



Департамент охорони здоров'я
Львівської обласної державної
адміністрації



Львівська обласна організація
профспілки працівників
охорони здоров'я України

БІБЛІОТЕКА
головного лікаря та голови профкому
закладу охорони здоров'я
ВИПУСК 15

Трансформація системи охорони здоров'я.
ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Збірник нормативно-правових актів

Львів 2019

Трансформація системи охорони здоров'я. Первинна медична допомога. Збірник нормативно-правових актів. Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я. Випуск – 15 (перевидання). Львів – 2019

Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. Львівська обласна організація професійної спілки працівників охорони здоров'я України

Випуск №15 серії «Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я» (перевидання) містить основні нормативно-правові акти з питань організації надання та фінансування первинної медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Використані нормативно-правові акти станом на 01.03.2019 р.

Рекомендований для практичного використання у роботі лікарями ПМД, організаторами охорони здоров'я, керівниками та іншими працівниками закладів охорони здоров'я.



**Департамент охорони здоров'я
Львівської обласної державної адміністрації**

м. Львів, вул. Конопницької, 3

тел. (032) 2764592 факс: (032) 2756037

<http://health-loda.gov.ua> e-mail: dephealth.lvivoda@gmail.com



**Львівська обласна організація професійної
спілки працівників охорони здоров'я України**

м. Львів, проспект Шевченка, 7 (6 поверх)

тел.: (032) 235-69-36, факс: (032) 225-50-52

<http://lviv.medprof.org.ua> e-mail: lviv@medprof.org.ua

Львівський юридичний медичний клуб

<http://pravomedprof.blogspot.com> e-mail: pravomedprof@gmail.com

З М І С Т

Порядок надання первинної медичної допомоги

1	Основи законодавства України про охорону здоров'я	6
2	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 №504	13
3	Порядок надання первинної медичної допомоги. Затв. наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504	14
	Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги	20
	Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань	22
	Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД	23
4	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19.03.2018 №503	24
5	Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Затв. наказом МОЗ України від 19.03.2018 №503	26
6	Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Затв. наказом МОЗ України від 19.03.2018 №503	32
7	Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу. Затв. наказом МОЗ України 26.01.2018 № 148	34

Фінансове забезпечення первинної медичної допомоги

8	ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017р. № 2168-VIII	38
9	Бюджетний кодекс України (витяг)	52

10	Постанова КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28.03.2018 р. № 391	.....	56
11	Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення. Затв. постановою КМУ від 28.03.2018 р. № 391	.....	57
12	Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню. Затв. постановою КМУ від 28.03.2018 р. № 283	.....	58
13	Постанова КМУ «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» від 18.12.2018 р. № 1117	.....	59
14	Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік. Затв. постановою КМУ від 18.12.2018 р. № 1117	.....	60
15	Постанова КМУ «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 25.04.2018р. № 410	.....	63
16	Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018 р. № 410	.....	64
17	Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018 р. № 410	.....	67
	Спеціальні умови надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою (додаток 1 до типового договору)	.....	78
	Спеціальні умови надання медичних послуг, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою (додаток 2 до типового договору)	.....	79

18	Лист НСЗУ від 29.12.2018р. №1424-18 «Щодо змін у законодавстві, які стосуються оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги»	.....	83
19	Лист НСЗУ від 08.02.2019р. №753/2-10-19 (про перенесення декларацій у випадку реорганізації)	.....	88
20	Лист НСЗУ від 02.11.2018р. №994-18 «Щодо подання заяв про внесення змін до інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я»	.....	91

Електронна система здоров'я

21	Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411	.....	93
22	Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018р. № 411	.....	94
23	Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018р. №411	.....	107

Розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості

24	ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII	.....	108
25	Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Затв. наказом МОЗ України, Мінрегіонбуду України від 06.02.2018 № 178/24	.....	117

ЗАКОН УКРАЇНИ

Основи законодавства України про охорону здоров'я

(Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19)

(витяг)

Стаття 33. Забезпечення надання медичної допомоги

Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах.

{Частина перша статті 33 в редакції Закону № 5081-VI від 05.07.2012}

Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію.

Порядок надання медичної допомоги лікарями та іншими медичними працівниками і порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного виду, встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, якщо інше не передбачено законом.

{Частина третя статті 33 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5081-VI від 05.07.2012}

{Стаття 33 із змінами, внесеними згідно із Законом № 3370-IV від 19.01.2006; в редакції Закону № 3611-VI від 07.07.2011}

Стаття 34. Лікуючий лікар

Лікуючий лікар - лікар закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування.

Лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому цими Основами порядку. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.

Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Нормативи навантаження лікуючих лікарів затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

{Текст статті 34 в редакції Закону № 3611-VI від 07.07.2011}

Стаття 35¹. Первинна медична допомога

Первинна медична допомога - це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання первинної медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я та фізичні особи - підприємці, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та інші медичні працівники, які працюють під їх керівництвом.

Пацієнт має право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Первинна медична допомога може надаватися в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта у порядку, що визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

{Основи законодавства доповнено статтею 35¹ згідно із Законом № 3611-VI від 07.07.2011; в редакції Закону № 2168-VIII від 19.10.2017}

Стаття 35⁶. Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини

Медична допомога із застосуванням телемедицини передбачає можливість надання пацієнту медичних послуг з консультування, діагностики, лікування із використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну інформацією в електронній формі, у тому числі шляхом передачі електронних повідомлень, проведення відеоконференцій.

Медична допомога із застосуванням телемедицини надається з метою забезпечення пацієнту своєчасного доступу до медичної допомоги належної якості, у тому числі якщо відстань і час є критичними чинниками її надання.

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини забезпечують заклади охорони здоров'я або фізичні особи - підприємці, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини здійснюється шляхом телемедичного консультування, телемедичного консилиуму, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій.

При проведенні телемедичного консультування, телемедичних консилиумів, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій за допомогою електронних та програмних засобів може проводитися їх запис, у тому числі аудіо-, відео-, а також запис параметрів медичного обладнання в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

{Основи законодавства доповнено статтею 35⁶ згідно із Законом № 2206-VIII від 14.11.2017}

Стаття 37. Надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях

Медичні працівники зобов'язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу у разі виникнення невідкладного стану людини.

Організація та забезпечення надання екстреної медичної допомоги громадянам та іншим особам здійснюються відповідно до Закону України "Про екстрену медичну допомогу".

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли наданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безоплатне лікування та відшкодування моральної та майнової шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

За несвоєчасне і неякісне забезпечення необхідною медичною допомогою, що призвело до тяжких наслідків, винні особи несуть відповідальність відповідно до закону.

{Текст статті 37 в редакції Закону № 5081-VI від 05.07.2012}

Стаття 38. Вибір лікаря і закладу охорони здоров'я

Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.

Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

{Стаття 38 із змінами, внесеними згідно із Законом № 997-V від 27.04.2007; в редакції Закону № 3611-VI від 07.07.2011}

Стаття 39. Обов'язок надання медичної інформації

Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.

Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я.

Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.

{Стаття 39 в редакції Закону № 997-V від 27.04.2007}

Стаття 39¹. Право на таємницю про стан здоров'я

Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

{Закон доповнено статтею 39¹ згідно із Законом № 997-V від 27.04.2007}

Стаття 40. Лікарська таємниця

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Стаття 42. Загальні умови медичного втручання

Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта, а лікар вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

Стаття 43. Згода на медичне втручання

Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.

{Частина перша статті 43 в редакції Закону № 1489-III від 22.02.2000, із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V від 17.05.2007, № 997-V від 27.04.2007}

Згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників.

{Частина друга статті 43 в редакції Закону № 5081-VI від 05.07.2012}

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування.

{Статтю 43 доповнено частиною згідно із Законом № 997-V від 27.04.2007}

Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Стаття 44. Застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів

У медичній практиці застосовуються методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, дозволені до застосування центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Нові методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, можуть використовуватися в інтересахвилікування особи лише після отримання її письмової згоди. Щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) зазначені методи та засоби можуть використовуватися за наявності письмової згоди її батьків або інших законних представників, а щодо особи віком від 14 до 18 років - за її письмовою згодою та письмовою згодою її батьків або інших законних представників; щодо особи, цивільна дієздатність якої обмежується, - за її письмовою згодою та письмовою згодою її піклувальників; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - за письмовою згодою її законного представника. При отриманні згоди на застосування нових методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, особі та (або) її законному представнику повинна бути надана інформація про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати.

Порядок застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів, зазначених у частині другій цієї статті, встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

{Стаття 44 із змінами, внесеними згідно із Законом № 997-V від 27.04.2007; в редакції Закону № 1033-V від 17.05.2007}

Стаття 52. Визначення незворотної смерті людини та припинення активних заходів щодо підтримання життя пацієнта

Медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі пацієнту, який знаходиться в невідкладному стані. Активні заходи щодо підтримання життя пацієнта припиняються у разі, якщо стан людини визначається як незворотна смерть.

Моментом незворотної смерті людини є момент смерті її головного мозку або її біологічна смерть.

Смерть мозку визначається при повному і незворотному припиненні всіх його функцій, що реєструється при працюючому серці і штучній вентиляції легень. Констатація смерті мозку людини здійснюється консилиумом лікарів закладу охорони здоров'я, в якому знаходиться пацієнт, на підставі діагностичних критеріїв смерті мозку людини. За фактом констатації смерті мозку людини консилиум лікарів складає акт, який підписується всіма членами консилиуму та долучається до медичної документації пацієнта. До складу

консилиуму лікарів не можуть бути включені лікарі, які беруть участь у вилученні анатомічних матеріалів та їх трансплантації, а також трансплант-координатор закладу охорони здоров'я.

Біологічна смерть людини встановлюється медичним працівником на підставі діагностичних критеріїв біологічної смерті людини (незворотне припинення кровообігу та дихальних функцій, поява ранніх та/або пізніх трупних змін) з внесенням відповідних відомостей до медичної документації пацієнта.

У разі встановлення біологічної смерті людини констатація смерті мозку людини не проводиться.

Порядок припинення активних заходів щодо підтримання життя пацієнта, порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини, положення про консилиум лікарів, форма акта про констатацію смерті мозку людини, діагностичні критерії біологічної смерті людини затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії - навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань.

{Стаття 52 в редакції Закону № 2427-VIII від 17.05.2018}

Стаття 53. Спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань

З метою охорони здоров'я населення органи і заклади охорони здоров'я зобов'язані здійснювати спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань (туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія), а також карантинних захворювань.

Порядок здійснення госпіталізації та лікування таких хворих, у тому числі і у примусовому порядку, встановлюється законодавчими актами України.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

19.03.2018 № 504

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 березня 2018 р.
за № 348/31800

**Про затвердження Порядку надання первинної медичної
допомоги**

Відповідно до статті 35-¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу тринадцятого підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267, **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Порядок надання первинної медичної допомоги, що додається.

2. Підпункти 1.1 та 1.2 пункту 1 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05 жовтня 2011 року № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 07 грудня 2011 року за № 1414/20152, виключити.

У зв'язку з цим підпункти 1.3-1.4 цього пункту вважати відповідно підпунктами 1.1-1.2.

3. Визнати такими, що втратили чинність:

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 вересня 2013 року № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій - підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 вересня 2013 року за № 1587/24119;

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 серпня 2010 року № 728 «Про диспансеризацію населення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29 грудня 2010 року за № 1396/18691.

4. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

5. Медичному департаменту (Гаврилюк А.О.) забезпечити у встановленому порядку подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

6. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О.В.

7. Цей наказ набирає чинності з 01 липня 2018 року.

В.о. Міністра

У. Супрун

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
19.03.2018 № 504
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 березня 2018 р.
за № 348/31800

ПОРЯДОК **надання первинної медичної допомоги**

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає завдання, конкретизує зміст і встановлює вимоги щодо організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги (далі - ПМД) в Україні.

2. У цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

надавач ПМД - заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД;

лікар з надання ПМД - професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа -підприємець та особисто надає ПМД;

команда з надання ПМД - група медичних працівників, що функціонує в межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного лікаря з надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної практики - сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом;

практика ПМД - лікар з надання ПМД та особи, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з надання ПМД (особи, що належать до цієї практики);

обсяг практики ПМД - кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, та належать до однієї й тієї самої практики ПМД;

оптимальний обсяг практики ПМД - кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД;

групова практика ПМД - команда з надання ПМД, до складу якої входять два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Дія цього Порядку поширюється на надавачів ПМД незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності.

4. Головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя.

5. Організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах:

доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;

безпечності, що полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;

результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;

своєчасності;

економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;

недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;

орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

II. Перелік послуг з ПМД та організація їх надання

1. Надавач ПМД здійснює медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД, відповідно до переліку медичних послуг, визначених у додатку 1 до цього Порядку.

2. У рамках здійснення медичного обслуговування населення, зазначеного у пункті 1 цього розділу, надавач ПМД організовує забезпечення пацієнтів медичними послугами, у тому числі лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями, відповідно до додатків 2, 3 до цього Порядку.

3. Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД, раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД.

4. Оптимальний обсяг практики ПМД становить: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики - сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра.

5. Обсяг практики може відрізнятись від оптимального залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

6. Лікар з надання ПМД має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта на підставах, визначених частиною третьою статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

7. ПМД надається під час особистого прийому пацієнта за місцем надання ПМД.

Лікар з надання ПМД може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації відповідно до режиму роботи надавача ПМД.

Рішення про надання ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта не може прийматися лише на підставі віддаленості його місця проживання (перебування) від місця надання ПМД та (або) відсутності у пацієнта коштів на проїзд до місця надання ПМД.

8. Надання ПМД може здійснюватися в окремій будівлі чи приміщеннях, що належать надавачу ПМД на праві власності, праві оренди чи на інших підставах, не заборонених законодавством, відповідно до переліку місць провадження господарської діяльності, зазначених в отриманій надавачем ПМД ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

9. У разі зміни адреси місця надання ПМД надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД у доступному для пацієнтів місці;

розміщення відомостей про таку зміну на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, що належать до відповідної практики, про таку зміну телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами (стосується лише пацієнтів, записаних на прийом до лікаря з надання ПМД).

10. Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які у зв'язку з цим не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, здійснюється відповідно до режиму роботи надавача ПМД та годин прийому пацієнтів лікарем (командою) з надання ПМД.

11. У разі виникнення невідкладного стану при гострому розладі фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого пацієнт потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД, лікар з надання ПМД повинен викликати бригаду екстреної (швидкої)

медичної допомоги та до її прибуття надати пацієнту відповідну медичну допомогу.

12. Надавач ПМД забезпечує наявність обладнання, устаткування та засобів, необхідних для забезпечення надання ПМД, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення.

III. Правила надання ПМД

1. ПМД надається пацієнтам відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, які є обов'язковими для усіх надавачів ПМД.

2. ПМД надається безпосередньо лікарем з надання ПМД. Окремі послуги з надання ПМД можуть надаватися іншими медичними працівниками, які входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом лікаря з надання ПМД відповідно до рівня кваліфікації таких медичних працівників.

3. Надавач ПМД має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору інших осіб для забезпечення надання ПМД. Кількість таких осіб, які залучаються, та вимоги щодо їх кваліфікації визначаються самостійно надавачем ПМД.

4. Відомості про кожен випадок надання ПМД лікар або інший медичний працівник, який входить до команди з надання ПМД, відображає в медичній документації відповідно до Міжнародної класифікації первинної допомоги (ICPC2E) та за необхідності - за МКХ відповідного перегляду.

5. У разі припинення діяльності надавача ПМД надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відповідних відомостей у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

розміщення відповідних відомостей на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами.

6. У разі припинення діяльності надавача ПМД надавач ПМД зобов'язаний не пізніше ніж за два місяці повідомити про це лікарів (команди) з надання ПМД, які перебувають у трудових відносинах з таким надавачем ПМД.

7. У разі припинення діяльності надавача ПМД особи, які належать до практик такого надавача ПМД, можуть залишитися в межах цих самих практик за умови, що обрані ними лікарі вступили у трудові відносини з іншими надавачами ПМД або отримали ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики як фізичні особи - підприємці.

8. У разі припинення трудових відносин із лікарем з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відповідних відомостей у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

розміщення відповідних відомостей на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами.

9. Надавачі ПМД, що надають послуги з ПМД за бюджетні кошти, зобов'язані не пізніше п'яти днів з дати припинення трудових відносин із лікарем з надання ПМД повідомляти про це відповідного головного розпорядника бюджетних коштів у встановлений ним спосіб.

IV. Режим роботи та графік надання ПМД

1. ПМД надається пацієнтам безперервно.

2. ПМД надається пацієнтам відповідно до режиму роботи (години прийому пацієнтів лікарем з надання ПМД), який самостійно визначає надавач ПМД за погодженням із власником.

3. Відомості про режим роботи надавача ПМД мають бути розміщені:

в місці надання ПМД у доступному для пацієнтів місці;

на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності).

4. У разі зміни режиму роботи надавача ПМД надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики про таку зміну телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами (стосується лише пацієнтів, записаних на прийом до лікаря з надання ПМД).

5. У період тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД у зв'язку з його відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний забезпечити безперервність надання послуг з ПМД.

6. Про тимчасову відсутність лікаря з надання ПМД та його заміну на іншого лікаря з надання ПМД надавач ПМД зобов'язаний повідомити осіб, які належать до відповідної практики ПМД, із зазначенням відомостей щодо лікаря з надання ПМД, якого буде залучено на заміну тимчасово відсутнього лікаря з надання ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відповідних відомостей у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

розміщення відповідних відомостей на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики ПМД телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами (стосується лише пацієнтів, записаних на прийом до лікаря з надання ПМД).

Строк такого повідомлення становить: не пізніше як за тиждень до першого дня тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД, якщо така відсутність

спричинена передбачуваними обставинами (відпустка, відрядження тощо), або не пізніше першого дня тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД, якщо така відсутність спричинена непередбачуваними обставинами (хвороба, нещасний випадок тощо).

7. Надавач ПМД може самостійно або спільно з іншим (іншими) надавачами ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні.

8. Черговий кабінет ПМД є місцем провадження господарської діяльності відповідного надавача (надавачів) ПМД.

V. Запис на прийом з метою отримання ПМД

1. Надавач ПМД забезпечує можливість записатися на прийом до лікаря з надання ПМД особисто, по телефону, електронною поштою або іншими доступними засобами телекомунікації.

2. Відомості про номер телефону, адресу електронної пошти та інші засоби телекомунікації, за допомогою яких можна записатися на прийом до лікаря з надання ПМД, повинні бути розміщені в порядку, встановленому пунктом 2 розділу IV цього Порядку.

3. У разі зміни номера телефону, адреси електронної пошти або інших засобів телекомунікації, за допомогою яких можна записатися на прийом до лікаря з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності).

**В.о. директора
Медичного департаменту**

А.О. Гаврилюк

ПЕРЕЛІК
медичних послуг з надання первинної медичної допомоги

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.
4. Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.
7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.
8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.
9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.
10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги.

11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.

12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

15. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.

16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я.

17. Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Додаток 2
до Порядку надання первинної
медичної допомоги
(пункт 2 розділу II)

ПЕРЕЛІК
медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним
ризиком розвитку захворювань*

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ)	Підвищення артеріального тиску; тютюнокуріння; надлишкова маса тіла; цукровий діабет; обтяжений спадковий анамнез; зловживання алкоголем	Ч - 40 років і старші. Ж - 50 років і старші	Вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину	Кожні 2 роки. За наявності ФР - щороку
Цукровий діабет	Надлишкова маса тіла; обтяжений спадковий анамнез; гестаційний діабет; зловживання алкоголем	45 років і старші. До 45 років, якщо є ФР ССЗ	Оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання цукру крові натще; вимірювання загального холестерину	Щороку
ВІЛ	Незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживання ін'єкційних наркотиків; гомосексуальні контакти; надання сексуальних послуг за плату або наркотики	14 років та старші, якщо є ФР	Швидкий тест на ВІЛ	Щороку
Туберкульоз	Контакти з хворими на активний туберкульоз; наявність ВІЛ; перебування у закладах Державної кримінально-виконавчої служби України	Будь-який вік, якщо є ФР	Опитування на наявність симптомів понад 2 тижні	Щороку
Рак молочної залози	Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2; обтяжений спадковий анамнез; пізніше перше дітонародження (30 років і старші); безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші);	50-69 років. За наявності ФР - із 40 років	Направлення на мамографію	Кожні 2 роки

	тривала гормонозамісна терапія менопаузи; постменопаузальне ожиріння; уживання алкоголю; куріння			
Колоректальний рак (КРР)	Обтяжений спадковий анамнез по КРР; сімейний аденоматозний поліпоз; спадковий несполіпозний КРР; запальні захворювання кишківника; аденоматозні поліпи	50-75 років	Опитування; тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	Кожні 2 роки. За наявності ФР - щороку
Рак передміхурової залози (РПЗ)	50 років і старші з низьким ризиком. 45 років і старші із середнім ризиком - обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у родича у віці до 65 років). 40 років і старші з високим ризиком - обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у кількох родичів у віці до 65 років)		Інформування пацієнта; тест на простат-специфічний антиген (ПСА) та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	При ПСА < 2,5 кожні 2 роки. При ПСА ≥ 2,5 щороку

* Цей перелік не застосовується для діагностики захворювань за наявності відповідних симптомів, моніторингу перебігу виявлених захворювань, контролю лікування захворювань. За наявності симптомів захворювань обсяг обстеження визначається галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я.

Додаток 3
до Порядку надання первинної
медичної допомоги
(пункт 2 розділу II)

ПЕРЕЛІК лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Глюкоза крові.
4. Загальний холестерин.
5. Вимірювання артеріального тиску.
6. Електрокардіограма.
7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

19.03.2018 № 503

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 березня 2018 р.
за № 347/31799

**Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає
первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір
лікаря, який надає первинну медичну допомогу**

{Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 1023 від 29.05.2018}

Відповідно до частини четвертої статті 35-¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я, частин другої, четвертої статті 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», з метою врегулювання механізму вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити такі, що додаються:

- 1) Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу;
- 2) форму декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 листопада 2011 року № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20 грудня 2011 року за № 1477/20215.

3. Установити, що до початку функціонування електронної системи охорони здоров'я декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, подаються згідно з Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженим цим наказом, через електронну систему обміну медичною інформацією, яка створена згідно з Планом заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 року № 821-р (далі - електронна система обміну медичною інформацією).

4. Установити, що до 01 січня 2019 року дія Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого цим наказом, поширюється на заклади охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, зареєструвались в електронній системі охорони здоров'я або електронній системі обміну медичною інформацією, але ще не уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій

медичного обслуговування населення. У випадку подання декларації такому закладу охорони здоров'я або фізичній особі - підприємцю декларація набирає чинності з дня укладення ним договору про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

5. Установити, що декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, подані закладам охорони здоров'я через електронну систему обміну медичною інформацією до набрання чинності Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженим цим Наказом, вважаються чинними до події, яка відбудеться першою, а саме:

перше звернення пацієнта (його законного представника) до такого лікаря, при цьому такий лікар зобов'язаний запропонувати та допомогти пацієнту (його законному представнику) подати декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, відповідно до розділу III Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого цим наказом;

закінчення строку дії декларації (якщо її було укладено на певний строк);

01 січня 2020 року.

