



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 17

Трансформація системи охорони здоров'я.
ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА)
МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Збірник нормативно-правових актів

Львів 2019

Трансформація системи охорони здоров'я. Вторинна (спеціалізована) медична допомога. Збірник нормативно-правових актів. Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я. Випуск – 17. Львів – 2019

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

Випуск №17 серії «Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я» містить основні нормативно-правові акти з питань формування госпітальних округів, організації надання та фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Використані нормативно-правові акти станом на 01.03.2019 року

Рекомендований для практичного використання у роботі 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

Формування госпітальних округів

1. Порядок створення госпітальних округів. Затв. постановою КМУ від 30.11.2016 р. № 932	5
2. Примірне положення про госпітальний округ. Затв. наказом МОЗ України від 20.02.2017 № 165	8
3. Склад госпітального округу Львівської області. Затв. розпорядженням КМУ від 11.04.2018 р. № 240-р	18

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

4. Основи законодавства України про охорону здоров'я (витяг)	19
5. Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня. Затв. наказом МОЗ України від 19.10.2018 року №1881	24
6. Вимоги до надання екстреної медичної допомоги у БЛІЛ першого та другого рівнів (додаток 1 до Об'єму, затв. наказом МОЗ від 19.10.2018 року № 1881)	28
7. Вимоги до надання медичної допомоги під час пологів, лікування патології вагітності та невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги у БЛІЛ першого та другого рівнів (додаток 2 до Об'єму, затв. наказом МОЗ від 19.10.2018 року № 1881)	32
8. Порядок регіоналізації перинатальної допомоги. Затв. наказом МОЗ України від 31.10.2011 № 726	34

Фінансове забезпечення програми медичних гарантій

9. ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19.10.2017р. № 2168-VIII	39
10. Бюджетний кодекс України (витяг)	52

11. 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
12. Постанова КМУ «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 25.04.2018р. № 410	58
13. Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018 р. № 410	59
14. Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018 р. № 410	62
15. Спеціальні умови надання медичних послуг, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою (додаток 2 до типового договору)	74
16. Постанова КМУ «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» від 27.02.2019 р. № 131	78
17. Проект постанови КМУ «Деякі питання проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги»	87

Електронна система здоров'я

18. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411	94
19. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018р. № 411	95
20. Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я. Затв. постановою КМУ від 25.04.2018р. №411	108

ПОРЯДОК **створення госпітальних округів**

Загальна частина

1. Цей Порядок встановлює критерії для визначення складу та меж госпітальних округів, а також визначає механізм їх створення.

2. Терміни, що вживаються у цьому Порядку, мають таке значення:

багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та екстреної медичної допомоги населенню у разі виникнення патологічних станів, що загрожують життю, та потерпілим під час надзвичайних ситуацій;

багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах населенню у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

госпітальний округ - це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню такої території.

3. Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, що дасть змогу забезпечити:

гарантований своєчасний доступ населенню до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості;

ефективне використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;

створення умов для підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії та надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

4. Госпітальні округи створюються на основі критеріїв, встановлених цим Порядком, та діють відповідно до примірного положення, яке затверджується МОЗ.

5. Створення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання таких принципів:

безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини;
своєчасність доступу до медичної допомоги;

економічна ефективність - забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів.

6. Створення госпітальних округів здійснюється з урахуванням:

належного робочого навантаження для закладів охорони здоров'я, що сприяє забезпеченню рівня безпеки та якості медичної допомоги;

дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги;

поточних демографічних показників, структури захворюваності, тенденцій міграції населення, а також їх прогнозу;

усталених клінічних маршрутів пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу;

інституційної спроможності прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я, у тому числі рішень щодо перепрофілювання існуючих закладів охорони здоров'я або їх подальшої спеціалізації.

Критерії визначення складу та меж госпітального округу

7. Госпітальні округи створюються Кабінетом Міністрів України в межах Автономної Республіки Крим, області.

8. До складу госпітального округу входять не менше однієї багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я.

9. Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, затверджується МОЗ.

10. Оснащення закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, здійснюється відповідно до примірних табелів матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ.

11. Багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб.

12. Багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.

