P276, P242), крім кодів: - F33001 Аналіз; мікробіологія; око; - A33036 Скринінг антитіл (швидкий тест на виявлення гепатиту В); - B33006 Аналіз; ВІЛ (швидкий тест); - C19003 COVID - Проведено ПЛР тест; - 94558-4 Антиген SARS-CoV-2 (COVID-19) [Наявність] у Зразку з органів дихання Методом швидкого імунологічного аналізу.
Клас «Генетика» (L7), пункт LR7.1	Дослідження щодо визначення генної мутації або делеції або транслокації (коди 52757-2, 49706-5, 89037-6 , 81842-7, 38928-8, 95770-4, 60497-5, 41097-7, 53887-6, 49857-6, 77050-3, 34675-9, 35137-9, 57310-5, 35291-4, 28060-2, 91712-0, 24475-6, 28005-7, 35645-1, 73735-3, 21686-1, 36917-3, 94197-1, 21759-6, 35359-9, 48970-8, 87436-2, 82246-0, 72654-	Клас «Генетика» (L7), пункт LR7.1	Дослідження щодо визначення генної мутації або делеції або транслокації (коди 52757-2, 81842-7, 38928-8, 95770-4, 60497-5, 41097-7, 53887-6, 49857-6, 77050-3, 34675-9, 35137-9, 57310-5, 35291-4, 28060-2, 91712-0, 24475-6, 28005-7, 35645-1, 73735-3, 21686-1, 36917-3, 94197-1, 21759-6, 35359-9, 48970-8, 87436-2, 82246-0, 72654-7, 92002-5, 95773-8, 94242-5, 90256-9,

	7, 92002-5, 29770-5 , 95773-8, 94242-5, 90256-9, 76037-1, 75401-0, 81844-3, 94206-0) – оплата здійснюється один раз за життя		76037-1, 75401-0, 81844-3, 94206-0, 38413-176030-6, 94210-2, 76034-8, 94230-0, 76028-0, 76032-2, 81812-0, 101391-1, 76036-3, 81843-5, 38413-1, 21676-2) – оплата здійснюється один раз за життя
Клас «Генетика» (L7), пункт LR7.3	Дослідження з кодом спостереження 35474-6 Аналіз генної мутації у Крові або Тканині Молекулярно-генетичним методом - оплата здійснюється за пакетом "Неонатальний скринінг" в рамках послуги "Експертна діагностика неонатального скринінгу"	Клас «Генетика» (L7), пункт LR7.3	Дослідження з кодом спостереження 35474-6 Аналіз генної мутації у Крові або Тканині Молекулярно-генетичним методом - оплата здійснюється за пакетом "Неонатальний скринінг" в рамках послуги "Експертна діагностика неонатального скринінгу", крім закладів, лабораторії яких долучені до проведення експертного неонатального скринінгу
Клас «Генетика» (L7) LR.7.5	Дослідження класу L7 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P72, P276, P274)	Клас «Генетика» (L7) LR.7.5	Дослідження класу L7 підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P72, P276, P274, P281)
Клас «Генетика» (L7)	Відсутній	Клас «Генетика» (L7), пункт LR.7.6	LR.7.6 Дослідження з кодом спостереження 86205-2 Повноекзомне секвенування (WES) у Крові або Тканині 1.09.2025

				Молекулярно-генетичним методом та 94087-4 Панель зміни кількості копій аналізу хромосом у звіт на оплату потрапляє за умови виконання його дітям	
Сервіс «Інші дослідження» L8, пункт LR.8.5	LR.8.5 : Дослідження з кодами: U35002, A35010, B35001, D35001, R38001 , A35005, D36002 , P38001, F38001, H38001, S38001, X35001, Y33005, Y38001– оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ	Сервіс «Інші дослідження» L8, пункт LR.8.5	LR.8.5 : Дослідження з кодами: U35002, A35010, B35001, X38001 , D35001, A35005, P38001, F38001, H38001, S38001, X35001, Y33005, Y38001– оплата здійснюється за умови вказання потрібної інформації в текстовому полі ДЗ		
Сервіс «Інші дослідження» L8, LR.8.6	Дослідження класу L8 (крім кодів 5804-0, 2514-8, 20408-1, 5794-3, 18282-4) підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P75, P243, P173, P277, P146, P272, P242, P281)	Сервіс «Інші дослідження» L8	Дослідження класу L8 (крім кодів 5804-0, 2514-8, 20408-1, 5794-3, 18282-4) підлягають оплаті за умови виконання їх такими спеціалістами та фахівцями (коди посад P71, P74, P17, P75, P243, P173, P72, P277, P241, P39, P271, P276, P146, P148, P40, P81, P272, P273, P274, P278, P242, P244) Крім кодів: - 5804-0 Білок у Сечі;		

			- 2349-9 Глюкоза у Сечі; - 2887-8 Білок [Наявність] у Сечі; - 2514-8 Кетони [Наявність] у Сечі Визначення тест-смужкою; - 20408-1 Лейкоцити [#об'єм] у Сечі Визначення тест-смужкою; - 5794-3 Гемоглобін [Наявність] у Сечі Визначення тест-смужкою; - 18282-4 Канабіноїди [Наявність] у Сечі Методом скринінгу.
--	--	--	---

«__» _____ 2025 року