{Абзац четвертий пункту 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

6. Медичному департаменту (Гаврилюк А.О.) забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

7. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Ковтонюка П.А.

8. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

В.о. Міністра

У. Супрун

ПОГОДЖЕНО:

Керівник Секретаріату
Спільного представницького органу
стороні роботодавців на національному рівні

Р. Іллічов

Голова Державної
регуляторної служби України

К. Ляпіна

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
19.03.2018 № 503
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 березня 2018 р.
за № 347/31799

ПОРЯДОК

вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу

I. Загальні положення

1. Цей Порядок регулює вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу відповідно до частини четвертої статті 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

2. Цей Порядок є обов'язковим для виконання усіма надавачами медичних послуг, що надають медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - надавачі ПМД).

3. У цьому Порядку термін «Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (далі - Декларація) означає документ, що підтверджує волевиявлення пацієнта (його законного представника) про вибір лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу (далі - ПМД).

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про інформацію», «Про захист персональних даних», інших законодавчих актах України, спеціальних словниках понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

II. Вибір, зміна та відмова від лікаря, який надає ПМД

1. Пацієнт (його законний представник) має право обрати лікаря, який надає ПМД, незалежно від зареєстрованого місця проживання такого пацієнта з числа осіб, які зазначені в договорі про медичне обслуговування населення, укладеному між відповідним надавачем ПМД та Національною службою здоров'я України (далі - НСЗУ).

2. Пацієнт має право обрати лікаря, який надає ПМД, за умови, що кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до цього Порядку, не перевищує оптимальний обсяг практики ПМД, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800, або іншу кількість, встановлену відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування

населення (далі - програма медичних гарантій), укладеного надавачем ПМД, у якому зазначений такий лікар.

{Пункт 2 розділу II із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

3. У період тимчасової відсутності лікаря, який був обраний пацієнтом відповідно до цього Порядку, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем, пацієнт має право на отримання медичних послуг ПМД у іншого лікаря того самого надавача ПМД без подання нової Декларації.

4. Пацієнт, який не обрав лікаря та перебуває у невідкладному стані, має право отримати безперервну та безоплатну ПМД у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також звернутися до НСЗУ або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів ПМД для забезпечення можливості реалізувати своє право на вибір лікаря.

{Пункт 4 розділу II в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

5. Пацієнт (його законний представник) має право змінити лікаря, який надає ПМД, шляхом подання тому самому або іншому надавачу ПМД нової Декларації відповідно до цього Порядку.

6. Пацієнт (його законний представник) має право відмовитись від лікаря, який надає ПМД, без обрання нового лікаря шляхом подання заяви про припинення поданої ним Декларації.

7. Одночасний вибір двох або більше лікарів, які надають ПМД, не допускається.

8. Надавачі ПМД зобов'язані забезпечити пацієнтам (їх законним представникам) для прийняття ними рішення про вибір лікаря, який надає ПМД, можливість ознайомитись з інформацією про:

1) надавача ПМД:

повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця (далі - ФОП);

код ЄДРПОУ;

{Абзац третій підпункту 1 пункту 8 розділу II в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

інформація про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;

2) лікарів, які надають ПМД у такого надавача ПМД, а саме:

прізвище, ім'я, по батькові лікаря;

освіта;

лікарська спеціальність;

стаж роботи за спеціальністю;

кваліфікаційна категорія;

місце (адреса) та графік роботи лікаря;

3) дату, номер та строк дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем ПМД та

Уповноваженим органом, а також перелік медичних послуг, які надавач ПМД зобов'язаний надавати за таким договором.

9. Інформація, зазначена у пункті 8 цього розділу, розміщується надавачем ПМД за кожним місцем надання медичних послуг ПМД та на його веб-сайті (у разі наявності) з дотримання вимог законодавства України про захист персональних даних.

III. Заповнення та подання Декларації

1. Пацієнт (його законний представник) має право подати Декларацію самостійно через електронну систему охорони здоров'я або шляхом звернення до надавача ПМД.

2. У разі подання пацієнтом (його законним представником) Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я пацієнт (його законний представник) має накласти на неї електронний підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону. У такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання Декларації в паперовій формі.

3. Подання Декларації шляхом безпосереднього звернення до надавача ПМД здійснюється в такому порядку:

1) надавач ПМД має визначити особу, уповноважену приймати Декларації від пацієнтів (їх законних представників) та вносити дані до електронної системи охорони здоров'я (далі - уповноважена особа), на яку мають бути покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних;

{Підпункт 1 пункту 3 розділу III в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

2) пацієнт (його законний представник) звертається до уповноваженої особи надавача ПМД і надає їй копію документа про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (далі - РНОКПП) (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) й один з таких документів, що посвідчують особу:

{Абзац перший підпункту 2 пункту 3 розділу III в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

паспорт громадянина України;

тимчасове посвідчення громадянина України;

свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку);

посвідка на постійне проживання в Україні;

посвідчення біженця;

посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;

3) законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника (свідоцтво про народження, посвідчення) відповідно до законодавства;

4) на підставі документів та інформації, наданих пацієнтом (його законним представником), уповноважена особа зобов'язана заповнити Декларацію в

електронній формі, роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику);

5) пацієнт (його законний представник) перевіряє інформацію, внесену до Декларації, та у разі виявлення помилок повідомляє про це уповноважену особу. Уповноважена особа зобов'язана виправити помилки в Декларації в електронній формі, повторно роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику);

6) у разі відсутності помилок у Декларації пацієнт (його законний представник) підписує два примірники Декларації та надає їх уповноваженій особі. На двох примірниках уповноважена особа надавача ПМД проставляє відмітку з датою отримання такої Декларації надавачем ПМД та повертає один примірник пацієнту (його законному представнику). Інший примірник Декларації залишається у надавача ПМД;

7) уповноважена особа надсилає Декларацію у встановленому законодавством порядку до електронної системи охорони здоров'я;

8) надавач ПМД зобов'язаний зберігати один примірник Декларації, підписаний пацієнтом (його законним представником), протягом трьох років з дня припинення (анулювання) такої Декларації.

{Підпункт 8 пункту 3 розділу III в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

4. За зверненням пацієнта (його законного представника) уповноважена особа зобов'язана допомогти пацієнту (його законному представнику) заповнити та самостійно подати Декларацію через електронну систему охорони здоров'я за допомогою комп'ютера або іншого засобу зв'язку, що належить такому пацієнту (його законному представнику).

5. Надавачам ПМД забороняється відмовляти у прийнятті Декларації та веденні пацієнта, зокрема на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо.

6. Декларація заповнюється українською мовою, за винятком пунктів, що потребують використання літер латинської абетки та спеціальних символів (адреса електронної пошти тощо), з урахуванням таких особливостей:

1) у підпункті 1.7.3 пункту 1.7 зазначається номер телефону або адреса електронної пошти;

2) у підпунктах 1.8.1 та 1.8.2 пункту 1.8 зазначаються реквізити одного із документів, що посвідчують особу, вказаних у підпункті 2 пункту 3 цього розділу, який використовувався під час самостійного подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я або пред'являвся уповноваженій особі надавача ПМД;

3) у пункті 1.9 серія та номер паспорта зазначаються лише для тих фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті;

4) у пункті 1.11 зазначається адреса для надання ПМД за місцем проживання (перебування) та листування;

5) у пункті 1.12 для пацієнтів віком від 14 до 18 років обов'язково зазначаються дані одного з батьків (законних представників);

6) у пунктах 2.1-2.4 зазначаються дані лікаря-терапевта (для пацієнтів від 18 років), лікаря--педіатра (для пацієнтів до 17 років включно), лікаря загальної практики - сімейного лікаря, якого обрав пацієнт (його законний представник);

7) пункти 4.1-4.6 заповнюються тільки для пацієнтів, які є недієздатними або не досягли 14-річного віку;

8) у пункті 4.6 зазначається номер телефону або адреса електронної пошти.

{Пункт 6 розділу III в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

7. У разі зміни інформації, що міститься в пунктах 1.1-1.11, 4 Декларації, пацієнт (його законний представник) зобов'язаний уточнити змінені дані самостійно через електронну систему охорони здоров'я або шляхом звернення до надавача ПМД, якому було подано Декларацію.

{Пункт 7 розділу III із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

8. Пацієнт має право на отримання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, у надавача ПМД з моменту подання йому Декларації та до її припинення.

IV. Припинення та тимчасове призупинення дії Декларації

1. Підставами для припинення Декларації є:

{Абзац перший пункту 1 розділу IV в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я №1023 від 29.05.2018}

1) подання пацієнтом (його законним представником) Декларації про вибір іншого лікаря, який надає ПМД;

2) подання пацієнтом (його законним представником) заяви про припинення Декларації у довільній формі;

3) внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань запису про припинення юридичної особи, яка є надавачем ПМД, або про припинення підприємницької діяльності ФОП, яка є надавачем ПМД, крім випадків реорганізації юридичної особи;

{Підпункт 3 пункту 1 розділу IV із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

4) анулювання ліцензії надавача ПМД на право провадження господарської діяльності з медичної практики;

5) припинення провадження господарської діяльності з медичної практики надавачем ПМД;

6) припинення трудових відносин з лікарем, який надає ПМД, зазначеним в Декларації, та надавачем ПМД або ФОП, що має господарські відносини з таким надавачем ПМД, або припинення господарських відносин між надавачем ПМД або ФОП, що обраний(а) лікарем, який надає ПМД за Декларацією;

7) набрання законної сили вироком суду про заборону лікарю, який надає ПМД, зазначеному в Декларації, займатись медичною діяльністю;

8) подання заяви лікарем, який надає ПМД, про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку надавача ПМД, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;

{Підпункт 8 пункту 1 розділу IV із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

9) смерть лікаря, який надає ПМД;

10) досягнення пацієнтом 18-річного віку у разі, якщо згідно з Декларацією лікарем, який надає ПМД, обрано лікаря-педіатра;

11) смерть пацієнта.

2. У випадку, передбаченому підпунктом 8 пункту 1 цього розділу, Декларація припиняється через десять календарних днів з дати повідомлення надавачем ПМД пацієнта (його законного представника) про припинення такої Декларації. У всіх інших випадках Декларація припиняється з дня, наступного за днем виникнення відповідної підстави.

3. У разі реорганізації юридичної особи - надавача ПМД Декларації, подані такому надавачу ПМД до реорганізації, не припиняються, а залишаються чинними і вважаються поданими юридичній особі - правонаступнику за умови збереження відповідних правовідносин з лікарем, який був обраний пацієнтом.

{Пункт 3 розділу IV в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

4. Припинення та призупинення дії Декларації не є підставою для ненадання безперервної та безоплатної ПМД пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Дія Декларації тимчасово призупиняється з дати припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій до дня укладення нового договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

{Пункт 4 розділу IV в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

5. У разі припинення Декларації відповідно до однієї з підстав, передбачених підпунктами 4-9 пункту 1 цього розділу, або у випадку тимчасового призупинення дії Декларації надавач ПМД повинен протягом одного місяця з дати припинення Декларації повідомити про це пацієнта (його законного представника) за допомогою бажаного способу зв'язку, зазначеного у Декларації такого пацієнта.

В.о. директора
Медичного департаменту

А.О. Гаврилюк

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
19 березня 2018 року № 530
(у редакції наказу
Міністерства охорони здоров'я України
від 29 травня 2018 року № 1023)

**ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ,
ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ
№ _____**

1. ПАЦІЄНТ

- 1.1. Прізвище
- 1.2. Ім'я
- 1.3. По батькові
- 1.4. Дата народження
- 1.5. Місто, країна народження

1.6. Стать

1.7. Контактні дані

1.7.1. Номер телефону

1.7.2. Адреса електронної пошти
(за наявності)

1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку

1.8. Документ, що посвідчує особу

1.8.1. Тип документа

1.8.2. Серія (за наявності), номер,
дата та орган видачі документа,
термін дії документа (за наявності)

1.9. Реєстраційний номер
облікової картки платника

3. НАДАВАЧ ПМД

3.1. Повне найменування / П.І.Б.

3.2. Код ЄДРПОУ

3.3. Контактний номер телефону

3.4. Адреса електронної пошти

3.5. Адреса місця надання медичних послуг
лікарем, який надає ПМД

4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА

4.1. Прізвище, ім'я, по батькові

4.2. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі
документа, що посвідчує особу законного
представника, та орган, що його видав

4.3. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі,
термін дії (за наявності) документа, що засвідчує
повноваження законного представника, орган,
що його видав

4.4. Номер телефону

4.5. Адреса електронної пошти (за наявності)

4.6. Бажаний спосіб зв'язку

**5. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)**

Своїм підписом:

підтверджую добровільний вибір лікаря, який
надає первинну медичну допомогу, зазначеного

податків або серія та номер
паспорта

1.10. Унікальний номер запису в
Єдиному державному
демографічному реєстрі (за
наявності)

1.11. Адреса місця фактичного
проживання або перебування

1.12. Довірена особа пацієнта для
повідомлення у разі настання
екстреного випадку з пацієнтом

1.12.1. Прізвище, ім'я, по батькові

1.12.2. Контактний номер
телефону

2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД

2.1. Прізвище, ім'я, по батькові

2.2. Контактний номер телефону

2.3. Адреса електронної пошти

2.4. Посада лікаря-спеціаліста

**Керівник експертної групи з питань
реформування системи охорони
здоров'я
Директорату медичних послуг**

в главі 2 цієї Декларації, а також достовірність
наданих мною даних;

підтверджую, що мене повідомлено про мої
права відповідно до Закону України «Про захист
персональних даних», про мету збирання та
обробки моїх персональних даних, зазначених в
цій Декларації.

(підпис)

6. ДАТА ПОДАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ

Т. Орабіна

{Декларація в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1023 від 29.05.2018}

Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

І. Основний список				
Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Ваги для дітей		1		
Ваги для дорослих		1		
Ростомір		1		
Медична вимірювальна стрічка (рулетка)			1	1
Стетофонендоскоп			1	1
Термометр (для вимірювання температури тіла), в тому числі цифровий або інфрачервоний			1	1
Тонometr з малими, середніми і великими манжетами			1	1
Пульсоксиметр портативний			1	
Отоофтальмоскоп			1	
Медичний ліхтарик			1	1
Електрокардіограф [2]		1		
Пікфлуометр [2]			1	
Молоточок неврологічний			1	
Таблиці для перевірки гостроти зору		1		
Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові ланцети, одноразові рукавички) [2]			1	1
Центрифуга [3]	1			
Набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах			1	1

Одноразові малі хірургічні набори та одноразові інструменти для огляду [4]	Відповідно до розрахованих потреб			
Розхідні матеріали одноразового використання: шпателі, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки (в тому числі вологі), одноразові простирадла для кушетки, шприці, катетери, вакуумні пробірки (вакуутайнери), стерильний перев'язувальний матеріал тощо	Відповідно до розрахованих потреб			
Контейнери: для інструментарію, витратних матеріалів тощо	Відповідно до розрахованих потреб			
Швидкі тести: вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо	Відповідно до розрахованих потреб			
Сумка лікаря/медсестри			1	1
Сумка-холодильник з набором акумуляторів холоду	1			
Холодильник для зберігання лікарських засобів	1 і більше			
Кушетка, в тому числі кушетка-трансформер (гінекологічне крісло)		1		
Шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів		1		
Сповивальний столик (для зали очікування)	1			
Офісні меблі: столи для персоналу, стільці та (або) крісла для кабінетів і зал очікувань, шафи для документів і одягу, сейфи тощо	Відповідно до кількості робочих місць персоналу та кількості пацієнтів			
Комп'ютерне обладнання: комп'ютер з операційною системою та доступом до мережі Інтернет, багатофункціональний пристрій (або принтер + сканер)	Відповідно до кількості робочих місць персоналу			
Спеціальне (прикладне) програмне забезпечення для ПМД	Відповідно до кількості робочих місць персоналу			
Канцелярське приладдя, витратні матеріали для комп'ютерного обладнання (папір, картриджі тощо)	Відповідно до розрахованих потреб			
Автомобіль легковий повнопривідний (підсилювач керма та гальм) або легковий (підсилювач керма та гальм) [5]			1	

Транспортний засіб (мотоцикл, квадроцикл, мотороллер) або велосипед [6]				1
II. Додатковий список (застосовується за умови комплектності основного списку та відповідно до наявних потреб)				
Спірометр		1		
Небулайзер			1	
Мікроскоп	Відповідно до кількості робочих місць персоналу лабораторії			
Гематологічний аналізатор	1			
Біохімічний аналізатор	1			
Лабораторний посуд, дозатори, витратні матеріали	Відповідно до кількості робочих місць персоналу лабораторії			
Освітлювач переносний безтіньовий		1		
Стіл для інструментів, мобільний		1		
Холодильник для зберігання вакцин	1 і більше			
Сповивальний столик		1		
Ширма		1		
Ноші медичні	1			
Крісло-каталка	1			
III. Обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини				
Загальна оглядова цифрова камера (автофокус, цифровий зум, поляризаційний фільтр, автобаланс білого)		1		
Набір цифрових «скопічних» систем із генератором світла (дерматоскоп, офтальмоскоп, отоскоп, назо-фарингоскоп, синускоп, кольпоскоп)	1			
Інтерактивний цифровий стетоскоп		1		
Монітор життєво-важливих показників із цифровим інтерфейсом (АТ, термометрія, пульсоксиметрія)	1			
12-канальний електрокардіограф з цифровим інтерфейсом	1			

Примітки:

[1] Критерієм вибору конкретних моделей електронного обладнання має бути можливість запису та (або) передачі отриманих результатів в електронному вигляді для використання, в тому числі в телемедицині, наявність в комплекті необхідного програмного забезпечення, а також можливість проведення навчання медичних працівників (за необхідності).

[2] У комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами.

[3] У разі організації пункту забору крові для аналізів і забезпечення логістичних потреб.

[4] Замість одноразових малих хірургічних наборів та одноразових інструментів для огляду можуть використовуватися багаторазові малі хірургічні набори та багаторазові інструменти для огляду за умови наявності стерилізатора.

[5] Для організації медичного обслуговування пацієнтів за місцем проживання (перебування). Кількість може бути меншою і визначається необхідністю забезпечити можливість надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнтів. Визначення типу автомобіля (з повним приводом або без такого) залежить від стану доріг. При плануванні закупівель необхідно враховувати додаткові витрати: оплата водія, страховка, реєстрація, паливо, технічне обслуговування тощо. Допускається використання альтернативних варіантів: оренда, лізинг тощо.

[6] При потребі організації надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнтів, зокрема у сільській місцевості та в міських умовах малоповерхової забудови.

В.о. директора
Медичного департаменту

А.О. Гаврилюк

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31)

Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Розділ I

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

1. Законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, цього Закону та інших законів і нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

2. Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші норми, ніж ті, що передбачені законодавством про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, застосовуються норми міжнародного договору.

Стаття 2. Визначення основних термінів

1. У цьому Законі терміни вживаються в такому значенні:

1) програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;

2) електронна система охорони здоров'я - інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API);

3) медичні записи - інформація щодо медичного обслуговування пацієнта або його результатів, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством;

4) надавачі медичних послуг - заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів;

5) реімбурсація - механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України;

6) тариф - ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби;

7) Уповноважений орган - центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

2. Інші терміни вживаються в цьому Законі у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших законодавчих актах України.

Стаття 3. Державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів

1. Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій.

2. За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, та інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

3. Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів можуть встановлюватися законами України.

5. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Стаття 4. Програма медичних гарантій

1. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

2. Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

3. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики.

5. Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік.

Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

6. Звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

Розділ II

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Стаття 5. Основні принципи програми медичних гарантій

1. Програма медичних гарантій базується на таких принципах:

1) законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;

2) надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;

3) забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;

4) цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

5) універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

6) передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;

7) гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

8) конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

Стаття 6. Права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій

1. Пацієнти мають право на:

1) отримання необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг;

2) безоплатне отримання інформації від Уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу;

3) можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством;

4) надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, у тому числі до інформації про стан свого здоров'я, діагноз, про відомості, одержані під час медичного обстеження, за умови дотримання такими особами вимог Закону України "Про захист персональних даних";

5) отримання від Уповноваженого органу інформації про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про такого пацієнта;

6) оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Уповноваженого органу та його територіальних органів в установленому законом порядку;

7) судовий захист своїх прав;

8) звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Уповноваженого органу;

9) інші права, передбачені законодавством.

2. Пацієнти зобов'язані:

1) надавати відповідному надавачу медичних послуг достовірну інформацію та документи, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів;

2) проходити профілактичні медичні огляди в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

3) виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку надавача медичних послуг;

4) виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Стаття 7. Уповноважений орган

1. Основними функціями Уповноваженого органу є:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

2) проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;

3) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

4) розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

5) укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;

6) здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;

7) отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (у тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення його повноважень, з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних";

8) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;

9) здійснення інших повноважень, визначених законом.

2. З метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу утворюється Рада громадського контролю, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі 15 осіб, які переобираються кожні два роки.

3. До складу Ради громадського контролю не можуть входити:

1) особи, уповноважені на виконання функцій держави або місцевого самоврядування;

2) особа, за рішенням суду визнана недієздатною або дієздатність якої обмежена;

3) особа, яка має судимість за вчинення злочину, якщо така судимість не погашена або не знята в установленому законом порядку (крім реабілітованої особи), або на яку протягом останнього року до дня подання заяви на участь у конкурсі накладалося адміністративне стягнення за вчинення корупційного правопорушення;

4) особа, яка відповідно до Закону України "Про запобігання корупції" є близькою особою голови, заступника голови центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, керівника структурного підрозділу цього органу;

5) особа, яка є членом органів управління та/або володіє прямо або опосередковано підприємствами або корпоративними правами суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики, господарську діяльність з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, або члени сім'ї якої (в розумінні Закону України "Про запобігання корупції") є власниками таких

підприємств або корпоративних прав та/або є членами органів управління таких суб'єктів господарювання;

б) особа, яка, незалежно від тривалості, була працівником центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та/або Уповноваженого органу впродовж попередніх двох років;

7) особа, близькі особи якої (в розумінні Закону України "Про запобігання корупції"), незалежно від тривалості, були працівниками центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та/або Уповноваженого органу впродовж попередніх двох років.

4. Порядок проведення конкурсу з формування Ради громадського контролю, її персональний склад та положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

5. Рада громадського контролю:

1) заслуховує інформацію про діяльність, виконання завдань Уповноваженого органу;

2) розглядає звіти Уповноваженого органу і затверджує свій висновок щодо них;

3) має інші права, передбачені Положенням про Раду громадського контролю.

Стаття 8. Особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

1. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою - підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та Уповноваженим органом.

2. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається у письмовій (електронній) формі.