Процедура визначення складу, меж та зони обслуговування госпітального округу

13. Склад, межі та зона обслуговування госпітального округу повинні бути визначені таким чином, щоб жителі, які проживають у його межах, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у межах свого госпітального округу.

14. Центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня.

Центром госпітального округу може бути населений пункт, що географічно є найближчим до центру округу, де розташована багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування.

15. Зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю прибуття до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, що не повинно перевищувати 60 хвилин, та повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям.

Зона обслуговування може бути меншою за відсутності шляхів сполучення чи особливостей рельєфу, які суттєво ускладнюють комунікації (ріки без мостів, гори).

16. Якщо за межами зон обслуговування госпітальних округів, визначених відповідно до пункту 15 цього Порядку, проживає понад 120 тис. жителів, то на таких територіях створюється госпітальний округ навколо населеного пункту, де розташована багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня, як правило, в центрі такого округу.

17. Якщо за межами зон обслуговування госпітальних округів, визначених відповідно до пункту 15 цього Порядку, проживає менш як 120 тис. жителів, то такі території повинні бути віднесені до сусідніх госпітальних округів.

18. Межі госпітальних округів повинні проходити, як правило, посередині між центрами госпітальних округів. Зазначені межі можуть зміщуватися за межі зон обслуговування, визначених у пункті 15 цього Порядку, залежно від основних клінічних маршрутів пацієнтів до закладів охорони здоров'я.

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ **про госпітальний округ**

I. Загальні положення

1. Це Примірне положення про госпітальний округ (далі – Положення) визначає загальні організаційні та процедурні засади діяльності госпітальних округів з метою забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню.

2. Метою створення госпітальних округів є сприяння організації та функціонуванню мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, що дозволить забезпечити якість і своєчасність надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню, ефективного використання бюджетних коштів.

3. У цьому Положенні терміни вживаються у такому значенні:

Функціональні потужності - кваліфіковані кадрові ресурси та матеріально-технічне оснащення, що відповідають рівню спеціалізації медичних послуг, які надаються у відповідному закладі.

Інші терміни в цьому Положенні, застосовуються у значеннях, визначених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, постанові Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів».

4. Госпітальний округ не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, окремою юридичною особою чи суб'єктом господарювання і створюється на основі критеріїв встановлених Порядком створення госпітальних округів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів», Кабінетом Міністрів України в межах Автономної Республіки Крим, області.

5. Учасниками госпітального округу є міські (міст обласного значення), районні ради та ради об'єднаних територіальних громад (далі – ОТГ), у сфері управління яких знаходяться заклади охорони здоров'я та / або які здійснюють співробітництво у сфері охорони здоров'я для забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню на відповідній території.

6. Учасники госпітального округу у своїй діяльності (діяльності госпітального округу) керуються Конституцією України, Господарським та Бюджетним кодексами України, законами України «Про місцеве самоврядування в Україні» та «Про співробітництво територіальних громад»,

іншими законами України, постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» та іншими актами Кабінету Міністрів України, а також нормативно-правовими актами з питань охорони здоров'я та цим Положенням.

7. До складу госпітального округу входять не менше однієї багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня (далі – БЛІЛ першого та другого рівнів) та інші заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу, у зоні обслуговування госпітального округу.

II. Функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу

1. Функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу визначаються на основі видів та рівня спеціалізації медичної допомоги, що надається в кожному закладі охорони здоров'я, а також функціональних потужностей таких закладів.

2. Виконання функцій БЛІЛ першого або другого рівня згідно пропозицій Госпітальної ради та рішення відповідного органу місцевого самоврядування, на території якого розміщується заклад охорони здоров'я, покладається на заклади охорони здоров'я у складі госпітального округу, функціональні потужності яких відповідають рівню БЛІЛ першого або другого рівня.

3. Функціональні потужності БЛІЛ першого або другого рівня мають відповідати рівню спеціалізації медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я і забезпечувати можливості діагностики, догляду та лікування невідкладних станів у цілодобовому режимі та надання реабілітаційної допомоги у гострому періоді. У разі наявності обґрунтованих потреб, може бути організоване функціонування окремих таких лікарень для дорослого та дитячого населення.

