

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ
до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проекту акта
<p>4. Терміни у цих Ліцензійних умовах вживаються у такому значенні:</p> <p>відокремлений структурний підрозділ - підрозділ закладу охорони здоров'я, який розташований поза його основним місцезнаходженням і провадить господарську діяльність з медичної практики;</p> <p>господарська діяльність з медичної практики (далі - медична практика) - вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.</p> <p>Інші терміни вживаються у значеннях, визначених Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про захист персональних даних», «Про ліцензування видів господарської діяльності» (далі - Закон).</p>	<p>4. Терміни у цих Ліцензійних умовах вживаються у такому значенні:</p> <p>відокремлений структурний підрозділ - підрозділ закладу охорони здоров'я, який розташований поза його основним місцезнаходженням і провадить господарську діяльність з медичної практики;</p> <p>господарська діяльність з медичної практики (далі - медична практика) - вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.</p> <p>Інші терміни вживаються у значеннях, визначених Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про захист персональних даних», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Про ліцензування видів господарської діяльності» (далі - Закон).</p>
<p>9. Медична практика ліцензіатом провадиться:</p> <p>за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, перелік яких затверджений МОЗ;</p>	<p>9. Медична практика ліцензіатом провадиться:</p> <p>за лікарськими спеціальностями, спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівцями з реабілітації, перелік яких затверджений МОЗ;</p>

<p>за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація);</p> <p>за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначені у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органам ліцензування).</p>	<p>за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація);</p> <p>за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначені у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органам ліцензування).</p>
<p>12. Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я:</p> <p>1) повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку:</p> <p>статут закладу охорони здоров'я або положення про заклад охорони здоров'я (залежно від організаційно-правової форми);</p> <p>штатний розпис;</p> <p>положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені);</p> <p>посадові інструкції працівників;</p> <p>правила внутрішнього розпорядку закладу охорони</p>	<p>12. Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом:</p> <p>1) повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку:</p> <p>статут закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, або положення про заклад охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (залежно від організаційно-правової форми);</p> <p>штатний розпис;</p> <p>положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені);</p> <p>посадові інструкції працівників;</p> <p>правила внутрішнього розпорядку закладу охорони</p>

<p>здоров'я;</p> <p>клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ.</p>	<p>здоров'я, реабілітаційного закладу;</p> <p>клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ.</p>
<p>15¹. Відсутній.</p>	<p>15¹. Ліцензіат, який надає реабілітаційну допомогу повинен:</p> <p>затвердити індивідуальний реабілітаційний план, в якому зазначаються результати обстеження, реабілітаційний період та прогноз, місце проведення реабілітації, найменування ліцензіата, який буде проводити реабілітацію, власне ім'я та прізвище фахівців, які залучені до реабілітації, мета та завдання реабілітації;</p> <p>здійснювати моніторинг та оцінку виконання плану і здійснювати його коригування у разі необхідності;</p> <p>забезпечити доступність реабілітаційної допомоги;</p> <p>забезпечити послідовність та вчасність залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;</p> <p>розпочинати реабілітацію з реабілітаційного обстеження пацієнта, визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування, кількісної їх оцінки;</p> <p>застосувати методи доказовості в реабілітації.</p>
<p>15². Відсутній.</p>	<p>15². Для надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації ліцензіатом застосовуються:</p>

	<p>засоби дистанційного зв'язку у формі обміну інформацією в електронному вигляді, у тому числі шляхом передачі електронних повідомлень, проведення відеоконференцій;</p> <p>аудіо- та відео- записи консультування пацієнта за допомогою електронних та сертифікованих програмних засобів.</p>
26 ¹ . Відсутній.	26 ¹ . Фахівці з реабілітації повинні відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ.
26 ² . Відсутній.	<p>26². До надання психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди залучаються фахівці, які мають вищу освіту за спеціальностями «Психологія» та/або «Медична психологія», досвід практичної роботи в закладах охорони здоров'я та/або реабілітаційних закладах не менше одного року та відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ.</p> <p>У разі психотерапії депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі у бойових діях або надзвичайних ситуаціях, полону, перебування в місцях позбавлення волі, інших станів здоров'я, що можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування, психолог повинен мати обов'язкову додаткову спеціалізацію (сертифікацію) за одним з методів психотерапії з доведеною ефективністю, що мають сильну доказову базу міжнародних досліджень та рекомендовані міжнародними протоколами.</p>

<p>(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)</p>				
<p>4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*:</p> <p>реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я:</p> <hr/> <p>(статут (положення) закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)</p> <p>структура закладу охорони здоров'я (у довільній формі) _____</p>				
<p>5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:</p> <hr/> <p>(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)</p>				
<p>6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта**:</p> <hr/> <p>(дата, номер, ким виданий)</p> <p>Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики</p>				
<p>7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)</p>				
Порядковий	Найменування відокремленого	Найменування приміщення	Перелік оснащення	Технічний стан, рік випуску медичної
<p>3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:</p> <hr/> <p>(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)</p>				
<p>4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*:</p> <p>реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я:</p> <hr/> <p>(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)</p> <p>структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) _____</p>				
<p>5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:</p> <hr/> <p>(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)</p>				
<p>6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта**:</p> <hr/> <p>(дата, номер, ким виданий)</p> <p>Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики</p>				
<p>7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи -</p>				

номер	структурного підрозділу та режим роботи	(кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	(медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

8. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
		місяць	рік	

Кадрові вимоги

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	---	---	---

підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації , що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

8. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
		місяць	рік	

Кадрові вимоги

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер,
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	---	---	--

						(за наявності)
--	--	--	--	--	--	----------------

10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	--	--	--

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи - підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
		число	місяць	рік		

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цих відомостей, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України "Про

						дата, ким видано, категорія) (за наявності)
--	--	--	--	--	--	---

10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою, **фахівців з реабілітації**

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	--	--	--

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, **реабілітаційного закладу** та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи - підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
		число	місяць	рік		

<p>ліцензування видів господарської діяльності”).</p> <p>_____ 20__ р. _____ (підпис заявника) (прізвище, ініціали***)</p> <p>_____</p> <p>* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем. ** Пункт 6 не заповнюється здобувачем ліцензії, який звертається за отриманням ліцензії виключно на надання первинної медичної допомоги. *** Підписується здобувачем ліцензії або іншою уповноваженою на це особою.</p>	<p>Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цих відомостей, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”).</p> <p>_____ 20__ р. _____ (підпис заявника) (прізвище, ініціали***)</p> <p>_____</p> <p>* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем. ** Пункт 6 не заповнюється здобувачем ліцензії, який звертається за отриманням ліцензії виключно на надання первинної медичної допомоги. *** Підписується здобувачем ліцензії або іншою уповноваженою на це особою.</p>
--	---

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«_____» _____ 2023 р.