3. Забороняється відмова або ухилення від укладення відповідного договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з суб'єктами, визначеними у частині першій цієї статті, які подали заяву Уповноваженому органу про укладення такого договору та надають медичні послуги, передбачені програмою медичних гарантій.

4. Договір про медичне обслуговування населення є договором на користь третіх осіб - пацієнтів у частині надання їм медичних послуг та лікарських засобів надавачами медичних послуг.

5. Істотними умовами договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є:

перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

умови, порядок та строки оплати тарифу;

фактична адреса надання медичних послуг;
права та обов'язки сторін;
строк дії договору;
звітність надавачів медичних послуг;
відповідальність сторін.

6. Договір про медичне обслуговування населення підлягає опублікуванню на офіційному веб-сайті Уповноваженого органу протягом п'яти днів з моменту його укладення.

7. Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок його укладення, зміни та припинення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 9. Порядок отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій

1. У разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством.

2. Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

3. У разі неможливості обрання лікаря пацієнт має право звернутися до Уповноваженого органу або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та забезпеченням пацієнту можливості реалізувати його право на вибір лікаря.

4. Форма декларації та порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

5. Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, крім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається.

6. При наданні медичної допомоги в амбулаторних умовах лікарські засоби за програмою медичних гарантій надаються пацієнту на підставі рецепта лікаря суб'єктом господарювання, який здійснює діяльність з роздрібної торгівлі

лікарськими засобами та уклав договір про реімбурсацію з Уповноваженим органом.

7. Порядок реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій на відповідний рік, типова форма договору про реімбурсацію, порядок його укладення, зміни та припинення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

8. Надавач медичних послуг зобов'язаний поінформувати пацієнта про медичні послуги та лікарські засоби, які пацієнт може отримати в цього надавача за програмою медичних гарантій.

Стаття 10. Основні засади оплати надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій

1. Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій.

Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення.

До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України.

2. Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як:

1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;

2) капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;

3) ставки на пролікований випадок;

4) ставки на медичну послугу;

5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної.

3. Методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної фінансової і бюджетної політики.

При розрахунку тарифів та коригувальних коефіцієнтів базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників є величина, що є не меншою за 250 відсотків середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передує року, в якому будуть застосовуватися такі тарифи та коригувальні коефіцієнти.

Тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

4. Тарифи розробляються і затверджуються в порядку, передбаченому для програми медичних гарантій, та є її невід'ємною частиною.

5. Тариф сплачується Уповноваженим органом за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до програми медичних гарантій безпосередньо надавачам медичних послуг.

6. Відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій здійснює Уповноважений орган.

7. Надавачам медичних послуг, які є державними та комунальними закладами охорони здоров'я, забороняється вимагати від пацієнтів винагороду в будь-якій формі за медичні послуги та лікарські засоби, надані за програмою медичних гарантій. Такі дії є підставою для притягнення до відповідальності, передбаченої договором про медичне обслуговування населення, в тому числі одностороннього розірвання договору з ініціативи Уповноваженого органу.

8. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я.

Надавач медичних послуг складає звіт в електронній системі охорони здоров'я, в якому зазначається обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.

Оплата тарифу за надані медичні послуги та лікарські засоби здійснюється в порядку черговості надходження таких звітів.

9. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, надавачами яких є державні та комунальні заклади охорони здоров'я, здійснюється на умовах попередньої оплати у випадках, встановлених Кабінетом Міністрів України.

10. Оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України підлягають лікарські засоби, які включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України, та програми медичних гарантій.

11. У закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг.

{Частина одинадцята статті 10 діє до 31 грудня 2024 року - див. пункт 6 розділу IV}

Стаття 11. Електронна система охорони здоров'я

1. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних.

2. Доступ до даних про пацієнта, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, можливий лише у разі отримання згоди такого пацієнта (його законного представника) у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди. Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадках:

наявності ознак прямої загрози життю пацієнта;
за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим);
за рішенням суду.

3. Підписуючи декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, пацієнт (його законний представник) надає згоду на доступ до даних про нього, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, такому лікарю, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями.

4. Уповноважений орган зобов'язаний опубліковувати на офіційному веб-сайті дані, накопичені в електронній системі охорони здоров'я, за умови знеособлення персональних даних відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних", в обсязі та в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Розділ III

КОНТРОЛЬ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Стаття 12. Контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

1. Контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення здійснюють центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції відповідно до закону.

2. Контроль якості надання медичних послуг надавачами медичних послуг і систематичне проведення аналізу результатів та ефективності медичних послуг і лікарських засобів здійснює центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Стаття 13. Відповідальність за порушення законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, надання медичних послуг та лікарських засобів

1. Особи, винні у порушенні законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, несуть відповідальність відповідно до закону.

Розділ IV

ПРИКІНЦЕВІ ТА ПЕРЕХІДНІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності через один місяць з дня його опублікування та вводиться в дію з 1 січня 2018 року поетапно, крім частини восьмої статті 10, яка набирає чинності та вводиться в дію з 1 серпня 2018 року.

2. З 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Тимчасово, протягом 2018-2019 років, за рішенням Кабінету Міністрів

України допускається фінансування надання первинної медичної допомоги комунальними закладами охорони здоров'я, що не уклали договори про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом, шляхом надання субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам. Умови, порядок та строки надання такої субвенції визначаються Кабінетом Міністрів України.

3. Протягом 2018-2019 років реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій поступово запроваджується для інших видів медичної допомоги, зокрема шляхом реалізації пілотних проектів для відповідних видів медичних послуг, окремих закладів охорони здоров'я, населених пунктів чи регіонів. Порядок реалізації таких проектів, перелік медичних послуг та лікарських засобів, що оплачуються за рахунок коштів Державного бюджету України, тарифи та коригувальні коефіцієнти встановлюються Кабінетом Міністрів України.

4. З 1 січня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється відповідно до цього Закону для всіх видів медичної допомоги.

5. До 31 грудня 2019 року реімбурсація здійснюється для визначеного Кабінетом Міністрів України переліку медичних станів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. З 1 січня 2020 року запроваджується реімбурсація вартості лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантій.

6. Частина одинадцята статті 10 діє до 31 грудня 2024 року.

7. Внести зміни до таких законів України:

1) в Основах законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19 із наступними змінами):

частину першу статті 3 доповнити з урахуванням алфавітного порядку термінами такого змісту:

"медична субсидія - безготівкова допомога, яка надається за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів для оплати необхідних пацієнту медичних послуг та лікарських засобів";

"оцінка медичних технологій - експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням";

пункт "в" статті 7 викласти в такій редакції:

"в) фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом";

у статті 8:

частину третю викласти в такій редакції:

"Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я за епідемічними показаннями. Держава також гарантує безоплатне проведення медико-соціальної експертизи, судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічних розтинів та пов'язаних з ними досліджень у порядку, встановленому законодавством";

після частини третьої доповнити новою частиною такого змісту:

"Держава гарантує громадянам України та іншим визначеним законом особам надання необхідних медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України на умовах та в порядку, встановлених законодавством".

У зв'язку з цим частини четверту і п'яту вважати відповідно частинами п'ятою і шостою; доповнити частиною сьомою такого змісту:

"Розроблення галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, проведення державної оцінки медичних технологій здійснюються у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України";

перше речення частини п'ятої статті 16 викласти в такій редакції: "Заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України";

статтю 18 доповнити частинами дев'ятою і десятою такого змісту:

"Порядок укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та порядок визначення тарифів для оплати медичних послуг і лікарських засобів встановлюються Законом України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".

Порядок призначення та надання медичних субсидій встановлюється Кабінетом Міністрів України";

статтю 35-¹ викласти в такій редакції:

"Стаття 35-¹. Первинна медична допомога

Первинна медична допомога - це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання первинної медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я та фізичні особи - підприємці, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та інші медичні працівники, які працюють під їх керівництвом.

Пацієнт має право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Первинна медична допомога може надаватися в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта у порядку, що визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я";

2) пункт 6 частини другої статті 7 Закону України "Про захист персональних даних" (Відомості Верховної Ради України, 2010 р., № 34, ст. 481; 2013 р., № 51, ст. 715) викласти в такій редакції:

"б) необхідна в цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я за умови, що такі дані обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я чи фізичною особою - підприємцем,

яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та на яких поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних";

3) пункти 2 і 3 розділу II "Прикінцеві положення" Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" (Відомості Верховної Ради України, 2012 р., № 14, ст. 86) виключити;

4) частину першу статті 2 Закону України "Про ціни і ціноутворення" (Відомості Верховної Ради України, 2013 р., № 19-20, ст. 190; 2015 р., № 30, ст. 289) викласти в такій редакції:

"1. Дія цього Закону поширюється на відносини, що виникають у процесі формування, встановлення та застосування цін Кабінетом Міністрів України, органами виконавчої влади, органами, що здійснюють державне регулювання діяльності суб'єктів природних монополій, органами місцевого самоврядування та суб'єктами господарювання, які провадять діяльність на території України, а також здійснення державного контролю (нагляду) та спостереження у сфері ціноутворення. Дія цього Закону не поширюється на встановлення тарифів на медичні послуги та лікарські засоби в межах програми медичних гарантій згідно із Законом України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".

8. Кабінету Міністрів України протягом трьох місяців з дня набрання чинності цим Законом:

прийняти нормативно-правові акти, необхідні для реалізації положень цього Закону, та забезпечити набрання ними чинності одночасно з введенням у дію відповідних положень цього Закону;

привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;

забезпечити прийняття, перегляд і скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону;

опрацювати питання запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Президент України
м. Київ
19 жовтня 2017 року
№ 2168-VIII

П.ПОРОШЕНКО

БЮДЖЕТНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ

(Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 50-51, ст.572)

(витяг)

Стаття 87. Видатки, що здійснюються з Державного бюджету України

1. До видатків, що здійснюються з Державного бюджету України (з урахуванням особливостей, визначених пунктом 5 частини другої статті 67-¹ цього Кодексу), належать видатки на:

...

8) охорону здоров'я:

а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);

б) спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для осіб з інвалідністю внаслідок війни, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);

{Підпункт "б" пункту 8 частини першої статті 87 із змінами, внесеними згідно із Законами № 79-VIII від 28.12.2014, № 2233-VIII від 07.12.2017}

в) санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність законів України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", "Про жертви нацистських переслідувань", та осіб з інвалідністю, загальнодержавні реабілітаційні установи та комплекси для осіб з інвалідністю згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);

г) санітарно-епідеміологічний нагляд (лабораторні центри, заходи боротьби з епідеміями);

{Підпункт "г" пункту 8 частини першої статті 87 із змінами, внесеними згідно із Законом № 212-VIII від 02.03.2015}

г) інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України;

д) первинну медичну допомогу, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я;

{Пункт 8 частини першої статті 87 доповнено підпунктом "д" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

е) державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями;

{Пункт 8 частини першої статті 87 доповнено підпунктом "е" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

є) державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України;

{Пункт 8 частини першої статті 87 доповнено підпунктом "є" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

ж) програму державних гарантій медичного обслуговування населення;

{Пункт 8 частини першої статті 87 доповнено підпунктом "ж" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

Стаття 89. Видатки, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад

{Назва статті 89 із змінами, внесеними згідно із Законом № 79-VIII від 28.12.2014}

1. До видатків, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад належать видатки на:

...

3) охорону здоров'я:

а) амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, дільничні лікарні);

{Підпункт "а" пункту 3 частини першої статті 89 із змінами, внесеними згідно із Законом № 3612-VI від 07.07.2011 - зміна діє до 31 грудня 2014 року; із змінами, внесеними згідно із Законами № 5081-VI від 05.07.2012, № 79-VIII від 28.12.2014; в редакції Законів № 176-VIII від 10.02.2015, № 212-VIII від 02.03.2015, № 2233-VIII від 07.12.2017}

а¹) первинну медичну допомогу (медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські і фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та інші заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу);

{Пункт 3 частини першої статті 89 доповнено підпунктом "а¹" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти);

в) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи);

{Пункт 3 частини першої статті 89 доповнено підпунктом "в" згідно із Законом № 212-VIII від 02.03.2015}

г) оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню;

{Пункт 3 частини першої статті 89 доповнено підпунктом "г" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

г) співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад;

{Пункт 3 частини першої статті 89 доповнено підпунктом "г" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

д) місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад, і місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;

{Пункт 3 частини першої статті 89 доповнено підпунктом "д" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

е) місцеві програми громадського здоров'я;

{Пункт 3 частини першої статті 89 доповнено підпунктом "е" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

Стаття 90. Видатки, що здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів

{Назва статті 90 із змінами, внесеними згідно із Законом № 79-VIII від 28.12.2014}

1. До видатків, що здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим і обласних бюджетів, належать видатки на:

...

3) охорону здоров'я:

а) консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення), центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги;

{Підпункт "а" пункту 3 частини першої статті 90 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5081-VI від 05.07.2012}

б) спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для ветеранів війни, будинки дитини, станції переливання крові);

{Підпункт "б" пункту 3 частини першої статті 90 із змінами, внесеними згідно із Законом № 79-VIII від 28.12.2014}

в) санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації);

г) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного

транспорту, бази спецмедпостачання, центри здоров'я і заходи санітарної освіти, регіональні заходи з реалізації державних програм, інші програми і заходи);

{Підпункт "г" пункту 3 частини першої статті 90 із змінами, внесеними згідно із Законом № 212-VIII від 02.03.2015}

г) співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад;

{Пункт 3 частини першої статті 90 доповнено підпунктом "г" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

д) регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;

{Пункт 3 частини першої статті 90 доповнено підпунктом "д" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

е) регіональні програми громадського здоров'я;

{Пункт 3 частини першої статті 90 доповнено підпунктом "е" згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

Стаття 103⁴. Медична субвенція

1. Медична субвенція спрямовується на видатки місцевих бюджетів, передбачені у пункті 3 частини першої статті 89 (крім підпункту "г") та пункті 3 частини першої статті 90 цього Кодексу, для оплати поточних видатків, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв.

{Частина перша статті 103⁴ в редакції Законів № 914-VIII від 24.12.2015, № 1789-VIII від 20.12.2016; із змінами, внесеними згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

2. У законі про Державний бюджет України затверджуються обсяги медичної субвенції окремо для бюджету Автономної Республіки Крим, обласних бюджетів і районних бюджетів, міських (міст Києва та Севастополя, міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення) бюджетів та бюджетів об'єднаних територіальних громад.

3. Медична субвенція розподіляється між відповідними бюджетами на основі формули, яка розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та затверджується Кабінетом Міністрів України і має враховувати, зокрема, такі параметри:

- 1) кількість населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- 2) коригуючі коефіцієнти, що враховують відмінності у вартості надання медичної допомоги;
- 3) особливості надання медичної допомоги у гірських населених пунктах.

При цьому у складі зазначеної субвенції передбачається резерв коштів, обсяг якого не може перевищувати 1 відсотка загального обсягу субвенції.

{Абзац п'ятий частини третьої статті 103⁻⁴ із змінами, внесеними згідно із Законом № 1789-VIII від 20.12.2016}

Кабінет Міністрів України здійснює розподіл резерву медичної субвенції та може визначати напрями використання таких коштів.

{Частину третю статті 103⁻⁴ доповнено абзацом шостим згідно із Законом № 1789-VIII від 20.12.2016; із змінами, внесеними згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017}

4. Залишки коштів за медичною субвенцією на кінець бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів і можуть використовуватися у наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції та на оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

{Частина четверта статті 103⁻⁴ із змінами, внесеними згідно із Законом № 1789-VIII від 20.12.2016}

{Кодекс доповнено статтею 103⁻⁴ згідно із Законом № 79-VIII від 28.12.2014}

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ПОСТАНОВА

від 28 березня 2018 р. № 391

Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення

{Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 707 від 05.09.2018}

Відповідно до частини сьомої статті 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Затвердити вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, що додаються.

1⁻¹. Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, не поширюються на учасників пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів.

{Постанову доповнено пунктом 1⁻¹ згідно з Постановою КМ № 707 від 05.09.2018}

2. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування, крім абзацу третього затверджених цією постановою вимог, який набирає чинності з 1 січня 2019 року.

Прем'єр-міністр України

В.ГРОЙСМАН

ВИМОГИ
до надавача послуг з медичного обслуговування населення,
з яким головними розпорядниками бюджетних коштів
укладаються договори про медичне обслуговування
населення

Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших дозвільних документів, передбачених законом

Наявність у надавача необхідної для надання послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг) за договором матеріально-технічної бази, яка відповідає вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, затверджених МОЗ

Наявність умов для медичного обслуговування та вільного доступу до будівель і приміщень надавача медичних послуг осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до законодавства

Реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) або як фізичної особи - підприємця

Відповідність критеріям, установленим у порядку використання коштів відповідної бюджетної програми, на виконання якої укладаються договори про медичне обслуговування населення.

ПОРЯДОК

використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню

1. Цей Порядок визначає механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою “Надання первинної медичної допомоги населенню” (далі - бюджетні кошти).

2. Бюджетні кошти використовуються з метою оплати надання пацієнтам медичних послуг, пов’язаних з наданням первинної медичної допомоги (далі - послуги первинної медичної допомоги) згідно з Основами законодавства України про охорону здоров’я та Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” (далі - Закон).

3. Види послуг первинної медичної допомоги визначаються в Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ.

4. Головним розпорядником бюджетних коштів є МОЗ.

5. Розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня та відповідальним виконавцем бюджетної програми є НСЗУ.

6. Бюджетні кошти спрямовуються на оплату послуг первинної медичної допомоги, наданих надавачами медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення.

7. Оплата послуг первинної медичної допомоги за договором про медичне обслуговування населення, укладеним із НСЗУ, здійснюється на рахунки надавачів медичних послуг, відкриті в установах банків, на підставі звітів (або рахунків у разі здійснення попередньої оплати), що внесені такими надавачами медичних послуг до електронної системи охорони здоров’я. Порядок та строки подання звітів і рахунків, інформація, що включається до них, визначається договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, типова форма якого затверджується в установленому Законом порядку.

{Абзац перший пункту 7 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 1103 від 18.12.2018}

Оплата здійснюється згідно з тарифом відповідно до умов і строків, визначених у договорі про медичне обслуговування населення, укладеному з НСЗУ. До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти.

Тарифи та коригувальні коефіцієнти на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги, визначаються у Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на відповідний рік, що затверджується в установленому Законом порядку.

{Абзац третій пункту 7 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 1103 від 18.12.2018}

Розпорядник бюджетних коштів на підставі договорів про медичне обслуговування населення може здійснювати попередню оплату за послуги первинної медичної допомоги відповідно до законодавства.

8. Ведення бухгалтерського обліку, відкриття рахунків, реєстрація, облік бюджетних зобов'язань в органах Казначейства та проведення операцій, пов'язаних з використанням бюджетних коштів, здійснюються в установленому законодавством порядку.

9. Складення та подання фінансової і бюджетної звітності про використання бюджетних коштів, а також контроль за їх цільовим витрачанням здійснюються в установленому законодавством порядку.

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ПОСТАНОВА

від 18 грудня 2018 р. № 1117

Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік *{Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 26 від 16.01.2019}*

Відповідно до пункту 2 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Затвердити Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, що додається.

2. Установити, що договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 26 грудня 2018 р. та не пізніше 30 листопада 2019 року.

3. Внести у додаток 1 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570), зміну, що додається.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2019 року.

Прем'єр-міністр України

В.ГРОЙСМАН

ПОРЯДОК
реалізації державних гарантій медичного обслуговування
населення за програмою медичних гарантій для первинної
медичної допомоги на 2019 рік

1. Цей Порядок визначає особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, встановлює тарифи та коригувальні коефіцієнти.

2. Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі - договір) з НСЗУ, що передбачає надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою.

3. В цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

зелений список - перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подали відповідному надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - декларації), станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я;

ліміт - оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ;

червоний список - неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 11 цього Порядку.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" та інших законодавчих актах.

4. Перелік послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг), пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій на 2019 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ.

5. Тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюються як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та становлять:

за одного пацієнта, включеного до зеленого списку, - 370 гривень на рік;

за одного пацієнта, включеного до червоного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я до 30 червня 2019 р. включно), - 120 гривень на рік.

6. До тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, включеного до зеленого списку, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта:

від 0 до 5 років	-	4;
від 6 до 17 років	-	2,2;
від 18 до 39 років	-	1;
від 40 до 64 років	-	1,2;
понад 65 років	-	2.

7. Якщо медичне обслуговування пацієнта, включеного до зеленого списку, здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні", до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 6 цього Порядку, застосовується (шляхом множення) коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

8. До тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт, застосовуються такі коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту:

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
Від 110 відсотків ліміту + 1 декларація до 120 відсотків ліміту включно	0,8
Від 120 відсотків ліміту + 1 декларація до 130 відсотків ліміту включно	0,6
Від 130 відсотків ліміту + 1 декларація до 140 відсотків ліміту включно	0,4
Від 140 відсотків ліміту + 1 декларація до 150 відсотків ліміту включно	0,2
Від 150 відсотків ліміту + 1 декларація і всі наступні	0

Розподіл пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації

про вибір лікаря, який працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.

9. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пункті 6 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, які подали декларації понад ліміт.

10. Коригувальні коефіцієнти, зазначені у пунктах 6 і 7 цього Порядку, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою пацієнтам, включених до червоного списку.

{Пункт 10 в редакції Постанови КМ № 26 від 16.01.2019}

11. Кількість пацієнтів, включених до червоного списку, для надавачів медичних послуг, які є комунальними закладами охорони здоров'я, розраховується щомісяця до 30 червня 2019 р. включно за такою формулою:

$$\text{ЧС} = \text{НН} \times (1 - \text{ЗС} / \text{СНН}),$$

де ЧС - кількість пацієнтів, включених до червоного списку;

НН - кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується відповідним комунальним закладом охорони здоров'я, станом на 1 січня 2018 р., визначена у договорі, укладеному з НСЗУ;

ЗС - загальна кількість пацієнтів, що подали декларації, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я всім надавачам медичних послуг, які уклали договір з НСЗУ та розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району або об'єднаної територіальної громади);

СНН - сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується всіма комунальними закладами охорони здоров'я, які уклали договори з НСЗУ станом на 1 число відповідного місяця та розташовані у межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району або об'єднаної територіальної громади), що розраховується шляхом додавання кількості наявного населення, що визначена у таких договорах.

Якщо ЧС має значення менше нуля, ЧС становить нуль.

12. Оплата за надані медичні послуги здійснюється відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного з НСЗУ.

13. Тарифи, встановлені у пункті 5 цього Порядку, включають ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 25 квітня 2018 р. № 410

Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

{Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 1117 від 18.12.2018}

Відповідно до частини сьомої статті 8 Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Затвердити такі, що додаються:

Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

Типову форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

2. Установити, що:

до 31 грудня 2020 р. заклад охорони здоров'я або фізична особа - підприємець, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що бажають укласти договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Національною службою здоров'я, не подають скановану копію звіту про проведення технічного обстеження об'єкта, що підтверджує доступність будівлі та приміщення надавача медичних послуг для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;

до створення технічної можливості для укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій через електронну систему охорони здоров'я такі договори укладаються в електронній формі з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг з подальшою реєстрацією таких договорів в електронній системі охорони здоров'я.

Прем'єр-міністр України

В.ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 25 квітня 2018 р. № 410

(із змінами, внесеними постановою Кабінету
Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 134)

ПОРЯДОК **укладення, зміни та припинення договору про медичне** **обслуговування населення за програмою медичних** **гарантій**

Загальна частина

1. Цей Порядок визначає механізм укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі - договір) з НСЗУ відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".

2. Дія цього Порядку поширюється на укладення, зміну та припинення договору між НСЗУ та закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності або фізичними особами - підприємцями, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (далі - суб'єкти господарювання).

3. У цьому Порядку терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", "Про електронні документи та електронний документообіг", інших законодавчих актах України.

4. Документообіг, пов'язаний з укладенням, зміною та припиненням договору здійснюється через електронну систему охорони здоров'я (далі - система) з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг.

5. Суб'єкт господарювання, який бажає укласти договір з НСЗУ, повинен зареєструватися в системі та забезпечити реєстрацію в ній його уповноважених осіб та медичних працівників, які будуть залучені до виконання договору, та отримання ними електронного цифрового підпису або підпису, прирівняного до власноручного підпису відповідно до закону (далі - електронний підпис).

Порядок укладення договору

6. НСЗУ розміщує на офіційному веб-сайті оголошення про укладення договору (далі — оголошення), в якому зазначаються:

1) медичні послуги за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі — програма медичних гарантій), які повинні надаватися згідно з договором, та спеціальні умови їх надання (залежно від виду медичних послуг);

2) строк подання заяв про укладення договору (далі — заяви);

3) інформація, що повинна бути зазначена у заяві, перелік та форма документів, які повинні бути додані до заяви, зокрема передбачених пунктом 7 цього Порядку.

7. Суб'єкт господарювання, який бажає укласти договір з НСЗУ на визначених в оголошенні умовах, подає до НСЗУ заяву через систему, яка, зокрема, повинна містити:

1) відомості про чинні ліцензії, видані суб'єкту господарювання, в тому числі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, інші дозвільні документи, передбачені законами для надання медичних послуг, визначених в оголошенні;

2) відомості про місця надання медичних послуг за формою, визначеною в системі.

До заяви додаються такі документи в електронній формі:

сканована копія звіту про проведення технічного обстеження об'єкта, на якому суб'єкт господарювання надаватиме медичні послуги, складеного фахівцем (архітектором, інженером), який має кваліфікаційний сертифікат на експертну роботу з технічного обстеження будівель і споруд, виданий в установленому порядку, що підтверджує доступність будівлі та приміщення надавача медичних послуг для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до державних будівельних норм, стандартів і правил;

інші документи, що містять відомості, зазначені в оголошенні;

сканована копія документа, що підтверджує повноваження представника (подається у разі підписання заяви та доданих до неї документів представником суб'єкта господарювання, крім випадку, коли відомості про повноваження цього представника містяться в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань).

8. Якщо заява та додані до неї документи відповідають визначеним в оголошенні умовам, НСЗУ протягом 30 календарних днів після закінчення строку подання заяв, визначеного в оголошенні, надсилає відповідному суб'єкту господарювання через систему повідомлення про намір укласти з ним договір із зазначенням медичних послуг, які НСЗУ має намір замовити у такого суб'єкта господарювання.

9. У разі невідповідності заяви чи доданих до неї документів визначеним в оголошенні умовам НСЗУ протягом трьох робочих днів від дати встановлення такої невідповідності надсилає відповідному суб'єкту господарювання пропозицію виправити помилки в заяві або подати необхідну інформацію та документи. Суб'єкт господарювання повинен усунути недоліки та подати необхідні документи протягом двох робочих днів з дня надіслання відповідної пропозиції НСЗУ. Заяви, подані після закінчення строку їх подання, визначеного в оголошенні, не розглядаються.

Заяви з усуненими недоліками та будь-яка додаткова інформація чи документи, подані після закінчення зазначеного дводенного строку, не розглядаються.

10. У разі відсутності заяв про укладення договору, які відповідають умовам оголошення, НСЗУ розміщує повторне оголошення.

11. Суб'єкт господарювання протягом п'яти календарних днів з дня надходження повідомлення про намір укласти договір надсилає до НСЗУ через систему проект договору, сформований на підставі відомостей, які містяться у системі, та інформації, зазначеної суб'єктом господарювання у заяві та доданих до неї документах. Договір повинен бути підписаний сторонами протягом 30 календарних днів з дня надіслання НСЗУ повідомлення про намір укласти договір через систему з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг.

12. Договір вважається укладеним та набирає чинності з дати його підписання уповноваженими особами НСЗУ та суб'єкта господарювання, але не раніше дати встановлення в кошторисі відповідного бюджетного асигнування для НСЗУ.

13. Договір разом з усіма додатками (за умови знеособлення персональних даних) підлягає оприлюдненню на офіційному веб-сайті НСЗУ протягом п'яти робочих днів з дня його укладення. Інформація про укладений договір включається до Реєстру договорів про медичне обслуговування населення відповідно до законодавства.

Порядок внесення змін та припинення дії договору

14. Суб'єкт господарювання або НСЗУ мають право надіслати один одному через систему пропозицію щодо зміни або припинення укладеного між ними договору в порядку та на умовах, передбачених договором. З цією метою суб'єкт господарювання або НСЗУ повинні надіслати один одному проект договору про внесення таких змін до договору з накладеним електронним підписом через систему.

15. Проект договору про внесення змін до договору розглядається суб'єктом господарювання або НСЗУ протягом не більше ніж десяти робочих днів з дня його надходження.

16. Після узгодження остаточної редакції проекту договору про внесення змін до договору уповноважені особи НСЗУ та суб'єкта господарювання підписують відповідний проект договору про внесення змін до договору через систему з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг.

17. У разі незгоди із запропонованими змінами суб'єкт господарювання та НСЗУ розв'язують спір шляхом ведення переговорів або в судовому порядку.

Дія договору припиняється після закінчення строку, на який його було укладено, за умови, що він не був продовжений, або у разі настання інших підстав, передбачених законом або договором.

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 25 квітня 2018 р. № 410
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 27 лютого 2019 р. № 134)

ТИПОВА ФОРМА
договору про медичне обслуговування населення за
програмою медичних гарантій

_____ 20__ р.
(найменування населеного пункту)

НСЗУ в особі _____,
(найменування посади, прізвище, ім'я та по батькові)
що діє на підставі _____
(назва та реквізити документа)
(далі — замовник), з однієї сторони, і

(найменування суб'єкта господарювання або
прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи — підприємця, що надають медичні
послуги)
в особі _____,
(найменування посади, прізвище, ім'я та по батькові)
який діє на підставі _____

(назва та реквізити документа)
(далі — надавач), з іншої сторони (далі — сторони), уклали договір про
нижченаведене.

Визначення термінів

1. Залучена особа — заклад охорони здоров'я або фізична особа-підприємець, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та залучені надавачем на підставі договору для надання окремих медичних послуг пацієнтам згідно з цим договором.

2. Звітний період — період, визначений у додатках 1 і 2 до цього договору.

3. Місце надання медичних послуг — місце провадження надавачем господарської діяльності з медичної практики, в якому особам, на яких поширюються державні гарантії медичного обслуговування населення згідно із Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” (далі — пацієнти), надаються медичні послуги.

4. Медичні послуги — послуги з медичного обслуговування населення (послуги з охорони здоров'я), що включені до програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі — програма медичних гарантій), які

надавач зобов'язується надавати згідно з цим договором, перелік та обсяг яких визначений у додатках 1 і 2 до цього договору.

5. Медична документація — медичні записи, записи про рецепти, записи про направлення, зведені відомості про надані послуги пацієнтам, первинна облікова документація, декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі — декларації).

6. Моніторинг — спостереження, аналіз та систематизація замовником інформації стосовно виконання надавачем умов цього договору з метою забезпечення належної оплати медичних послуг, що надаються згідно з цим договором.

7. Працівник надавача — медичний працівник, який відповідно до законодавства має право надавати медичну допомогу та перебуває з надавачем або залученою особою у трудових відносинах.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і Порядку надання первинної медичної допомоги, затверджених МОЗ, законодавчих актах, що регулюють питання функціонування електронної системи охорони здоров'я (далі — система).

Предмет договору

8. Відповідно до умов цього договору надавач зобов'язується надавати медичні послуги за програмою медичних гарантій пацієнтам, а замовник зобов'язується оплачувати такі послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів.

9. Медичні послуги та спеціальні умови їх надання визначаються у додатках 1 і 2 до цього договору.

10. Медичні послуги надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених МОЗ, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та в місцях надання медичних послуг, що зазначені у додатках 1 і 2 до цього договору.

11. Протягом строку дії цього договору кожне місце надання медичних послуг надавача, місце надання медичних послуг залучених осіб повинне відповідати державним санітарним нормам і правилам, ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики, галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я, вимогам примірних табелів матеріально-технічного оснащення.

12. Надавач несе встановлену законом відповідальність за своєчасність, повноту та якість надання медичних послуг працівниками надавача та залученими особами. Факт порушення встановлених вимог медичного обслуговування населення підтверджується в установленому законодавством порядку.

13. Цей договір є договором на користь третіх осіб — пацієнтів у частині надання їм медичних послуг надавачем.

14. Пацієнт набуває прав на отримання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, згідно з договором з моменту подання надавачеві в установленому законодавством порядку декларації.

15. Пацієнт набуває прав на отримання медичних послуг, пов'язаних з іншими видами медичної допомоги, крім первинної медичної допомоги, згідно з договором з моменту звернення до надавача за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, встановленому МОЗ, або без такого направлення, якщо згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається.

Права та обов'язки сторін

16. Замовник має право:

1) вимагати від надавача належного, своєчасного та у повному обсязі виконання своїх зобов'язань згідно з цим договором;

2) перевіряти відповідність надавача вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення;

3) проводити моніторинг виконання умов договору, зокрема шляхом звірки повноти та достовірності інформації, що внесена у звіт про медичні послуги за договором, з інформацією, що міститься в системі, медичною документацією та іншими даними, що свідчать про надання послуг згідно з цим договором, та у разі виявлення невідповідностей чи порушень умов цього договору здійснювати перерахунок сплачених коштів за звітом про медичні послуги;

4) за результатами моніторингу скласти висновок, до якого в разі виявлення порушень додається довідка із зазначенням відповідних пунктів договору;

5) зупиняти оплату за договором у випадках, встановлених законодавством та цим договором;

6) відмовитись від цього договору в односторонньому порядку у випадках, передбачених цим договором.

17. Замовник зобов'язується:

1) належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати свої зобов'язання згідно з цим договором;

2) проводити на вимогу надавача звірки згідно з цим договором.

18. Надавач має право:

1) вимагати від замовника належного, своєчасного та у повному обсязі виконання ним своїх зобов'язань згідно з цим договором;

2) вимагати проведення звірки за договором.

19. Надавач зобов'язується:

1) належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати свої зобов'язання згідно з цим договором;

2) відповідати вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення;

3) дотримуватися та забезпечити дотримання залученими особами вимог законодавства, зокрема порядків надання медичної допомоги, табелів матеріально-технічного оснащення (в тому числі примірних), галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

4) надавати якісні медичні послуги відповідно до встановлених законодавством вимог;

5) забезпечити захист персональних даних та медичної інформації пацієнтів відповідно до законодавства, в тому числі Закону України "Про захист персональних даних";

6) використовувати для надання медичних послуг лікарські засоби та медичні вироби, що дозволені до застосування в Україні;

7) забезпечити реалізацію пацієнтами їх прав на отримання медичних послуг та відшкодувати збитки, завдані пацієнтам у зв'язку з порушенням вимог цього договору, в тому числі не встановлювати будь-яких обмежень для пацієнтів, що подали такому надавачеві декларації, щодо кількості безоплатних звернень за медичною допомогою та обсягу послуг, які надаються за цим договором;

8) перед наданням медичних послуг з'ясувати та повідомити пацієнту (його законному представнику) про те, чи має такий пацієнт право на отримання медичних послуг за програмою медичних гарантій відповідно до поданих документів, перевірити наявність направлення лікаря (у разі потреби);

9) негайно звернутися до замовника у разі виникнення питань щодо прав пацієнта на отримання медичних послуг згідно з цим договором або інших питань, пов'язаних з виконанням договору;

10) забезпечити надання медичних послуг насамперед усім пацієнтам, які були записані на прийом до лікаря (або в чергу) на отримання медичних послуг згідно з цим договором у визначений день;

11) забезпечити належні умови праці працівникам надавача;

12) подавати на запит замовника копії скарг пацієнтів (за умови знеособлення даних пацієнтів) та документи, які пов'язані з наданням медичних послуг або підтверджують відповідність надавача вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення;

13) своєчасно вносити до системи повну та достовірну інформацію, у тому числі медичну документацію та звіти про медичні послуги;

14) розміщувати в системі, в кожному місці надання медичних послуг та на своєму веб-сайті (у разі наявності) інформацію для пацієнтів про медичні послуги, які пацієнт може отримати у надавача за програмою медичних гарантій, графік роботи надавача, графік роботи місць надання медичних послуг і

медичних працівників та актуальну інформацію про працівників і обладнання надавача;

15) залучати до надання послуг згідно з цим договором тільки тих залучених осіб, інформація про яких внесена до системи;

16) повідомляти пацієнту (його законному представнику) не пізніше ніж через п'ять робочих днів з дня надходження заяви лікуючого лікаря про відмову такого лікаря від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку надавача, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;

17) забезпечити внесення до системи достовірної інформації про надавача, його керівника, медичних працівників, залучених осіб та уповноважених осіб не пізніше наступного робочого дня з дня її зміни;

18) вносити до системи інформацію про припинення трудових відносин з працівником надавача або договірних відносин із залученою особою не пізніше наступного робочого дня з дня настання таких обставин;

19) вносити до системи інформацію про зміну адреси місця надання медичних послуг, графіка надання медичних послуг надавачем, графіка роботи працівників надавача, які надають медичну допомогу згідно з цим договором, контактних даних для запису на прийом до лікаря не пізніше ніж за тиждень до настання таких змін;

20) повідомляти замовнику та пацієнтам про припинення медичної практики або подання заяви про припинення дії цього договору за ініціативою надавача не пізніше ніж за шість тижнів до настання таких обставин та вносити до системи відповідну інформацію;

21) інформувати замовника про заплановані реорганізацію, ліквідацію надавача або про початок процедури банкрутства;

22) не здійснювати без попереднього письмового повідомлення замовнику перепрофілювання та закриття відділень, місць надання медичних послуг;

23) не передавати всі або частину прав та обов'язків за договором третім особам без попередньої письмової згоди замовника;

24) не перешкоджати проведенню моніторингу згідно з цим договором, зокрема надавати документи, що стосуються надання медичних послуг за договором, на підставі яких вносились інформація до системи та формувалася звіт про медичні послуги;

25) повертати замовнику надміру сплачені кошти згідно з цим договором, зокрема у випадках, передбачених пунктами 23, 35 і 38 цього договору.

20. Надавач зобов'язується включити до договорів, що укладаються із залученими особами, умови щодо надання медичних послуг, що забезпечують дотримання залученими особами вимог, передбачених цим договором.

Звітність надавача

21. Надавач зобов'язаний скласти звіт про медичні послуги, в якому зазначається обсяг надання медичних послуг, які підлягають оплаті за звітний період. Звіт про медичні послуги є первинним документом. Звіт про медичні

послуги формується на підставі інформації, що міститься в системі, медичної документації та інших документів, що підтверджують факт надання пацієнтам медичної допомоги відповідно до законодавства.

22. Надавач зобов'язаний подати замовнику звіт про медичні послуги у строки, встановлені у додатках 1 і 2 до цього договору.

Якщо останній день строку подання звіту про медичні послуги припадає на вихідний або святковий день, останнім днем строку подання вважається робочий день, що настає за вихідним або святковим днем.

23. У разі виявлення невідповідностей між даними звіту про медичні послуги та інформацією, що міститься в системі, даними фінансової чи статистичної звітності, медичної документації, оригіналами декларацій, поданих надавачеві, замовник має право подати надавачеві заперечення до звіту про медичні послуги протягом десяти календарних днів з дати його надходження. Надавач зобов'язаний розглянути заперечення та подати уточнений звіт про медичні послуги з усунутими невідповідностями протягом трьох календарних днів з дати їх надіслання замовником.

24. У разі виявлення обставин, що призводять до збільшення або зменшення суми оплати за звітом про медичні послуги за попередні звітні періоди, за умови документального підтвердження таких обставин та узгодження їх сторонами сума оплати у поточному звіті про медичні послуги коригується на відповідну суму зменшення або збільшення суми оплати, що відображається у розділі “розрахунок-коригування”.

Умови, порядок та строки оплати медичних послуг. Ціна договору

25. Замовник зобов'язується оплачувати медичні послуги, що надаються пацієнтам згідно з цим договором, відповідно до тарифу із застосуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів, затверджених у порядку, встановленому Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, інформацію про надання яких надавач належним чином вніс до системи, в межах загальної орієнтовної ціни договору з урахуванням граничної суми оплати у відповідному звітному періоді, якщо така гранична сума зазначена у додатку 2 до цього договору.

26. Оплата медичних послуг згідно з цим договором здійснюється на підставі звіту про медичні послуги надавача протягом десяти календарних днів з дати подання надавачем звіту через систему, а у випадку, передбаченому пунктом 23 цього договору, — з дати подання уточненого звіту про медичні послуги.

27. Попередня оплата медичних послуг згідно з цим договором у випадках, установлених Кабінетом Міністрів України, здійснюється протягом десяти календарних днів на підставі рахунку, поданого надавачем.

28. Якщо останній день оплати медичних послуг припадає на вихідний або святковий день, останнім днем строку такої оплати вважається робочий день, що настає за вихідним або святковим днем.

29. У разі коли протягом звітного періоду надавач втрачає право провадити господарську діяльність з медичної практики або не може надавати медичні послуги з інших підстав, оплата медичних послуг здійснюється тільки за той період, протягом якого надавач медичних послуг мав законне право або можливість їх надавати.

30. Замовник має право зупинити оплату медичних послуг, якщо надавач не надсилає замовнику вчасно звіти про медичні послуги та іншу інформацію, передбачену цим договором, або не вносить медичну документацію до системи, або у разі невиконання обов'язків, передбачених підпунктами 6, 7, 14, 18, 19, 23 і 24 пункту 19 цього договору, до дати усунення відповідних порушень.

31. Надавач не має права вимагати від пацієнтів незаконну винагороду в будь-якій формі, яка є попередньою чи наступною умовою для отримання пацієнтами медичних послуг, що надаються згідно з цим договором, і повинен здійснювати контроль за тим, щоб працівники надавача та залучені особи не вимагали від пацієнтів таку винагороду. Порушення таких вимог є підставою для притягнення до відповідальності надавача у порядку, передбаченому пунктом 37 цього договору.

32. Розрахунки здійснюються в безготівковій формі згідно з цим договором.

33. Загальна орієнтовна ціна договору включає ціну всіх наданих послуг згідно з цим договором та зазначається в додатку (додатках) до цього договору. Загальна орієнтовна ціна договору може бути переглянута сторонами шляхом внесення відповідних змін до цього договору.

Відповідальність сторін

34. У разі невиконання або неналежного виконання сторонами своїх зобов'язань згідно з цим договором вони несуть відповідальність, передбачену законом та цим договором.

35. У разі встановлення за результатами звірки розбіжностей між відомостями, поданими надавачем у звітах про медичні послуги, та інформацією або документами, що містяться в системі, статистичній звітності надавача, документах, які підтверджують надання медичних послуг, медичній документації, а також виявлення декларацій, що подані з порушенням встановленого МОЗ порядку їх подання, або у разі самостійного виявлення фактів надміру сплачених коштів за договором надавач зобов'язаний зменшити суму оплати за звітом про медичні послуги за поточний період на суму надміру сплачених коштів. У разі неможливості подання уточненого звіту про медичні послуги або здійснення перерахунку оплати за звітом про медичні послуги поточного періоду надавач повинен здійснити повернення надміру сплачених коштів протягом п'яти календарних днів з дати отримання відповідної вимоги замовника або самостійного виявлення факту надміру сплачених коштів.

36. У разі надання надавачем медичних послуг, що не відповідають переліку, обсягу або якості медичних послуг, передбачених цим договором, надавач зобов'язаний повернути замовнику кошти, сплачені замовником за надання таких медичних послуг. Повернення замовнику коштів, сплачених за

надання медичних послуг, що не відповідають переліку, обсягу або якості медичних послуг, передбачених цим договором, не звільняє надавача від відшкодування шкоди, заподіяної пацієнту.

37. У разі подання пацієнтом (його законним представником) або іншою заінтересованою особою замовнику скарги про те, що надавач, працівники надавача або залучена особа вимагали від пацієнта винагороду в будь-якій формі за медичні послуги, що повинні бути надані пацієнтам згідно з цим договором, замовник має право надіслати відповідну інформацію до правоохоронних органів. У разі набрання законної сили вироком суду про притягнення працівника надавача або залученої особи до кримінальної відповідальності за порушення права на безоплатну медичну допомогу або у разі наявності інших достатніх підстав вважати, що така вимога мала місце, замовник має право в односторонньому порядку відмовитись від цього договору.

38. У разі коли після оплати за звітом про медичні послуги буде встановлено невідповідність даних звіту про медичні послуги інформації, що міститься в системі, статистичній звітності надавача, документам, які підтверджують надання медичних послуг, деклараціям, іншим фактичним даним про надання медичних послуг, надавач зобов'язаний повернути замовнику надміру сплачені кошти протягом трьох календарних днів з дати надіслання повідомлення замовником. У разі неповернення надміру сплачених коштів замовник має право відповідно зменшити суму оплати у наступних звітних періодах.

Розв'язання спорів

39. Спори між сторонами розв'язуються шляхом ведення переговорів або в судовому порядку.

Форс-мажорні обставини (обставини непереборної сили)

40. Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань згідно з цим договором, якщо таке невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, що виникли після укладення цього договору, які не могли бути передбачені чи попереджені сторонами.

41. Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативно-правовими актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна загроза такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів, закриття морських проток,

заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо.

42. У разі виникнення обставин, визначених у пункті 41 цього договору, сторона, яка зазнала їх впливу, повинна негайно за допомогою будь-яких доступних засобів повідомити про такі обставини іншій стороні у максимально стислий строк шляхом надіслання письмового повідомлення про настання таких обставин. Повідомлення про обставини непереборної сили повинне містити вичерпну інформацію про природу обставин непереборної сили, час їх настання та оцінку їх впливу на можливість сторони виконувати свої зобов'язання згідно з цим договором та на порядок виконання зобов'язань згідно з цим договором у разі, коли це можливо.

43. У разі коли дія обставин, визначених у пункті 41 цього договору, припиняється, сторона, яка зазнала їх впливу, зобов'язана негайно, але в будь-якому випадку в строк не пізніше 24 годин з моменту, коли сторона дізналась або повинна була дізнатися про припинення зазначених обставин, письмово повідомити іншій стороні про їх припинення. У такому повідомленні повинні міститись інформація про час припинення дії таких обставин та строк, протягом якого сторона виконає свої зобов'язання за договором.

44. Наявність та строк дії обставин непереборної сили підтверджуються Торгово-промисловою палатою України та уповноваженими нею регіональними торгово-промисловими палатами.

45. У разі коли сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, не надіслала або несвоєчасно надіслала повідомлення про обставини непереборної сили, як це визначено у пункті 42 цього договору, така сторона втрачає право посилаючись на обставини непереборної сили як на підставу для звільнення від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань згідно з цим договором.

46. У разі коли дія обставин, зазначених у пункті 41 цього договору, триває більше ніж 30 календарних днів, кожна із сторін має право розірвати договір та не несе відповідальності за таке розірвання за умови, що вона повідомить про це іншій стороні не пізніше ніж за десять календарних днів до розірвання договору.

Строк дії договору

47. Цей договір вважається укладеним та набирає чинності з дати його підписання обома сторонами, але не раніше дати встановлення в кошторисі відповідного бюджетного асигнування для замовника на відповідний рік.

48. Цей договір діє з _____ до _____ року. Строк дії договору може бути продовжений за згодою сторін не більше ніж на три місяці.

49. Надавач зобов'язаний надавати пацієнтам медичні послуги протягом строку дії цього договору.

Дострокове припинення дії договору

50. Дія цього договору може бути достроково припинена на підставах, передбачених законом та цим договором.

51. Одностороння відмова надавача від договору не допускається, крім випадків, передбачених цим договором та законом.

52. Замовник має право відмовитися від договору в односторонньому порядку в разі:

1) анулювання або закінчення строку дії ліцензії надавача чи строку використання правонаступником ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або інших ліцензій чи дозволів, що необхідні для надання медичних послуг згідно з цим договором;

2) невідповідності надавача вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення;

3) отримання висновків, складених в установленому законодавством порядку, якими підтверджується вчинення більше трьох порушень надавачем галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я протягом строку дії цього договору;

4) допущення надавачем до надання медичних послуг згідно з цим договором залучених осіб, які не мають ліцензії на провадження відповідного виду господарської діяльності, залучення до надання медичної допомоги осіб, які не мають права надавати таку допомогу, а також тих, відомості про яких не внесені до системи;

5) систематичного (більше трьох разів протягом строку дії цього договору) порушення надавачем своїх обов'язків щодо внесення до системи медичної документації та інформації, зокрема про зміну режиму роботи надавача, адресу місця надання медичних послуг, графіка надання медичних послуг надавачем, графіка роботи працівників надавача, які надають медичну допомогу, обладнання;

6) подання замовнику або внесення до системи завідомо недостовірних відомостей про наявне у надавача матеріально-технічне оснащення (в тому числі обладнання) для надання медичних послуг згідно з договором, перелік працівників та залучених осіб надавача, графік їх роботи, подані надавачеві декларації, інших даних;

7) у випадку, передбаченому пунктом 37 цього договору.

53. За наявності підстав, визначених у пункті 52 цього договору, дія договору припиняється через 14 календарних днів з дати надіслання надавачеві відповідного письмового повідомлення замовником про односторонню відмову від цього договору.

54. Сторони мають право вимагати дострокового розірвання цього договору у випадках, передбачених законом.

55. Розірвання або відмова від цього договору не потребує отримання попередньої (до розірвання) чи подальшої згоди пацієнтів (їх законних представників).

Прикінцеві положення

56. Будь-які зміни та доповнення до цього договору вважаються чинними та обов'язковими для сторін за умови, що вони внесені до системи та скріплені електронними підписами обох сторін з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг.

Будь-які зміни та доповнення до інформації, внесеної до системи, вчиняються з використанням електронних підписів уповноважених осіб сторін.

57. Внесення будь-яких змін та доповнень до цього договору не потребує попередньої (до внесення змін або доповнень) чи подальшої згоди пацієнтів (їх законних представників).

58. Сторони визнають та підтверджують, що інформація та документи, внесені до системи уповноваженими особами сторін, становлять невід'ємну частину цього договору, є повними та достовірними на дату їх внесення до системи, правомірно отримані, використані або поширені сторонами, не порушують прав та законних інтересів пацієнтів, інших фізичних та юридичних осіб.

59. Сторони несуть повну відповідальність за повноту та достовірність інформації, зазначеної у договорі та системі, та ризик настання несприятливих наслідків у разі неповідомлення іншій стороні про зміну такої інформації.

60. Усі додатки до цього договору є його невід'ємною частиною.

Реквізити сторін

Надавач

Замовник

Місцезнаходження _____
Код згідно з ЄДРПОУ або реєстраційний
номер облікової картки платника
податків (чи серія та/або номер паспорта
для осіб, які через свої релігійні
переконання відмовилися від прийняття
реєстраційного номера облікової картки
платника податків і повідомили про це
відповідному контролюючому органу)
фізичної особи — підприємця

МФО _____
Розрахунковий рахунок _____

(найменування посади, прізвище, ім'я та
по батькові)

Місцезнаходження _____
Код згідно з ЄДРПОУ _____

Реквізити рахунку _____

(найменування посади, прізвище, ім'я та
по батькові)

(підпис)

(підпис)

СПЕЦІАЛЬНІ УМОВИ
надання медичних послуг, пов'язаних з
первинною медичною допомогою

1. Надавач зобов'язується надавати згідно з договором медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою, що визначені в Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ (далі — Порядок), у місцях надання послуг за такими адресами:

№	Місце надання медичних послуг	Адреса місця надання медичних послуг

2. Надавач зобов'язується під час надання медичних послуг згідно з договором дотримуватися галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема: _____.

3. Надавач зобов'язується вносити медичні записи, записи про направлення та рецепти до системи у порядку, встановленому МОЗ. У разі порушення надавачем порядку внесення медичних записів, записів про направлення та рецепти до системи, замовник має право зупиняти оплату за договором.

4. Звітним періодом є один календарний місяць. Надавач зобов'язаний подати звіт про медичні послуги до 5 числа звітного періоду.

У звіті про медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, повинна бути зазначена кількість пацієнтів, які подали в установленому МОЗ порядку надавачеві декларації станом на 1 число звітного періоду із зазначенням вікових груп та інших критеріїв, що впливають на застосування коригувальних коефіцієнтів.

5. Надавач зобов'язується забезпечити:

1) своєчасне застосування методів профілактики, зокрема профілактичні огляди та направлення на проведення необхідних досліджень згідно з Порядком, своєчасне та у повному обсязі проведення профілактичних щеплень відповідно до календаря профілактичних щеплень в Україні;

2) надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, після закінчення часу прийому пацієнтів, а також у вихідні, святкові та неробочі дні відповідно до Порядку;

3) можливість отримати пацієнтам послуги згідно із зазначеним в системі графіком;

4) технічну можливість запису пацієнтів у чергу на прийом до медичних працівників чи для отримання інших медичних послуг за телефоном або в електронній формі.

6. Загальна орієнтовна ціна договору в частині надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, становить _____ гривень. Сторони можуть час від часу переглядати загальну орієнтовну ціну договору з внесенням відповідних змін до нього.

7. Тарифи та коригувальні коефіцієнти визначаються відповідно до законодавства.

8. Сума оплати за звітний період визначається як 1/12 добутку кількості пацієнтів, що подали надавачеві декларації станом на 1 число звітного періоду згідно з інформацією, що міститься у системі, та застосовних тарифів і коригувальних коефіцієнтів.

9. Інші умови: _____.

Додаток 2
до договору

СПЕЦІАЛЬНІ УМОВИ **надання медичних послуг, пов'язаних з** **вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою**

1. Надавач зобов'язується надавати згідно з договором такі медичні послуги, пов'язані з вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою:

1) медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги:

Номер	Код медичної послуги або групи послуг	Назва медичної послуги або групи послуг	Адреса місця надання медичних послуг	Запланована кількість медичних послуг*	Запланована вартість медичних послуг, гривень**
1					
2					

Запланована вартість медичних послуг амбулаторно-поліклінічної допомоги _____ гривень, у тому числі _____;

2) медичні послуги стаціонарної допомоги:

Номер	Код медичної послуги або діагностично спорідненої групи	Назва послуги або діагностично спорідненої групи	Адреса місця надання медичних послуг	Запланована кількість медичних послуг*	Запланована вартість медичних послуг, гривень**
1					
2					

Запланований середній індекс структури випадків ____ (зазначається у разі застосування такого індексу до відповідного тарифу).

Запланована вартість медичних послуг стаціонарної допомоги _____ гривень, у тому числі _____.

2. Загальна орієнтовна ціна договору в частині надання медичних послуг, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою, становить _____ гривень.

Сторони можуть протягом строку договору переглядати ціну договору з внесенням відповідних змін до нього.

3. Звітним періодом згідно з цим додатком до договору є календарний місяць.

Надавач подає звіт про медичні послуги до 5 числа наступного за звітним місяця, крім грудня. У звіті про медичні послуги відображаються усі послуги за договором, про надання яких станом на 23 годину 59 хвилин останнього числа звітного періоду внесено інформацію до електронної системи охорони здоров'я (далі — система).

Звіт про медичні послуги за грудень подається до 23 грудня та повинен містити дані про надані послуги, інформація про які внесена до системи станом на 23 годину 59 хвилин 20 грудня. Послуги, надані після 20 грудня, включаються у звіт про медичні послуги за січень наступного року відповідно до умов договору.

У разі здійснення авансування надавач подає звіт про медичні послуги протягом одного робочого дня після закінчення строку надання відповідних послуг.

Разом із звітом про медичні послуги надавач подає рахунок, в якому відображається сума до сплати за звітний період, за вирахуванням сплаченої попередньої оплати за такі послуги. У разі здійснення авансування у рахунку також зазначається сума авансу на наступний звітний період.

4. Гранична сума оплати за надані медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги за відповідний місяць становить***:

Критерії, за якими встановлено граничну суму оплати:	
(усі або окремі медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги, або група послуг із зазначенням інформації про те, чи встановлена гранична сума оплати для надавача загалом або окремого місця надання медичних послуг)	
Місяць	Гранична сума оплати, гривень
Січень	
Лютий	
Березень	
Квітень	
Травень	
Червень	
Липень	
Серпень	
Вересень	
Жовтень	
Листопад	
Грудень	

5. Гранична сума оплати за надані медичні послуги стаціонарної допомоги становить***:

Критерії, за якими встановлено граничну суму оплати	
(усі або окремі послуги стаціонарної допомоги, або послуги за окремою діагностично спорідненою групою із зазначенням інформації про те, чи встановлена гранична сума оплати для надавача загалом або окремого місця надання медичних послуг)	
Місяць	Гранична сума оплати, гривень
Січень	
Лютий	
Березень	
Квітень	
Травень	
Червень	
Липень	
Серпень	
Вересень	
Жовтень	
Листопад	
Грудень	

6. У разі коли протягом трьох місяців підряд ціна наданих медичних послуг вища або менша на 10 відсотків запланованої вартості медичних послуг за відповідний квартал, на вимогу замовника сторони повинні підписати договір про внесення змін до договору, в якому визначити скориговані орієнтовну ціну договору, заплановану вартість послуг та граничні суми оплати на наступні місяці. У разі ухилення надавача від підписання договору про внесення змін до договору стосовно коригування ціни договору замовник має право призупинити оплату послуг за договором.

7. Надавач зобов'язується:

1) під час надання медичних послуг дотримуватися відповідних порядків надання медичної допомоги та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема _____;

2) щотижня подавати зведену відомість щодо медичних послуг стаціонарної допомоги, складену на підставі карт пацієнтів, які вибули із стаціонару (форма № 066/о), стосовно пролікованих випадків за попередній тиждень;

3) надсилати на запит замовника замовнику копії електронних карт пацієнтів, які вибули із стаціонару (форма № 066/о), яким були надані медичні послуги згідно з договором, з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних";

4) вносити медичні записи, записи про направлення і рецепти до системи у порядку, встановленому законодавством;

5) забезпечити можливість отримання пацієнтами послуг згідно з графіком, зазначеним в системі;

6) забезпечити технічну можливість запису пацієнтів у чергу для отримання медичних послуг за телефоном або в електронній формі.

8. Надавач комунальної форми власності зобов'язаний не рідше ніж раз на квартал, до 20 числа місяця, що настає за звітним кварталом, надавати замовнику в електронній формі звіт про доходи та витрати надавача, а саме:

доходи: оплата за договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з НСЗУ, інші надходження з державного та місцевих бюджетів, дохід від надання медичних послуг за кошти фізичних і юридичних осіб, дохід від надання майна в оренду, благодійна допомога, вартість лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичних виробів, лікувального харчування, отриманих за рахунок централізованих закупівель МОЗ, інші надходження;

поточні видатки: оплата праці і нарахування на заробітну плату, придбання товарів і послуг із зазначенням їх видів, оплата комунальних послуг та енергоносіїв, інші видатки;

капітальні видатки: придбання обладнання і предметів довгострокового користування, капітальний ремонт, реконструкція і реставрація.

9. Тарифи та коригувальні коефіцієнти визначаються відповідно до законодавства.

10. Інші умови: _____.

*Заповнюється у разі потреби для окремих медичних послуг, груп послуг або для всіх медичних послуг разом. У разі оплати медичних послуг за глобальною ставкою зазначається "глобальна ставка".

**Заповнюється у разі потреби.

***Заповнюється у разі потреби. Додається необхідна кількість таблиць."



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

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

№ 1424-18
від "29" 12 2018 р.
на № _____
від " " 20 р.

Зкладам охорони здоров'я, які
надають первинну медичну
допомогу

Щодо змін у законодавстві, які
стосуються оптимального обсягу
практики первинної медичної допомоги

У зв'язку із прийняттям 18.12.2018 року Кабінетом Міністрів України постанови № 1117 Національна служба здоров'я надсилає роз'яснення з приводу особливостей оплати за надання медичних послуг з первинної медичної допомоги (далі – ПМД) у 2019 році.

1. Щодо лімітів (оптимального обсягу практики)

Вищезазначеною постановою затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на 2019 рік (далі – Порядок). У цьому Порядку, зокрема, визначено:

- тарифи;
- вікові коефіцієнти;
- коефіцієнт для надавачів, які розташовані у гірських населених пунктах.

Також Порядок вводить поняття ліміту та встановлює коефіцієнти, які застосовуються до тарифу на оплату за «понадлімітні» декларації. Так, ліміт – це оптимальний обсяг практики (ООП), визначений у Порядку надання ПМД, затвердженому наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504. Ліміти у 2019 році залишаться незмінними: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики - сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра.

Звертаємо Вашу увагу, що для лікаря, який працює за кількома спеціальностями, в тому числі у кількох надавачів, ліміт завжди дорівнює найменшому ліміту за спеціальністю з тих, за якими працює лікар, незалежно від того, чи мають договір з НСЗУ надавачі, у яких працює лікар:

Сімейний лікар + терапевт = 1800

Сімейний лікар + педіатр = 900

Терапевт + педіатр = 900

Терапевт + педіатр + сімейний лікар = 900

Для лікаря, який працює більше, ніж у одного надавача, для порівняння з лімітом використовується загальна кількість декларацій про вибір цього лікаря, поданих усім надавачам, у яких цей лікар працює – незалежно від спеціальності лікаря та наявності у цих надавачів договору з НСЗУ.

Наприклад, лікар працює одночасно в центрі ПМСД як сімейний лікар та у приватній клініці як терапевт. Ліміт цього лікаря – 1800. Центр ПМСД має договір з НСЗУ, а приватна клініка не має. В центрі ПМСД такого лікаря обрали 1200 пацієнтів, а у приватній клініці – 1000, всього – 2200, таким чином перевищення ліміту складає $2200 - 1800 = 400$ декларацій.

2. Як знати, починаючи з якої декларації ліміт вважається перевищеним?

Наголошуємо, що при розрахунках для оплати враховується **кількість** декларацій. Тому не має значення, чи кожна конкретна декларація є «до-лімітною» чи «понад-лімітною». Розподіл декларацій на ті, що в межах ліміту і ті, що поза лімітом, відбувається як вказано нижче.

1) Розраховується різниця між лімітом (найменший ООП за усіма спеціальностями, щодо яких у лікаря є активні декларації) та загальною кількістю декларацій, поданих усім надавачам, у яких працює лікар.

Для прикладу вище, ця різниця складає 400 декларацій – саме вони вважаються такими, що укладені понад ліміт.

2) Визначається розподіл цієї різниці за віковими групами (для врахування вікових коефіцієнтів). При цьому враховується наявне співвідношення між деклараціями пацієнтів різних вікових груп.

Для прикладу, якщо у педіатра 30% декларацій – це група до 5 років, а 70% декларацій – група 6–17 років, то 30% понадлімітних декларацій будуть вираховані з групи до 5 років, а 70% – з групи 6–17 років.

3) Для понадлімітних декларацій, розподілених за віковими групами, визначається відсоток перевищення ООП (для врахування коригувального коефіцієнту). У випадку, якщо це перевищення в межах 10%, всі декларації будуть оплачені без зменшення тарифу. Якщо це перевищення від 10%+1 декларація до 20%, то кількість декларацій, які потрапляють у ці межі, буде оплачена із застосуванням коригувального коефіцієнту 0,8 і так далі, відповідно до затверджених Порядком коефіцієнтів.

Реальний приклад: сімейний лікар, у якого 2595 декларацій при ліміті 1800

Лікар	Статус гірського	Вікова група	Деклар ації у віковій групі	Всі декларац ії лікаря	Оптималь ний обсяг практики	Кількість декларацій в обсязі практики по відношенню до оптимального						
						в ліміті (до 100%)	від 100%+1 до 110%	від 110%+1 до 120%	від 120%+1 до 130%	від 130%+1 до 140%	від 140%+1 до 150%	понад 150%
Сімейний лікар 1	ні	06-17	445	2595	1800	309	31	31	31	31	12	0
	так		0			0	0	0	0	0	0	
	ні	0-5	219			152	15	15	15	15	7	0
	так		0			0	0	0	0	0	0	
	ні	18-39	601			417	42	42	42	42	16	0
	так		0			0	0	0	0	0	0	
	ні	40-64	808			560	56	56	56	56	24	0
	так		0			0	0	0	0	0	0	
	ні	65+	522			362	36	36	36	36	16	0
	так		0			0	0	0	0	0	0	
Сума декларацій в практиці по відношенню до оптимального						1800	180	180	180	180	75	0

3. Щодо особливостей оплати

З 1 січня за декларації, укладені понад встановлені ліміти, оплата буде здійснюватися із застосуванням «понижувальних» коефіцієнтів. При цьому за перевищення ліміту до 10% понижувальні коефіцієнти не застосовуватимуться.

Якщо ліміт буде перевищено на 10% + 1 декларація, то до тарифу (370 грн.) буде застосовуватися понижувальний коефіцієнт 0,8 до рівня перевищення 20%.

Повну інформацію про розміри понижувальних коефіцієнтів подано нижче.

Рівень перевищення ліміту	Кое фіцієнт
Від 110 відсотків + 1 декларація до 120 відсотків включно	0,8
Від 120 відсотків + 1 декларація до 130 відсотків включно	0,6
Від 130 відсотків + 1 декларація до 140 відсотків включно	0,4
Від 140 відсотків + 1 декларація до 150 відсотків включно	0,2
Від 150 відсотків + 1 декларація і всі наступні	0

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

Приклади розрахунків

Педіатр

Обсяг практики по відношенню до оптимального	Коригувальний коефіцієнт	Віковий коефіцієнт	Вікова група	Розподіл декларацій	Вартість обслуговування за 1 декларацією на рік			
					Не гірський		Гірський	
					Тариф	Гривень	Тариф	Гривень
до 100%	1	4	0-5 років	до 900	370×4×1	1 480,00	370×4×1×1,25	1 850,00
		2,2	6-17 років		370×2,2×1	814,00	370×2,2×1×1,25	1 017,50
від 100%+1 до 110%	1	-		901 - 990	370×1	370,00	370×1×1,25	462,50
від 110%+1 до 120%	0,8	-		991 - 1080	370×0,8	296,00	370×0,8×1,25	370,00
від 120%+1 до 130%	0,6	-		1081 - 1170	370×0,6	222,00	370×0,6×1,25	277,50
від 130%+1 до 140%	0,4	-		1171 - 1260	370×0,4	148,00	370×0,4×1,25	185,00
від 140%+1 до 150%	0,2	-		1261 - 1350	370×0,2	74,00	370×0,2×1,25	92,50
понад 150%	0	-		понад 1350	370×0	0,00	370×0×1,25	0,00

Сімейний лікар

Обсяг практики по відношенню до оптимального	Коригувальний коефіцієнт	Віковий коефіцієнт	Вікова група	Розподіл декларацій	Вартість обслуговування за 1 декларацією на рік			
					Не гірський		Гірський	
					Тариф	Гривень	Тариф	Гривень
до 100%	1	4	0-5 років	до 1800	370×4×1	1 480,00	370×4×1×1,25	1 850,00
		2,2	6-17 років		370×2,2×1	814,00	370×2,2×1×1,25	1 017,50
		1	18-39 років		370×1×1	370,00	370×1×1×1,25	462,50
		1,2	40-64 років		370×1,2×1	444,00	370×1,2×1×1,25	555,00
		2	понад 65 років		370×2×1	740,00	370×2×1×1,25	925,00
від 100%+1 до 110%	1	-		1801 - 1980	370×1	370,00	370×1×1,25	462,50
від 110%+1 до 120%	0,8	-		1981 - 2160	370×0,8	296,00	370×0,8×1,25	370,00
від 120%+1 до 130%	0,6	-		2161 - 2340	370×0,6	222,00	370×0,6×1,25	277,50
від 130%+1 до 140%	0,4	-		2341 - 2520	370×0,4	148,00	370×0,4×1,25	185,00
від 140%+1 до 150%	0,2	-		2521 - 2700	370×0,2	74,00	370×0,2×1,25	92,50
понад 150%	0	-		понад 2700	370×0	0,00	370×0×1,25	0,00

Терапевт

Обсяг практики по відношенню до оптимального	Коригувальний коефіцієнт	Віковий коефіцієнт	Вікова група	Розподіл декларацій	Вартість обслуговування за 1 декларацією на рік			
					Не гірський		Гірський	
					Тариф	Гривень	Тариф	Гривень
до 100%	1	1	18-39 років	до 2000	370×1×1	370,00	370×1×1,25	462,50
		1,2	40-64 років		370×1,2×1	444,00	370×1,2×1,25	555,00
		2	понад 65 років		370×2×1	740,00	370×2×1,25	925,00
від 100%+1 до 110%	1	-	-	2001 - 2200	370×1	370,00	370×1×1,25	462,50
від 110%+1 до 120%	0,8	-	-	2201 - 2400	370×0,8	296,00	370×0,8×1,25	370,00
від 120%+1 до 130%	0,6	-	-	2401 - 2600	370×0,6	222,00	370×0,6×1,25	277,50
від 130%+1 до 140%	0,4	-	-	2601 - 2800	370×0,4	148,00	370×0,4×1,25	185,00
від 140%+1 до 150%	0,2	-	-	2801 - 3000	370×0,2	74,00	370×0,2×1,25	92,50
понад 150%	0	-	-	понад 3000	370×0	0,00	370×0×1,25	0,00

4. Висновок

З другої половини січня 2019 року запитів до НСЗУ стосовно збільшення лімітів надсилати не потрібно; електронна система дозволить реєструвати декларації понад встановлені ліміти. Керівництво закладу вправі самостійно приймати рішення щодо того, якій кількості пацієнтів той чи інший лікар може надати якісні медичні послуги з урахуванням особливостей обслуговування населення різного віку, їхніх потреб у медичній допомозі, тривалості типового прийому та загальної частоти звернень.

Водночас, нагадуємо, що відповідно до умов договору про медичне обслуговування надавач зобов'язується надавати медичні послуги з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, перелік яких визначено наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504. НСЗУ, в свою чергу, оплачує надання таких послуг і має право вживати заходів щодо перевірки дотримання надавачем умов договору.

Зважаючи на прийняте Урядом рішення, з метою забезпечення можливості лікарям надавати якісні медичні послуги своїм пацієнтам, просимо враховувати положення Порядку та цього роз'яснення при плануванні та організації надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які обрали лікарів у Вашому закладі охорони здоров'я.

Голова

Ірина Жигінас (044) 426-67-77



О. ПЕТРЕНКО



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

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

№ 453/2-10-19
від "08" 02 2019 р.
на № _____
від " " _____ 20 р.

Закладам охорони здоров'я, що
надають первинну медичну
допомогу

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ), як розпорядник Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та володілець відомостей, які у ньому містяться, на численні запити закладів охорони здоров'я та з метою вирішення питання щодо поданих декларацій закладам, у яких відбулась реорганізація, повідомляє наступне.

Відповідно до підпункту 3 пункту 1 розділу IV Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ від 19.03.2018 № 503 (далі – Порядок), підставою для припинення декларації про вибір лікаря, зокрема, є внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань запису про припинення юридичної особи, яка є надавачем ПМД, або про припинення підприємницької діяльності ФОП, яка є надавачем ПМД, крім випадків реорганізації юридичної особи.

Разом з тим, відповідно до пункту 3 розділу IV Порядку, у разі реорганізації юридичної особи - надавача ПМД декларації, подані такому надавачу ПМД до реорганізації, не припиняються, а залишаються чинними і вважаються поданими юридичній особі - правонаступнику за умови збереження відповідних правовідносин з лікарем, який був обраний пацієнтом.

А тому, для прийняття рішення про перенесення поданих декларацій щодо конкретного закладу, необхідно надати до НСЗУ наступні документи:

1. Заяву про перенесення декларацій (форма додатку №1).
2. Копію рішення власника про реорганізацію, у якому міститься інформація про юридичних осіб, правонаступником яких є заявник та/або інші документи, які підтверджують правонаступництво.
3. Підтвердження щодо збереження відповідних трудових правовідносин з лікарем, який був обраний пацієнтом за декларацією (наказ про прийняття на роботу у зв'язку із переведенням).
4. Лист від власника закладу, з переліком усіх закладів охорони здоров'я, які надають ПМД на території обслуговування закладу.

Разом з тим зазначаємо, що правонаступництво може бути підтверджене:

- відповідним рішенням власника про визначення правонаступника;
- відомостями у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб,

фізичних осіб-підприємців та громадських формувань щодо юридичних осіб, правонаступником яких є заявник;

- витягом зі статуту, який містить інформацію про юридичних осіб, правонаступником яких є заявник.

Заява та додатки до неї надсилаються керівником реорганізованого закладу до НСЗУ одним із способів:

- на електронну адресу НСЗУ (dohovir@nszu.gov.ua) у форматі DOC, DOCX або PDF із накладеним електронного підпису/електронного цифрового підпису уповноваженої особи закладу охорони здоров'я;

- в паперовій формі за адресою 04073, м. Київ, проспект Степана Бандери, 19. При цьому заява має бути заповнена в електронному вигляді, роздрукована та підписана керівником медичного закладу.

Звертаємо увагу, що обов'язковою умовою перенесення декларацій є підтвердження інформації про правонаступництво, реєстрація реорганізованого закладу в медичній інформаційній системі та реєстрація лікарів, декларації яких потрібно перенести.

Додаток: 1 арк. 1 прим.

Голова



О. ПЕТРЕНКО

Національна служба здоров'я України

Заявника:

*[повна назва закладу охорони здоров'я,
код ЄДРПОУ]*

[далі – Заявник]

Заява

Прошу перенести декларації (зазначити повну назву медичного закладу та його код згідно ЄДРПОУ) в реорганізований заклад (зазначити повну назву медичного закладу та його код згідно ЄДРПОУ) у зв'язку з (причина автоматичного перенесення декларацій) для лікарів (зазначити ПІБ лікаря, кількість декларацій, яких необхідно перенести).

(Дата)

(Підпис)

(ПІБ керівника)



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, (044) 221-08-21, код згідно з ЄДРПОУ 42032422
e-mail: info@nszu.gov.ua

№ 994-18
від "02" 11 2018 р.
на № _____
від "____" _____ 20__ р.

Користувачам електронної системи
охорони здоров'я
(фізичним та юридичним особам)

*Щодо подання заяв про внесення
змін до інформації, що міститься в
електронній системі охорони здоров'я*

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) надає рекомендовану форму заяви для припинення декларації про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, та зміну даних про метод автентифікації пацієнта (номер телефону), а також перелік документів – додатків до заяви.

Заява та додатки до неї подаються закладом охорони здоров'я або пацієнтом (його законним представником) до НСЗУ шляхом надсилання листа одним із засобів (на вибір):

- на електронну адресу НСЗУ (info@nszu.gov.ua) одним файлом у форматі DOC, DOCX або PDF із накладеним ЕЦП уповноваженої особи закладу охорони здоров'я або пацієнта (його законного представника);
- в паперовій формі на адресу НСЗУ (04073, м. Київ, проспект Степана Бандери, 19). При цьому заява має бути заповнена в електронному вигляді, роздрукована та підписана власноручним підписом заявника.

Форму заяви можна завантажити на веб-сайті НСЗУ www.nszu.gov.ua.

Разом з цим інформуємо, що у разі наявності запитань щодо подання заяви та додатків до неї радимо звертатися до контактного центру НСЗУ за номером телефону 1677.

Додаток: форма заяви на 1 аркуші

Голова

О. ПЕТРЕНКО

Національна служба здоров'я України

Заявника:

[повна назва закладу охорони здоров'я
або П.І.Б. фізичної особи – підприємця,
код ЄДРПОУ / РНОКПП]

або

[П.І.Б. фізичної особи (пацієнта або його
законного представника)]

(далі – Заявник)

Заява

Цією заявою Заявник звертається до НСЗУ для (необхідне вибрати):

Є припинення декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги

Є зміну даних про метод автентифікації пацієнта (номер телефону)

Декларація в електронній системі охорони здоров'я зареєстрована на ім'я:

Прізвище, ім'я та по батькові пацієнта повністю	
Дата народження пацієнта (число, місяць, рік)	
Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для дітей – серія та номер свідоцтва про народження)	
Контактний номер телефону пацієнта (за наявності)	
Номер декларації пацієнта (якщо відомо)	
Прізвище, ім'я та по батькові (повністю) лікаря, якому подано декларацію пацієнтом (якщо відомо)	
Спеціальність лікаря, якому подано декларацію пацієнтом (якщо відомо)	
Причини подання заяви:	

Додатки:

копія заяви пацієнта (його законного представника) у довільній формі -- у разі якщо заявник -- заклад охорони здоров'я

копія паспорта або іншого документа, що посвідчує особу пацієнта (всі заповнені сторінки);

копія ПІН пацієнта (за наявності);

копії документів, що посвідчують законного представника пацієнта – у разі якщо заявник – законний представник пацієнта.)

[Посада та П.І.Б представника закладу охорони
здоров'я (П.І.Б. фізичної особи – підприємця)]
або

[П.І.Б. фізичної особи (пацієнта або його
законного представника)]

[Дата]

[Підпис]

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 25 квітня 2018 р. № 411

Деякі питання електронної системи охорони здоров'я

Відповідно до статті 11 Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет Міністрів України **постановляє:**

1. Затвердити такі, що додаються:

Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я;

Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я.

2. Установити, що передбачені Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженим цією постановою, функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я впроваджуються відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”. З дня набрання чинності цією постановою функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я поступово впроваджуються для реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на рівні первинної медичної допомоги.

3. Установити, що до моменту запровадження електронної взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з державними електронними інформаційними ресурсами розпорядники таких ресурсів подають на запити Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я інформацію в електронній формі, що міститься у відповідних державних інформаційних ресурсах та необхідна для функціонування електронної системи охорони здоров'я, протягом 10 робочих днів з моменту надходження таких запитів з дотриманням вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

4. Внести до постанов Кабінету Міністрів України зміни, що додаються.

5. Визнати такою, що втратила чинність, постанову Кабінету Міністрів України від 6 червня 2012 р. № 546 “Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів” (Офіційний вісник України, 2012 р., № 47, ст. 1832).

6. Міністерству охорони здоров'я:

розробити повну архітектуру та нормативно-правові акти, необхідні для функціонування електронної системи охорони здоров'я в рамках реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на рівні вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та інших видів медичної допомоги відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”;

забезпечити створення, функціонування, фінансування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та передачу Національній службі здоров'я до 1 січня 2019 р. майнових прав на програмне забезпечення центральної бази даних;

забезпечити включення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я даних, що містяться в електронній системі обміну медичною інформацією,

створений на підставі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 (Офіційний вісник України, 2017 р., № 2, ст. 50), та плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821, а також верифікацію відповідних даних;

забезпечити створення комплексної системи захисту інформації з підтвердженою відповідністю центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Прем'єр-міністр України

В.ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України
від 25 квітня 2018 р. № 411

ПОРЯДОК

функціонування електронної системи охорони здоров'я

Загальна частина

1. Цей Порядок визначає механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".

2. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

1) автентифікація - електронна процедура, яка дає змогу підтвердити електронну ідентифікацію фізичної та юридичної особи, інформаційної або інформаційно-телекомунікаційної системи чи походження та цілісність електронних даних;

2) верифікація - комплекс заходів з порівняння, встановлення відповідності та підтвердження відомостей, що містяться у центральній базі даних, з відомостями, отриманими від органів державної влади, відомостями з державних електронних інформаційних ресурсів, іншими даними;

3) електронна ідентифікація - процедура використання ідентифікаційних даних особи в електронній формі, які однозначно визначають фізичну та юридичну особу або представника юридичної особи;

4) електронна медична інформаційна система - інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, у тому числі з центральною базою даних (у разі підключення);

5) електронний кабінет - персоніфікована веб-сторінка або інтерфейс, за допомогою якого користувач відповідно до його прав доступу має можливість створювати, переглядати, обмінюватися інформацією та документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до цього Порядку;

6) користувачі - фізичні та юридичні особи, які зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я і мають права доступу відповідно до цього Порядку;

7) медична інформація - інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, у тому числі відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта;

8) місце надання медичних послуг - фактична адреса провадження суб'єктом господарювання у сфері охорони здоров'я господарської діяльності з медичної практики, за якою особам, на яких розповсюджуються державні гарантії медичного обслуговування населення згідно із Законом України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" (далі - пацієнти), надаються медичні послуги;

9) оператор - юридична особа або фізична особа - підприємець, що є власником електронної медичної інформаційної системи або розпорядником електронної медичної інформаційної системи з правом підключення такої системи до центральної бази даних на підставі договору з власником електронної медичної інформаційної системи;

10) центральна база даних - програмно-апаратний комплекс, який містить передбачені цим Порядком реєстри, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами та електронними медичними інформаційними системами, а також модулями НСЗУ.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", "Про інформацію", "Про захист персональних даних", "Про захист інформації у інформаційно-телекомунікаційних системах", "Про електронні документи та електронний документообіг", "Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус", інших законодавчих актах.

3. До складу електронної системи охорони здоров'я входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

4. НСЗУ забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я та веб-сайту, на якому розміщується інформація про електронну систему охорони здоров'я (далі - веб-сайт системи).

5. Власником центральної бази даних, у тому числі майнових прав на програмне забезпечення центральної бази даних, є держава у особі НСЗУ.

Розпорядником Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та володільцем їх відомостей є МОЗ.

Розпорядником інших реєстрів та володільцем їх відомостей та іншої інформації у центральній базі даних є НСЗУ, якщо інше не визначено законодавством.

6. Адміністратором центральної бази даних є державне підприємство "Електронне здоров'я" (далі - адміністратор).

Завдання та функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я

7. Завданням електронної системи охорони здоров'я є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій), автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною

інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

8. Функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я повинні забезпечувати:

1) можливість реєстрації користувачів у центральній базі даних, у тому числі з використанням засобів електронної ідентифікації;

2) розмежування прав користувачів на внесення, перегляд інформації у центральній базі даних, внесення змін та доповнень до неї (далі - права доступу);

3) можливість створення, внесення, перегляду та обміну деклараціями про вибір лікаря, який надає первину медичну допомогу (далі - декларації), рецептами, направленнями, медичними записами, іншою інформацією та документами через електронні кабінети відповідно до прав доступу користувачів;

4) можливість використання електронної системи охорони здоров'я особами з порушенням зору та слуху;

5) можливість надання пацієнтами (їх законними представниками) згоди у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди, на доступ до даних про себе (про пацієнта для законних представників), що міститься в електронній системі охорони здоров'я, лікарям, третім особам;

6) отримання пацієнтами відомостей про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про таких пацієнтів;

7) здійснення пошуку та перегляду відомостей у центральній базі даних відповідно до прав доступу користувача з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних";

8) можливість укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій (далі - договори за програмою медичних гарантій), формування та подання електронних звітів, первинних, розрахункових та інших документів за договорами (далі - електронні звіти) через центральну базу даних;

9) збереження, автоматичне резервування і відновлення даних, що передавалися до центральної бази даних, забезпечення безперебійного доступу до центральної бази даних;

10) захист інформації від несанкціонованого доступу, знищення, модифікації;

11) облік операцій (внесення, перегляд, внесення змін та доповнень тощо) з інформацією та документами у центральній базі даних та подій, що відбуваються в електронній системі охорони здоров'я і стосуються її безпеки;

12) можливість використання для внесення та систематизації інформації у центральній базі даних державних класифікаторів, номенклатур та довідників, затверджених в установленому законодавством порядку;

13) використання єдиних стандартів обміну медичною інформацією, затверджених МОЗ;

14) сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних в установленому законодавством порядку з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, зокрема з:

Єдиним державним демографічним реєстром;

Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань;

Державним реєстром актів цивільного стану громадян;

Єдиною державною електронною базою з питань освіти;
Єдиним державним реєстром Міністерства внутрішніх справ;
іншими ресурсами, які зазначені у нормативно-правових актах, що регламентують взаємодію державних електронних інформаційних ресурсів;

15) надання інших електронних сервісів у порядку, встановленому МОЗ.

9. Захист інформації у центральній базі даних здійснюється відповідно до законодавства про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах.

10. Обробка персональних даних у електронній системі охорони здоров'я здійснюється з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних".

11. Технічні засоби центральної бази даних повинні перебувати у межах території України.

12. Електронна система охорони здоров'я повинна давати змогу підключення до неї таких модулів НСЗУ:

модуля аналізу даних та формування аналітичних звітів;

модуля формування розрахункових документів, звітів та управління процесами розрахунків (модуля взаємодії з надавачами медичних послуг);

інших модулів, які необхідні НСЗУ для виконання передбачених законодавством функцій.

13. Електронна система охорони здоров'я взаємодіє з базами даних та інформаційними системами у сфері охорони здоров'я, що функціонують на місцевому рівні, у порядку, встановленому МОЗ.

Загальні вимоги до інформації та документів у електронній системі охорони здоров'я

14. Створення, внесення, перегляд інформації та документів у центральній базі даних, внесення змін та доповнень до них здійснюються користувачами відповідно до прав доступу, встановлених цим Порядком.

15. Інформація та документи створюються та вносяться до центральної бази даних українською мовою. У разі коли використання літер української абетки призводить до спотворення інформації, можуть використовуватися латинські літери і спеціальні символи, зокрема для запису адреси в Інтернеті та адреси електронної пошти.

16. Документообіг у електронній системі охорони здоров'я здійснюється відповідно до вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг. На всі електронні документи, що вносяться до центральної бази даних, накладається електронний підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону.

Інформація під час обробки та обміну в електронній системі охорони здоров'я повинна зберігати цілісність, що забезпечується шляхом захисту від несанкціонованих дій, які можуть призвести до її випадкової або умисної модифікації чи знищення, зокрема шляхом накладення електронного підпису автора або підпису, прирівняного до власноручного підпису відповідно до закону.

17. Для внесення інформації та документів до центральної бази даних використовуються державні класифікатори, номенклатури та довідники, затверджені в установленому законодавством порядку, зокрема спеціальні класифікації та переліки, затверджені МОЗ. Адміністратор здійснює технічну підтримку застосування таких класифікацій, номенклатур, довідників та переліків.

18. Про кожен документ та інформацію, що внесені до центральної бази даних, автоматично робиться унікальний запис у відповідному реєстрі.

19. Ідентифікатором фізичної особи є унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності).

Реєстри центральної бази даних

20. У центральній базі даних ведуться такі реєстри:

1) Реєстр пацієнтів, що містить інформацію про фізичних осіб, які мають право на гарантії згідно із Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості про пацієнта:

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності);

реєстраційний номер облікової картки платника податків (у разі наявності) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті);

прізвище, ім'я, по батькові;

дата та місце народження;

адреса фактичного місця проживання або перебування;

серія та номер (у разі наявності) документа, що посвідчує особу (паспорт громадянина України, тимчасове посвідчення громадянина України, свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку), посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту), орган, що видав документ, дата видачі, строк дії;

номер телефону, адреса електронної пошти (далі - контактні дані) (у разі надання);

інформація про законного представника особи (прізвище, ім'я, по батькові, документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника відповідно до законодавства) (у разі наявності);

інші відомості, визначені МОЗ.

Відомості з Реєстру пацієнтів є інформацією з обмеженим доступом;

2) Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що містить інформацію про декларації.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

посилання на запис про пацієнта у Реєстрі пацієнтів;

посилання на запис про медичного працівника, обраного пацієнтом (його законним представником) як лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у Реєстрі медичних працівників;

посилання на запис про надавача медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

посилання на запис про місце надання медичних послуг, обране пацієнтом, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

інші відомості, визначені МОЗ;

3) Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, що містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб - підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та лабораторії,

які уклали або мають намір подати заяву про укладення договору за програмою медичних гарантій або залучені надавачами медичних послуг до надання медичних послуг (далі - суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я).

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

повне та скорочене (у разі наявності) найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця;

код згідно з ЄДРПОУ чи реєстраційний номер облікової картки платника податків (у разі наявності) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті) суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я;

форма власності (для юридичних осіб);

місцезнаходження;

прізвище, ім'я, по батькові, найменування посади, контактні дані керівника суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я;

прізвище, ім'я, по батькові, найменування посади осіб, яким суб'єкт господарювання у сфері охорони здоров'я надав права доступу до електронної системи охорони здоров'я, передбачені пунктом 43 цього Порядку (далі - уповноважені особи суб'єкта господарювання), із зазначенням обсягу таких прав;

відомості про чинні та анульовані ліцензії, акредитацію, інші дозвільні документи суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я;

інформація про місця надання медичних послуг або відокремлені підрозділи аптечних закладів (адреса, контактні дані);

інші відомості, визначені МОЗ;

4) Реєстр медичних спеціалістів, що містить інформацію про осіб, які здобули освіту у сфері охорони здоров'я (далі - медичні спеціалісти).

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

посилання на запис про медичного спеціаліста у Реєстрі пацієнтів;

освітньо-кваліфікаційний рівень медичного спеціаліста;

спеціальність медичного спеціаліста;

дата початку роботи за спеціальністю та інформація про періоди, протягом яких медичний спеціаліст не працював за спеціальністю;

інформація про підвищення кваліфікації та перепідготовку медичного спеціаліста;

інші відомості, визначені МОЗ.

Інформація до зазначеного Реєстру вноситься, зокрема, шляхом електронної взаємодії та обміну відомостями з Єдиною державною електронною базою з питань освіти;

5) Реєстр медичних працівників, що містить інформацію про осіб, які перебувають у трудових відносинах із суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я або є фізичною особою - підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та надають медичну допомогу (далі - медичні працівники).

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

посилання на запис у Реєстрі медичних спеціалістів про медичного працівника;

посилання на запис про суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

найменування посади та спеціалізація медичного працівника;

контактні дані медичного працівника для запису на прийом до нього;
інші відомості, визначені МОЗ;

6) Реєстр договорів про медичне обслуговування населення, що містить інформацію про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

дата укладення, строк дії договору;

посилання на запис про надавача медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

посилання на записи про медичних працівників, які будуть залучені до надання медичних послуг за договором, у Реєстрі медичних працівників;

посилання на записи про суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я, фізичних осіб - підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, лабораторії), які залучені надавачем медичних послуг до виконання договору, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

посилання на записи про місця надання медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, в яких будуть надаватися медичні послуги за договором;

контактні дані лікаря для запису на прийом до нього;

медичні послуги, які надавач медичних послуг зобов'язується надати за договором;

інформація про обладнання надавача медичних послуг;

дата припинення договору;

інформація про внесення змін до договору;

інші відомості, визначені МОЗ;

7) Реєстр договорів про реімбурсацію, що містить інформацію про договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

дата укладення, строк дії договору;

посилання на запис про аптечний заклад у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

посилання на запис про відокремлені підрозділи аптечних закладів, у яких пацієнти можуть отримати лікарські засоби за рецептом, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

відомості про внесення змін до договору;

дата припинення договору;

інші відомості, визначені МОЗ;

8) інші реєстри, необхідні для виконання Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення". Перелік відомостей, що вносяться до таких реєстрів, затверджується МОЗ.

21. Особливості ведення окремих реєстрів, у тому числі відомості, що вносяться до таких реєстрів, та права доступу користувачів до інформації у таких реєстрах, затверджуються МОЗ.

22. Реєстри ведуться українською мовою, крім випадку, встановленого пунктом 15 цього Порядку.

23. Персональні дані у реєстрах можуть оброблятися у цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних

послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Персональні дані, що стосуються здоров'я, можуть оброблятися за умови, що вони обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я чи фізичною особою - підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками НСЗУ, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних.

24. Інформація та документи вносяться до реєстрів користувачами відповідно до їх прав доступу, визначених відповідно до цього Порядку. Відомості до реєстрів також можуть вноситися у результаті електронної взаємодії з державними інформаційними ресурсами.

25. Органи державної реєстрації актів цивільного стану протягом 10 робочих днів з дня реєстрації смерті, зміни прізвища під час укладання чи розірвання шлюбу, зміни імені особи подають відповідну інформацію до НСЗУ в електронній формі із зазначенням унікального номера запису в Єдиному державному демографічному реєстрі про відповідних осіб (у разі наявності). На підставі отриманих даних НСЗУ забезпечує внесення змін до записів у Реєстрі пацієнтів, Реєстрі медичних спеціалістів, Реєстрі медичних працівників, Реєстрі декларацій.

26. Зміни та доповнення до інформації, що міститься у центральній базі даних, здійснюється за заявою користувача. Якщо протягом трьох робочих днів з дня отримання такої заяви розпорядник відповідного реєстру не відхилив таку заяву через наявність у ній помилок чи завідомо недостовірної інформації, до інформації у центральній базі даних вносяться відповідні зміни та доповнення. Інформація про користувача, який подав заяву про внесення змін та доповнень, дату та час їх внесення, а також початковий зміст інформації зберігається у центральній базі даних та не підлягає зміні чи видаленню.

27. З метою забезпечення точності та достовірності інформації у центральній базі даних НСЗУ та адміністратором періодично проводиться верифікація з дотримання вимог Закону України "Про захист персональних даних".

28. У разі виявлення у процесі верифікації невідповідності між відомостями у реєстрах та відомостями, що міститься у державних інформаційних ресурсах, відомостях, наданих державними органами, а також іншої недостовірної інформації розпорядник відповідного реєстру має право звернутися до користувача, який вніс таку інформацію, із запитом про надання пояснень щодо причин такої невідповідності. Користувач повинен усунути виявлені невідповідності або надати пояснення розпоряднику такого реєстру протягом 10 робочих днів, якщо інший строк не встановлено у запиті. У разі коли у встановлений строк не усунуто невідповідності або не надано пояснення, НСЗУ забезпечує внесення змін до відповідних записів.

29. У разі виявлення фактів систематичного внесення користувачем недостовірної інформації до реєстрів адміністратор або розпорядник відповідного реєстру може тимчасово зупинити доступ такого користувача до центральної бази даних. Право суб'єкта персональних даних на одержання будь-яких відомостей про себе відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" не може бути обмежено.

30. Заява пацієнта (його законного представника) про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних або про надання доступу третім особам

до інформації, що міститься у центральній базі даних, повинна бути опрацьована протягом трьох робочих днів.

Реєстрація користувачів

31. Для надання або отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій користувачі зобов'язані зареєструватися у відповідних реєстрах.

32. Реєстрація суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та уповноважених осіб такого суб'єкта господарювання здійснюється його керівником або фізичною особою - підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

33. Реєстрація пацієнтів та медичних спеціалістів здійснюється ними самостійно або шляхом звернення до суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я.

34. Законний представник пацієнта може зареєструвати пацієнта шляхом звернення до надавача медичних послуг для забезпечення проведення перевірки документів, що посвідчують повноваження законного представника.

35. Під час реєстрації повинно бути однозначно встановлено (ідентифіковано) особу користувача, а у разі реєстрації суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я - відповідну юридичну особу та її керівника або фізичну особу - підприємця, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

36. У разі самостійної реєстрації здійснюється електронна ідентифікація користувача відповідно до законодавства. Пацієнт має право використовувати для електронної ідентифікації Bank ID та інші засоби електронної ідентифікації відповідно до законодавства.

37. Під час реєстрації шляхом звернення до суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я встановлення особи користувача здійснюється шляхом пред'явлення документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України "Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус".

38. Після реєстрації користувача автоматично формується запис у відповідному реєстрі та створюється електронний кабінет.

39. Після реєстрації вхід до електронного кабінету користувачем здійснюється шляхом автентифікації відповідно до законодавства.

Права доступу до інформації та документів у центральній базі даних

40. Доступ користувачів до інформації у центральній базі даних здійснюється через електронні кабінети. Електронні кабінети керівників та уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, медичних працівників функціонують в електронних медичних інформаційних системах з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних". Електронні кабінети пацієнтів можуть функціонувати в електронних медичних інформаційних системах або на веб-сайті системи.

41. Пацієнт (його законний представник) має право:

1) реєструвати себе (пацієнта, законним представником якого є така особа) у центральній базі даних, подавати заяви про внесення змін та доповнень до відповідних відомостей у Реєстрі пацієнтів;

2) вносити та переглядати інформацію про себе (пацієнта, законним представником якого є така особа);

3) подавати заяви про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних, що міститься у центральній базі даних;

4) подавати декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, через електронну систему охорони здоров'я відповідно до встановленого МОЗ порядку;

5) надавати доступ медичним працівникам та іншим користувачам до інформації про себе (інформації про пацієнта, законним представником якого є така особа), що міститься у центральній базі даних.

42. Керівник суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та фізична особа - підприємець, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики мають право:

1) реєструвати у центральній базі даних суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та уповноважених осіб такого суб'єкта господарювання, вносити зміни до відповідних відомостей у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, Реєстрі уповноважених осіб суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

2) вчиняти дії для укладення, зміни та припинення договорів за програмою медичних гарантій;

3) формувати та подавати НСЗУ електронні звіти через електронну систему охорони здоров'я;

4) здійснювати дії для припинення доступу до центральної бази даних уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та медичних працівників.

43. Уповноважені особи суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я мають право:

1) за зверненням пацієнта (його законного представника) реєструвати пацієнта у Реєстрі пацієнтів, подавати заяви про внесення змін та доповнень до відомостей про нього у Реєстрі пацієнтів;

2) реєструвати медичних спеціалістів та медичних працівників у відповідних реєстрах, подавати заяви про внесення змін та доповнень до відомостей про них у відповідних реєстрах;

3) вносити до центральної бази даних електронний примірник декларації, підписаної пацієнтом (його законним представником) у паперовій формі, відповідно до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ.

44. Медичні спеціалісти мають право реєструвати себе у центральній базі даних, подавати заяви про внесення змін та доповнень до відомостей про себе у Реєстрі медичних спеціалістів.

45. Медичні працівники мають право:

1) за зверненням пацієнта (його законного представника) реєструвати пацієнта у Реєстрі пацієнтів, подавати заяви про внесення змін та доповнень до відомостей про нього у Реєстрі пацієнтів;

2) вносити до центральної бази даних електронний примірник декларації, підписаної пацієнтом (його законним представником) у паперовій формі, відповідно до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ;

3) створювати, вносити до центральної бази даних відомості про рецепти, направлення, інші медичні записи, переглядати та подавати заяви про внесення змін та доповнень до документів та інформації, внесених ним до центральної бази даних;

4) подавати запити та отримувати доступ до даних про пацієнта, що міститься у центральній базі даних, у цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я, якщо на такого медичного працівника покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю у разі надання пацієнтом (його законним представником) на це згоди або без такої згоди у випадках, передбачених законом.

46. Голова НСЗУ та уповноважені ним посадові особи НСЗУ у межах своїх повноважень мають право:

1) реєструвати у центральній базі даних себе, НСЗУ та уповноважених осіб НСЗУ, вносити зміни до відповідних відомостей;

2) вчиняти дії щодо укладення, зміни та припинення договорів за програмою медичних гарантій;

3) отримувати доступ до відомостей про договори за програмою медичних гарантій у Реєстрі договорів про медичне обслуговування населення та Реєстрі договорів про реімбурсацію;

4) отримувати доступ до інформації про дії, вчинені адміністратором, що стосуються електронної системи охорони здоров'я, запитувати та отримувати від адміністратора пояснення щодо вчинених дій, що стосуються електронної системи охорони здоров'я;

5) отримувати від адміністратора інформацію та документи щодо підключення, відключення, зупинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних, інформації про результати тестування електронної медичної інформаційної системи;

6) подавати запити та отримувати доступ до даних про пацієнта, що містяться у центральній базі даних, у цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я, якщо на таку особу покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних у разі надання пацієнтом (його законним представником) на це згоди або без такої згоди у випадках, передбачених законом;

7) створювати, вносити, переглядати інформацію та документи у реєстрах, розпорядником яких є НСЗУ, вносити зміни та доповнення до них з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних".

47. Міністр охорони здоров'я та уповноважені ним посадові особи МОЗ у межах своїх повноважень мають право:

1) реєструвати у центральній базі даних себе, МОЗ та уповноважених осіб МОЗ, вносити зміни до відповідних відомостей;

2) створювати, вносити, переглядати інформацію та документи у реєстрах, розпорядником яких є МОЗ, вносити зміни та доповнення до них з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних".

48. Користувачі зобов'язані забезпечити внесення актуальних та достовірних даних про себе до центральної бази даних.

49. Доступ до персональних даних можливий у разі наявності згоди суб'єкта персональних даних, крім випадків, передбачених законом.

Адміністратор

50. Адміністратор:

- 1) здійснює адміністрування та технічну підтримку центральної бази даних, зокрема виконує функції, передбачені пунктом 8 цього Порядку;
- 2) забезпечує безперебійну роботу центральної бази даних;
- 3) забезпечує розроблення, оновлення та підтримку програмного забезпечення центральної бази даних;
- 4) приймає рішення про підключення, відключення та зупинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних;
- 5) укладає та припиняє договори з операторами про підключення електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних;
- 6) вживає заходів до захисту інформації, що міститься у центральній базі даних, відповідно до вимог законодавства;
- 7) надає технічну підтримку операторам з питань підключення, відключення, взаємодії електронної медичної інформаційної системи з центральною базою даних;
- 8) надає інформаційні та консультаційні послуги щодо електронної системи охорони здоров'я.

51. Адміністратор зобов'язаний надавати пояснення та документи на запит НСЗУ протягом 10 робочих днів з дати отримання такого запиту, якщо інший строк не встановлено у запиті.

Технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем.

Підключення електронних медичних інформаційних систем до центральної бази даних

52. Для підключення до центральної бази даних електронна медична інформаційна система повинна відповідати технічним вимогам, які визначаються адміністратором та затверджуються НСЗУ.

53. Для підключення електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних оператор подає адміністратору відповідну заявку, до якої додаються:

відомості та документи (у разі наявності), що підтверджують права на електронну медичну інформаційну систему або на підключення такої системи до центральної бази даних;

технічні характеристики електронної медичної інформаційної системи;

відомості про обсяг функціональних можливостей електронної медичної інформаційної системи для роботи в електронній системі охорони здоров'я;

виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань про такого оператора.

54. Для встановлення відповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам адміністратор проводить протягом 30 календарних днів з дня подання заявки оператором тестування електронної медичної інформаційної системи відповідно до тестової програми, що розробляється адміністратором та затверджується НСЗУ.

За результатами тестування адміністратор оформляє висновок та надсилає його оператору протягом трьох робочих днів.

55. У разі встановлення невідповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам висновок повинен містити опис таких невідповідностей та

пропозиції щодо їх усунення. Оператор має право повторно подати електронну заявку адміністратору після усунення невідповідностей.

56. У разі встановлення відповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам адміністратор укладає з оператором договір про підключення до центральної бази даних для визначеного обсягу функціональних можливостей для роботи в електронній системі охорони здоров'я.

57. Адміністратор оприлюднює на веб-сайті системи протягом п'яти робочих днів з дати укладення договору інформацію про підключені до центральної бази даних електронні медичні інформаційні системи та їх функціональні можливості в електронній системі охорони здоров'я, операторів, з якими адміністратор уклав договір.

58. У разі зміни технічних вимог до електронних медичних інформаційних систем або подання оператором заявки про розширення функціональних можливостей для роботи в електронній системі охорони здоров'я така електронна медична інформаційна система підлягає повторному тестуванню відповідно до пункту 54 цього Порядку.

59. Адміністратор має право проводити додаткове тестування електронних медичних інформаційних систем для підтвердження їх відповідності технічним вимогам.

60. У разі передачі прав на електронну медичну інформаційну систему, підключену до центральної бази даних, новий оператор має право протягом 10 робочих днів з моменту передачі таких прав звернутися до адміністратора про укладення нового договору. До заявки додаються такі ж документи, які необхідні для підключення електронної медичної інформаційної системи. Повторне тестування електронної медичної інформаційної системи у такому випадку не проводиться. У разі незвернення нового оператора у встановлений строк електронна медична інформаційна система відключається від центральної бази даних.

61. Інформація про зміну технічних вимог до електронних медичних інформаційних систем оприлюднюється адміністратором на веб-сайті системи. Зміни технічних вимог до електронних медичних інформаційних систем набирають чинності через один місяць після їх опублікування, якщо інше не встановлено у наказі НСЗУ про затвердження таких вимог. Протягом цього строку оператори повинні забезпечити приведення електронних медичних інформаційних систем у відповідність з новими технічними вимогами.

62. Для використання електронної медичної інформаційної системи суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я укладають договір з оператором або особою, яка має право на підставі договору з таким оператором надавати право користування електронною медичною інформаційною системою.

Зупинення доступу до центральної бази даних та відключення електронних медичних інформаційних систем від центральної бази даних

63. Рішення про зупинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних або відключення такої системи від центральної бази даних приймає адміністратор у разі наявності хоча б однієї з таких підстав:

1) добровільного подання оператором заяви про відключення електронної медичної інформаційної системи від центральної бази даних;

2) порушення оператором вимог щодо забезпечення захисту інформації, у тому числі щодо забезпечення цілісності, доступності, конфіденційності та розмежування доступу до даних, внесених до електронної системи охорони здоров'я;

3) встановлення Держспецзв'язку порушення оператором вимог законодавства щодо криптографічного та технічного захисту інформації;

4) встановлення за результатами тестування невідповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам;

5) відсутності в оператора прав власності на електронну медичну інформаційну систему або на підключення електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних;

6) відсутності більше ніж 24 години у користувачів електронної медичної інформаційної системи доступу до центральної бази даних внаслідок технічних проблем такої системи;

7) порушення оператором умов договору, укладеного з адміністратором;

8) незвернення нового оператора до адміністратора про укладення договору протягом строку, встановленого пунктом 60 цього Порядку.

Перелік підстав для відключення електронної медичної інформаційної системи від центральної бази даних є вичерпним.

64. У разі зупинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних такий доступ відновлюється адміністратором після усунення виявлених порушень.

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України

від 25 квітня 2018 р. № 411

ПОРЯДОК

опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я

1. Цей Порядок встановлює механізм та визначає обсяг опублікування інформації з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ.

2. У цьому Порядку терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", інших законодавчих актах.

3. НСЗУ зобов'язана публікувати:

1) договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та договір про реімбурсацію за програмою медичних гарантій разом з усіма додатками, які не містять персональних даних, - протягом п'яти робочих днів з дати їх укладення;

2) знеособлену інформацію про перелік та обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій - щокварталу.

4. Інформація, зазначена у пункті 3 цього Порядку, підлягає опублікуванню на офіційному веб-сайті НСЗУ.

5. НСЗУ та адміністратор центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я за погодженням з НСЗУ можуть надавати знеособлені відомості та дані, що містяться в центральній базі даних, як загальну довідкову або статистичну інформацію на договірних засадах. Порядок надання відомостей з реєстрів центральної бази даних затверджує МОЗ.

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості

(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.32)

Цей Закон визначає правові, економічні та організаційні засади і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування.

Розділ I

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Сфера дії Закону

1. Цей Закон регулює відносини, пов'язані із забезпеченням підвищення доступності, ефективності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості, до якої у цілях цього Закону належать території, що знаходяться за межами міст Києва, Севастополя, міст обласного значення.

Стаття 2. Законодавство України щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості

1. Законодавство України щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, законів України "Про засади державної регіональної політики", "Про місцеве самоврядування в Україні", "Про місцеві державні адміністрації", "Про державні цільові програми", цього Закону, міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, інших законів, а також законодавчих актів, що регулюють суспільні відносини з відповідних питань.

2. У разі якщо чинним міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, визначено інші правила, ніж ті, що передбачені цим Законом, застосовуються правила міжнародного договору.

Стаття 3. Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості

1. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку, що здійснюються на таких принципах:

- 1) ефективності підтримки розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;
- 2) забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у формуванні та реалізації державної політики в зазначених сферах;

3) створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;

4) ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для виконання зазначених програм;

5) відкритості та прозорості надання державної підтримки.

2. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості забезпечується шляхом здійснення заходів з розроблення, затвердження, фінансування, виконання державних цільових програм, спрямованих на охорону, поліпшення, збереження та відновлення здоров'я населення, надання субвенцій з Державного бюджету України місцевим бюджетам для розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, а також належного контролю за цільовим та ефективним використанням коштів, спрямованих на виконання зазначених заходів.

3. Заходи з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюються органами державної влади, органами місцевого самоврядування, їх посадовими і службовими особами, закладами охорони здоров'я, іншими суб'єктами із залученням в установленому порядку наукових організацій, громадських об'єднань, міжнародних неурядових організацій.

Стаття 4. Основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості

1. Держава забезпечує виконання заходів з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості за такими основними напрямами:

1) наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, зокрема центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, та матеріально-технічної бази таких закладів, створення умов для діяльності лікарів загальної практики - сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи - підприємці і одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів, проведення у сільській місцевості періодичних виїзних прийомів лікарів-спеціалістів;

2) впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини, особливо якщо відстань та час є критичними чинниками для надання медичної допомоги, здійснення належного ресурсного забезпечення впровадження медичного обслуговування з використанням телемедицини (телемедичне консультування, телемедичний консиліум, телеметрія та домашнє телеконсультування);

3) розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок та літніх людей;

4) надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, визначеному законом;

5) розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

6) запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників, зокрема шляхом створення для таких працівників додаткових гарантій оплати праці та належних умов праці, включаючи забезпечення необхідним медичним обладнанням та спеціальним транспортом, розроблення та реалізації мотиваційних пакетів, у тому числі надання службового житла, транспорту, мобільного зв'язку, пільгових (іпотечних) кредитів на будівництво або придбання житла, компенсації плати за житлово-комунальні послуги та енергоносії, обслуговування та експлуатацію автомобільного транспорту, інших заохочувальних заходів, а також сприяння підвищенню рівня професійних знань та практичних навичок таких працівників;

7) розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, включаючи забезпечення закладів охорони здоров'я, а також лікарів загальної практики - сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи - підприємці і одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів, у сільській місцевості сучасними телекомунікаційними технологіями (широкосмуговим доступом до мережі Інтернет із гарантованою пропускнуою спроможністю, необхідним програмним забезпеченням, комп'ютерним та іншим обладнанням) з метою запровадження функціонування електронної системи охорони здоров'я, електронних рецептів, організації надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації із застосуванням телемедицини;

8) розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних та спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у тому числі обладнаних реанімаційними засобами, для надання медичної допомоги у сільській місцевості;

9) залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

10) сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і

культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття.

Стаття 5. Повноваження органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо забезпечення підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості

1. Кабінет Міністрів України з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості забезпечує:

1) реалізацію політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

2) розроблення та виконання державних цільових програм, стратегій, спрямованих на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

3) створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність, спрямовану на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

4) розроблення і здійснення заходів із забезпечення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

5) сприяння розвитку медичного обслуговування у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;

6) координацію діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій щодо підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості;

7) здійснення інших повноважень відповідно до закону.

2. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, з метою підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості:

1) готує пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку медичного обслуговування у сільській місцевості, розробляє та організовує виконання державних цільових та інших програм, спрямованих на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

2) узагальнює практику застосування законодавства про охорону здоров'я, у тому числі щодо підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості, розробляє пропозиції щодо його вдосконалення та вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України;

3) здійснює моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я у сільській місцевості;

4) забезпечує в межах компетенції нормативно-правове регулювання питань щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

5) затверджує нормативи навантаження медичних працівників у сільській місцевості;

6) координує в межах компетенції здійснення заходів, спрямованих на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

7) здійснює інші повноваження відповідно до закону.

3. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну регіональну політику, з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості:

1) здійснює в установленому порядку моніторинг соціально-економічних та інших показників розвитку сільських територій, розробляє і здійснює заходи, спрямовані на комплексний розвиток таких територій, та вносить на розгляд Кабінету Міністрів України відповідні пропозиції;

2) бере участь у розробленні та виконанні за участю інших органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування програм, спрямованих на підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості;

3) розробляє і здійснює заходи, спрямовані на розвиток медичної інфраструктури у сільській місцевості, та вносить на розгляд Кабінету Міністрів України відповідні пропозиції;

4) здійснює містобудівний моніторинг на державному рівні при плануванні інфраструктури закладів охорони здоров'я, затверджує вимоги та зразки щодо проектів повторного використання для закладів охорони здоров'я у сільській місцевості;

5) бере в межах компетенції участь у здійсненні заходів, спрямованих на підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості;

6) перевіряє в межах повноважень, передбачених законом, дотримання нормативних документів і нормативів обчислення вартості будівництва закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, що споруджуються із залученням бюджетних коштів, коштів державних і комунальних підприємств, установ та організацій, кредитів, наданих під державні гарантії;

7) здійснює інші повноваження відповідно до закону.

4. Місцеві державні адміністрації з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюють:

1) визначення шляхів підвищення рівня доступу медичного обслуговування у сільській місцевості в межах адміністративно-територіальних одиниць;

2) сприяння закладам охорони здоров'я у створенні механізму раціонального використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів;

3) сприяння реалізації заходів із забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет;

4) інші повноваження відповідно до закону.

5. Органи місцевого самоврядування з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості:

1) забезпечують розвиток і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, здійснюють заходи щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування з урахуванням географічних особливостей та потреб населення;

2) вирішують в установленому порядку питання про забезпечення медичних та фармацевтичних працівників житлом, службовим транспортом, належними умовами праці, стаціонарним та мобільним зв'язком, мобільною комп'ютерною технікою та програмними продуктами, професійною літературою та періодичними медичними виданнями, у тому числі електронними;

3) впроваджують додаткові стимули для залучення на роботу висококваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів, що можуть включати, зокрема, позачергове безоплатне виділення земельних ділянок, сприяння в отриманні кредитів, у тому числі пільгових, та субсидій для будівництва чи придбання житла, надання допомоги власникам квартир (будинків) в їх обслуговуванні та ремонті, компенсацію плати за житлово-комунальні послуги, послуги зв'язку, обслуговування та експлуатацію автомобільного транспорту, оплату за навчання в інтернатурі, підвищення кваліфікації, у тому числі за кордоном, додаткову оплату праці, інші заохочувальні заходи за проведення профілактичних медичних оглядів, диспансеризації, вакцинації пацієнтів або додаткові фінансові заохочення;

4) сприяють реалізації заходів із забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет;

5) визначають потреби територіальних громад у медичних працівниках та вносять в установленому порядку пропозиції за погодженням з місцевими державними адміністраціями щодо формування замовлення на підготовку, підвищення кваліфікації таких фахівців;

6) укладають договори щодо підготовки фахівців медичного профілю з урахуванням потреби в таких фахівцях у територіальних громадах;

7) здійснюють інші повноваження відповідно до закону.

Стаття 6. Засади взаємодії органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я з громадськістю щодо розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості

1. Органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я взаємодіють із громадськістю при вирішенні питань поліпшення медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, що забезпечують медичне обслуговування у сільській місцевості, поліпшення матеріально-технічної бази таких закладів.

2. Органи державної влади, органи місцевого самоврядування можуть залучати громадськість до розгляду питань щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема, шляхом проведення громадських слухань за участю жителів відповідної сільської місцевості, конференцій, форумів, круглих столів, зборів, зустрічей (нарад), засідань громадських рад, інших допоміжних органів, утворених при таких

органах. Результати проведення таких заходів враховуються під час прийняття відповідних рішень та в подальшій роботі органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

3. Органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я надають громадянськості в установленому порядку доступ до об'єктивної інформації про побудову та функціонування системи охорони здоров'я у сільській місцевості, права та обов'язки громадян тощо.

Стаття 7. Організаційне та матеріально-технічне забезпечення медичного обслуговування у сільській місцевості

1. Медичне обслуговування у сільській місцевості забезпечують заклади охорони здоров'я, у тому числі центральні районні лікарні, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети, мобільні медичні кабінети, аптечні пункти, а також лікарі загальної практики - сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи - підприємці і одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів.

З метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості надавачі медичних послуг, зазначені в абзаці першому цієї частини, застосовують телемедицину для залучення до надання медичної допомоги лікарів-консультантів із закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації.

2. Кабінет Міністрів України визначає порядок та критерії забезпечення за рахунок коштів державного бюджету закладів охорони здоров'я у сільській місцевості обладнанням та транспортними засобами, необхідними для медичного обслуговування населення, зокрема:

1) сучасними комп'ютерними та телекомунікаційними технологіями та засобами для забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я, організації медичного обслуговування у сільській місцевості із застосуванням телемедицини, електронних рецептів, сумісності медичних інформаційних систем закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медичної допомоги, з медичними інформаційними системами закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також з інформаційними системами аптечних закладів;

2) медичним обладнанням для первинного обстеження, портативними телемедичними діагностичними засобами для дистанційного збору та передачі інформації про показники діяльності (фізіологічні параметри) організму пацієнта, обладнанням та інструментарієм для надання невідкладної допомоги, малих хірургічних втручань, отоларингологічного, офтальмологічного,

гінекологічного огляду, обладнанням та інвентарем для лабораторної діагностики та забору біоматеріалів, у тому числі міні-лабораторіями, інвентарем, препаратами та матеріалами для взяття аналізів та діагностики, спеціальним обладнанням для стерилізації та дезінфекції медичних виробів, а також для належного зберігання лікарських засобів та медичних виробів, їх транспортування;

3) сучасним ультразвуковим, рентгенологічним, стоматологічним, ендоскопічним, ерготерапевтичним, фізіотерапевтичним (для електро-, світло-, водо-, теплолікування), комп'ютерним та іншим обладнанням, медичними меблями;

4) авіаційними, водними, автомобільними спеціальними та спеціалізованими санітарними транспортними засобами, у тому числі обладнаними реанімаційними засобами, та службовими транспортними засобами.

Стаття 8. Фінансування заходів з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості

1. Фінансування заходів з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюється за рахунок:

- 1) коштів Державного бюджету України у порядку, визначеному законом;
- 2) коштів місцевих бюджетів;
- 3) грантів, дарунків, благодійних внесків і пожертв, інших видів благодійності;
- 4) коштів міжнародних організацій;
- 5) інших джерел, не заборонених законодавством.

2. Держава гарантує повну оплату за рахунок коштів державного бюджету надання громадянам медичних послуг, у тому числі із застосуванням телемедицини, що передбачені програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, у порядку, визначеному законом.

Розділ II ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.

2. Внести зміни до таких законів України:

1) в Основах законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19 із наступними змінами):

а) частину першу статті 3 доповнити з урахуванням алфавітного порядку терміном такого змісту:

"телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі";

б) частину першу статті 6 доповнити пунктом "л" такого змісту:

"л) інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини";

в) доповнити статтею 35⁶ такого змісту:

"Стаття 35⁶. Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини

Медична допомога із застосуванням телемедицини передбачає можливість надання пацієнту медичних послуг з консультування, діагностики, лікування із використанням засобів

дистанційного зв'язку у вигляді обміну інформацією в електронній формі, у тому числі шляхом передачі електронних повідомлень, проведення відеоконференцій.

Медична допомога із застосуванням телемедицини надається з метою забезпечення пацієнту своєчасного доступу до медичної допомоги належної якості, у тому числі якщо відстань і час є критичними чинниками її надання.

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини забезпечують заклади охорони здоров'я або фізичні особи - підприємці, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини здійснюється шляхом телемедичного консультування, телемедичного консилиуму, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій.

При проведенні телемедичного консультування, телемедичних консилиумів, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій за допомогою електронних та програмних засобів може проводитися їх запис, у тому числі аудіо-, відео-, а також запис параметрів медичного обладнання в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я";

2) частину другу статті 34 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" (Відомості Верховної Ради України, 1997 р., № 24, ст. 170) доповнити словами "а також щодо додаткового фінансового заохочення та забезпечення службовим житлом і службовим транспортом працівників охорони здоров'я, які працюють у сільській місцевості".

3. Кабінету Міністрів України протягом трьох місяців з дня опублікування цього Закону: подати на розгляд Верховної Ради України законодавчі пропозиції, спрямовані на встановлення додаткових соціальних гарантій медичним та фармацевтичним працівникам, які працюють у сільській місцевості;

забезпечити розроблення та реалізацію державних цільових програм, передбачених цим Законом;

вжити в установленому порядку заходів для забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет;

опрацювати питання оплати послуг власникам транспортних засобів, які можуть залучатися для надання медичного обслуговування у сільській місцевості;

вжити в установленому порядку заходів щодо забезпечення проїзду транспортних засобів до закладів охорони здоров'я в сільській місцевості;

прийняти нормативно-правові акти, що впливають із цього Закону;

привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;

забезпечити прийняття, перегляд міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що впливають із цього Закону.

4. Рекомендувати органам місцевого самоврядування розробити і затвердити програми забезпечення службовим житлом та службовим автотранспортом медичних працівників, які працюють у сільській місцевості.

Президент України
м. Київ

П.ПОРОШЕНКО

14 листопада 2017 року
№ 2206-VIII

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України,
Міністерства регіонального
розвитку, будівництва
та житлово-комунального
господарства України
06.02.2018 № 178/24
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 лютого 2018 р.
за № 215/31667

ПОРЯДОК

формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги

I. Основні положення

1. Цей Порядок визначає механізм та умови формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги (далі - ПМД), а також порядок розроблення і затвердження плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги.

2. В цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

доступність ПМД - сукупність характеристик спроможної мережі ПМД, а також вимог до місця розташування у просторі об'єкта інфраструктури, де надається ПМД, відповідно до яких пацієнт може отримати ПМД відповідної якості;

місце надання ПМД - місце здійснення господарської діяльності надавача ПМД, відповідно до отриманої ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. Ураховуючи періодичність надання ПМД, розрізняють регулярні місця надання ПМД, де прийом пацієнтів відбувається в робочі дні, та нерегулярні, де прийом пацієнтів відбувається менше ніж п'ять робочих днів на тиждень;

надавач ПМД - заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, та фізичні особи - підприємці, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;

план спроможної мережі надання ПМД - документ, який містить інформацію про спроможну мережу надання ПМД, викладену відповідно до цього Порядку в описовому та картографічному вигляді;

спроможна мережа надання ПМД - організаційно інтегрована сукупність надавачів ПМД, здатних забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території планування;

територія доступності (далі - ТД) - сукупність територій населених пунктів в межах однієї території планування, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів;

територія планування - територія, для якої розробляється план спроможної мережі надання ПМД та яка перебуває, як правило, в адміністративних межах районів, міст республіканського значення Автономної Республіки Крим, районів, міст обласного значення;

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

3. Метою формування спроможних мереж надання ПМД є досягнення та/або збереження стану спроможності. Досягнення цієї мети можливе шляхом реалізації комплексу заходів щодо:

забезпечення доступності для пацієнтів послуг ПМД відповідної якості;

забезпечення ефективного використання ресурсів;

здійснення моніторингу і оцінювання власної спроможності.

4. Спроможна мережа надання ПМД має відповідати критеріям спроможності, визначеним у розділі II цього Порядку.

II. Критерії спроможності мережі надання ПМД

Критеріями спроможності мережі надання ПМД є:

задоволення запитів населення на послуги ПМД, що визначається на основі соціально-демографічного складу, поточних та прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності та інших статистичних даних щодо населення відповідної території планування;

гранична потужність спроможної мережі надання ПМД, яка складає в середньому чотири візити до місця надання ПМД на рік на одного мешканця відповідної території планування. Цільове навантаження на одну робочу зміну складає двадцять чотири відвідування. 30% візитів не потребують залучення лікаря і ПМД може бути надано пацієнту середнім медичним персоналом;

систематична взаємодія окремих надавачів ПМД з метою забезпечення доступності ПМД для населення. У межах спроможної мережі надання ПМД окремі надавачі ПМД взаємодіють також із іншими надавачами медичних послуг, зокрема екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, послуг з діагностики, реабілітації, фармацевтичних послуг;

доступність ПМД для мешканців населених пунктів, що входять до визначених ТД відповідної території планування у вигляді фактичної наявності, фізичної доступності для людей з інвалідністю, фінансової доступності, зручності графіка роботи, комунікаційної прийнятності;

транспортна доступність, яка враховує наявність транспорту загального користування та відповідних маршрутів для транспортування пацієнтів до місць надання ПМД;

фінансова стійкість спроможної мережі надання ПМД, що визначається здатністю такої мережі постійно та ефективно надавати послуги з ПМД належної якості населенню відповідної території в межах наявного обсягу фінансових ресурсів. Врахування критерію фінансової стійкості спроможної мережі надання ПМД при розробленні плану спроможної мережі надання ПМД передбачає пошук оптимальної структури витрат та шляхів підвищення ефективності управління.

III. Розроблення плану спроможної мережі надання ПМД

1. Розроблення плану спроможної мережі надання ПМД здійснюється на основі критеріїв спроможності, визначених у розділі II цього Порядку.

2. При розробленні плану спроможної мережі надання ПМД враховуються характеристики мереж надання ПМД, розташованих на території планування та на суміжних територіях планування зі спільною адміністративною межею.

3. При розробленні плану спроможної мережі надання ПМД в цьому Порядку використовується така типологія місць надання ПМД, що використовується для розроблення перспективного плану спроможної мережі надання ПМД, згідно з додатком до цього Порядку, та відповідних територій доступності:

1) центр ПМД (далі - Тип «Ц») - регулярне місце надання ПМД не менше ніж сімома лікарями, розташоване в межах центральної ТД;

2) амбулаторія групової практики (далі - Тип «АГ») - регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома лікарями, розташоване в межах центральної ТД або периферійної ТД першого порядку;

3) амбулаторія моно-практики (далі - Тип «АМ») - регулярне місце надання ПМД одним лікарем, розташоване в межах периферійної ТД другого порядку;

4) пункт здоров'я (далі - Тип «ПЗ») - нерегулярне місце надання ПМД, розташоване на території периферійної ТД першого або другого порядку як додаткова інфраструктура.

4. Розроблення плану спроможної мережі надання ПМД передбачає:

визначення проектних меж центральної ТД, периферійних ТД першого та другого порядків;

об'єднання проектних меж периферійних ТД другого порядку в ТД першого порядку за необхідності;

включення територій населених пунктів, що не увійшли в проектні межі ТД, до найближчої сформованої ТД;

заключне визначення території центральних та периферійних ТД на основі проектних меж;

визначення територіального розташування регулярних та нерегулярних місць надання ПМД включно із визначенням економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД.

5. Визначення проектних меж центральної ТД:

1) проектні межі центральної ТД визначаються навколо найбільшого населеного пункту відповідної території планування;

2) проектні межі центральної ТД охоплюють територію населеного пункту, навколо якого вона визначається, а також території інших населених пунктів, відстань від яких до населеного пункту, навколо якого визначені проектні межі центральної ТД, складає не більше семи кілометрів по дорогах з твердим покриттям.

6. Визначення проектних меж периферійних ТД першого порядку:

1) проектні межі периферійних ТД першого порядку визначаються навколо населених пунктів, чисельність яких складає не менше ніж 750 осіб та через які проходять одна або декілька автомобільних доріг державного значення (міжнародні, національні, регіональні та територіальні);

2) проектні межі периферійної ТД першого порядку охоплюють територію населеного пункту, навколо якого вона визначається, а також території інших населених пунктів, які не входять до складу проектних меж центральної ТД та відстань від яких до меж населеного пункту, навколо якого визначена ця периферійна ТД, складає сім кілометрів або менше по дорогах з твердим покриттям;

3) сумарна кількість населення, яке проживає в населених пунктах, що увійшли до проектних меж периферійної ТД першого порядку, складає щонайменше три тисячі осіб.

7. Проектні межі периферійної ТД другого порядку охоплюють території населених пунктів, які не входять до складу проектних меж центральної ТД та проектних меж периферійних ТД першого порядку, за умови, що ці населені пункти відповідають таким вимогам:

є компактно розташованими та логістично пов'язаними;

є рівновіддаленими від населених пунктів, навколо яких сформовано проектні межі периферійних ТД першого порядку;

сумарна кількість населення, яке проживає в таких населених пунктах, складає щонайменше півтори тисячі осіб.

8. Допускається об'єднання двох суміжних периферійних ТД другого порядку в одну периферійну ТД першого порядку у випадку, якщо сукупні витрати на утримання амбулаторій моно-практики в кожній периферійній ТД другого порядку співрозмірні або перевищують аналогічні витрати на утримання однієї амбулаторії групової практики та транспортування пацієнтів до цієї амбулаторії.

9. Території населених пунктів, які в результаті визначення проектних меж центральної та периферійних ТД не увійшли до жодної з них, включаються до проектних меж найближчої ТД.

10. Центральна та периферійні ТД першого та другого порядків визначаються на основі розроблених проектних меж відповідно до пунктів 5-9 цього розділу.

11. Визначення територіального розташування місць надання ПМД включно із визначенням економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД:

1) при визначенні територіального розташування місць надання ПМД в першу чергу визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, а після цього - нерегулярних місць надання ПМД як додаткової інфраструктури, що дає змогу забезпечити доступність ПМД для населення відповідної ТД;

2) при визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД враховується таке:

в межах центральної ТД визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, що відповідають типам «Ц» та/або «АГ»;

в межах периферійних ТД першого порядку визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, що відповідають Типу «АГ»;

в межах периферійних ТД другого порядку визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, що відповідає Типу «АМ»;

3) при визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД додатково враховуються такі параметри:

необхідність оптимізації сукупних витрат на транспортування пацієнтів до місць надання ПМД в межах ТД;

наявність існуючих маршрутів транспорту загального користування;

історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД;

4) в межах населеного пункту, чисельність населення якого складає не менше 750 осіб, може розташовуватись нерегулярне місце надання ПМД, що відповідає Типу «ПЗ», графік роботи якого передбачає не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень.

Для компактно розташованої та логістично пов'язаної сукупності населених пунктів, сумарна кількість наявного населення яких складає не менше 750 осіб, нерегулярне місце надання ПМД, що відповідає Типу «ПЗ», може розташовуватися в будь-якому з цих населених пунктів за умови, що графік роботи такого нерегулярного місця надання ПМД передбачає не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень;

5) для визначення економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД здійснюється порівняння вартості утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті із вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах;

6) розрахунок вартості транспортування пацієнтів з одного населеного пункту до регулярних місць надання ПМД в іншому населеному пункті залежить від наявності існуючих маршрутів транспорту загального користування, що забезпечують транспортне сполучення між цими населеними пунктами не менше чотирьох разів на день в кожному напрямку.

За наявності таких маршрутів вартість перевезення населення приймається рівною тарифу на перевезення, затвердженому для маршруту органом місцевого самоврядування.

За відсутності таких маршрутів розрахунок вартості перевезення населення до місця надання ПМД проводиться з урахуванням:

витрат на утримання та амортизацію транспортного засобу;
щорічних обов'язкових платежів (страхування тощо);
витрат на заробітну плату водія транспортного засобу;
відстані та часу доставки пацієнтів до місця надання ПМД;

7) якщо в результаті порівняння сукупні витрати на утримання нерегулярного місця надання ПМД в певному населеному пункті перевищують сукупні витрати на транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до регулярного місця надання ПМД в іншому населеному пункті, то з метою забезпечення доступності ПМД перевага надається транспортуванню пацієнтів до регулярних місць надання ПМД.

IV. Оформлення плану спроможної мережі надання ПМД

1. План спроможної мережі надання ПМД включає картографічну та описову частини.

2. Картографічна частина плану містить дві адміністративні карти - наявної мережі надання ПМД та спланованої за цим порядком спроможної мережі надання ПМД.

3. Для наявної мережі надання ПМД позначаються:

межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;

місця розташування наявних місць надання ПМД, для кожного з яких зазначається скорочена назва, межі території обслуговування та кількість населення, що проживає на цій території.

4. Для спроможних мереж надання ПМД позначаються:

межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;

межі всіх ТД та сукупна чисельність мешканців населених пунктів, що увійшли до кожної з ТД;

місця розташування наявних та/або запланованих місць надання ПМД із зазначенням кількості населення, що ними обслуговується та типом місця надання ПМД (типи «Ц», «АГ», «АМ» або «ПЗ»);

автомобільні дороги загального користування між населеними пунктами, якими забезпечується транспортування пацієнтів до існуючих та/або запланованих місць надання ПМД із зазначенням відстані в кілометрах.

5. Описова частина плану спроможних мереж надання ПМД містить таку інформацію:

зведена таблиця щодо кількості жителів, організована за ТД, населеними пунктами та типами місць надання ПМД;

щодо існуючих (перспективних) місць надання ПМД: графіки роботи, загальна (розрахункова) кількість лікарів та молодшого медичного персоналу.

V. Формування спроможних мереж надання ПМД

1. Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється з урахуванням наявних мереж надання ПМД шляхом:

розроблення відповідно до цього Порядку Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними державними адміністраціями планів спроможних мереж надання ПМД та їх затвердження за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України;

створення мережі надання ПМД відповідно до плану спроможної мережі надання ПМД в межах та порядку, визначених законодавством.

У випадку формування спроможних мереж надання ПМД на території об'єднаної територіальної громади, що утворені в межах кількох суміжних районів, спроможна мережа надання ПМД формується в межах району, в який входить найбільша частина території об'єднаної територіальної громади; з інших районів територія об'єднаної територіальної громади виключається.

2. З метою врахування інтересів територіальних громад під час розроблення планів спроможних мереж надання ПМД Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні державні адміністрації проводять обговорення з органами місцевого самоврядування та їх асоціаціями, громадськими об'єднаннями, суб'єктами господарювання.

3. З метою забезпечення відкритості та прозорості роботи з розроблення планів спроможних мереж надання ПМД може утворюватися робоча група, до складу якої можуть за згодою входити представники Ради міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрації, відповідних органів місцевого самоврядування та їх асоціацій, громадськості.

Начальник Управління
координації центрів реформ
Директор Департаменту
з питань проектування
об'єктів будівництва,
технічного регулювання
та науково-технічного розвитку

Т. Орабіна

О. Рябова

Додаток
до Порядку формування
спроможних мереж надання
первинної медичної допомоги,
(пункт 3 розділу III)

ТИПОЛОГІЯ
місць надання ПМД, що використовується для розроблення
перспективного плану спроможної мережі надання ПМД

Центр ПМД (Тип «Ц»)	
ТД	Центральна
Місце надання ПМД	Регулярне
Практика ПМД	Групова
Кадри	Не менше 7 лікарів ПМД. Укомплектованість медичним персоналом з урахуванням 5-річної перспективи (вік лікарів і медсестер, наявність лікарів-інтернів, забезпеченість житлом, плани керівництва з покращення кадрової ситуації)
Населення	Понад 15 000 осіб
Послуги	Первинна медична допомога, лабораторні дослідження та інструментальні обстеження відповідно до Порядку надання ПМД
Амбулаторія групової практики (Тип «АГ»)	
ТД	Центральна, периферійна першого порядку
Місце надання ПМД	Регулярне
Практика ПМД	Групова
Кадри	Не менше 2 лікарів ПМД. Укомплектованість - те саме, що Тип «Ц»
Населення	Від 3 000 осіб.
Послуги	Первинна медична допомога, лабораторні дослідження та інструментальні обстеження відповідно до Порядку надання ПМД
Амбулаторія моно-практики (Тип «АМ»)	
ТД	Периферійна другого порядку
Місце надання ПМД	Регулярне
Практика ПМД	Моно-практика
Кадри	1 лікар ПМД. Укомплектованість медичним персоналом з урахуванням 5-річної перспективи (вік лікаря і медсестер,

	забезпеченість житлом, життєві плани медичних працівників)
Населення	Орієнтовно 1500 осіб
Послуги	Такі ж послуги як в амбулаторії групової практики (Тип «АГ»), але у випадку відсутності лікаря (відпустка, хвороба, навчання) доступність лікарської допомоги може знижуватися
Пункт здоров'я (Тип «ПЗ»)	
ТД	Периферійна ТД першого або другого порядку
Місце надання ПМД	Нерегулярне
Практика ПМД	Як додаткова інфраструктура може бути підпорядкований іншим типам: «Ц», «АГ», або «АМ»
Кадри	Молодші спеціалісти з медичною освітою (фельдшери, медсестри) та/або лікар з надання ПМД, що забезпечує нерегулярне надання ПМД
Населення	Недостатнє для регулярного місця надання ПМД
Послуги	В межах компетенції молодших спеціалістів з медичною освітою (фельдшери, медсестри) та/або такі ж послуги як в амбулаторії (типу «АГ» або «АМ»), але тільки у дні прийому лікаря

Трансформація системи охорони здоров'я. Первинна медична допомога. Збірник нормативно-правових актів. Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я. Випуск – 15 (перевидання). Львів – 2019

Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації.

Львівська обласна організація професійної спілки працівників охорони здоров'я України.

Упорядник: відділ правової роботи та соціального захисту Львівської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я /Олійник А.М., завідувач відділу правової роботи та соціального захисту, старший викладач кафедри громадського здоров'я ЛНМУ ім. Данила Галицького, адвокат -заг. редакція; Баєв І.А., головний спеціаліст-правовий інспектор праці, адвокат; Панішко Т.І., юрисконсульт/.



**Департамент охорони здоров'я
Львівської обласної державної адміністрації**

м. Львів, вул. Конопницької, 3

тел. (032) 2764592 факс: (032) 2756037

<http://health-loda.gov.ua> e-mail: dephealth.lvivoda@gmail.com



**Львівська обласна організація професійної
спілки працівників охорони здоров'я України**

м.Львів, проспект Шевченка, 7 (6 поверх)

тел.: (032) 235-69-36, факс: (032) 225-50-52

<http://lviv.medprof.org.ua> e-mail: lviv@medprof.org.ua

Львівський юридичний медичний клуб

<http://pravomedprof.blogspot.com>

e-mail: pravomedprof@gmail.com