4. У закладах охорони здоров'я, які входять до складу госпітального округу, забезпечується дотримання медичних стандартів, які розроблені відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 28 вересня 2012 року №751 “Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України”.

5. Основними видами медичної допомоги, що надають БЛІЛ першого та другого рівнів, є екстрена та вторинна (спеціалізована) медична допомога, зокрема:

- ведення пологів (допомога під час пологів), лікування патології вагітності та надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги;
- лікування хвороб, травм, отруєнь;
- проведення хірургічних втручань;
- надання трансфузіологічної допомоги;
- зменшення ступеню важкості захворювання, травми, отруєння (за винятком паліативної допомоги);

запобігання загостренню та/або ускладненню хвороби, травми, отруєння, які поставили чи можуть поставити під загрозу життя чи нормальне функціонування організму пацієнта;

виконання діагностичних або терапевтичних процедур, які не можуть бути виконані в інших умовах (за межами лікарні);

надання реабілітаційної допомоги в гострому періоді.

6. БЛПЛ першого та другого рівнів виконують свої функції шляхом організації:

цілодобового надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у стаціонарних умовах та цілодобового надання екстреної медичної допомоги;

стабілізації стану пацієнтів, завершення надання медичної допомоги яким потребує діагностики та лікування у лікарнях, що надають третинну (високоспеціалізовану) допомогу, для подальшого транспортування бригадами екстреної медичної допомоги таких пацієнтів до цих закладів охорони здоров'я;

надання консультативної та діагностичної спеціалізованої медичної допомоги;

надання реабілітаційної допомоги під час гострого періоду;

координації своєї діяльності з надання медичної допомоги з іншими закладами охорони здоров'я на території госпітального округу та області;

направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я що надають третинну (високоспеціалізовану) допомогу відповідно до клінічних маршрутів пацієнта.

7. Спеціалізація медичної допомоги БЛПЛ першого рівня для надання екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у стаціонарних умовах здійснюється за наступними лікарськими спеціальностями: акушерство і гінекологія; анестезіологія; ендоскопія, клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія; медицина невідкладних станів; неврологія; ортопедія і травматологія; патологічна анатомія; педіатрія; рентгенологія; терапія; трансфузіологія; ультразвукова діагностика; хірургія.

8. З урахуванням медичних потреб населення зони обслуговування, на базі БЛПЛ першого рівня може бути організоване надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (у тому числі в умовах денного стаціонару) чи в амбулаторних умовах.

Рішення про можливість організації надання такої додаткової допомоги на базі БЛПЛ першого рівня приймаються з урахуванням рекомендацій Госпітальної ради відповідного госпітального округу на основі аналізу можливості забезпечення відповідної якості медичної допомоги та ефективного використання наявних фінансових ресурсів.

9. При наданні медичної допомоги у БЛПЛ першого рівня має бути забезпечено дотримання принципів інфекційного контролю та можливість тимчасової ізоляції пацієнтів з інфекційною патологією, а також можливість тимчасової ізоляції та надання базової медичної допомоги пацієнтам з гострими психічними розладами.

10. У разі відсутності на території обслуговування БЛПЛ першого рівня закладів охорони здоров'я для надання паліативної та реабілітаційної допомоги чи у разі неможливості цих лікарень повністю забезпечити потреби населення зони обслуговування у такій допомозі, у БЛПЛ першого рівня можуть створюватися відповідні структурні підрозділи, призначені для забезпечення надання паліативної та реабілітаційної допомоги.

11. Спеціалізація медичної допомоги БЛПЛ другого рівня для надання екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у стаціонарних умовах здійснюється за наступними лікарськими спеціальностями: акушерство і гінекологія; анестезіологія; гастроентерологія; гематологія; дитяча хірургія; ендокринологія; ендоскопія; інфекційні хвороби; кардіологія; клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія; комбустіологія; медицина невідкладних станів; неврологія; нейрохірургія; неонатологія; нефрологія; ортопедія і травматологія; отоларингологія; офтальмологія; патологічна анатомія; педіатрія; проктологія; психіатрія; пульмонологія; ревматологія; рентгенологія; судинна хірургія; терапія; трансфузіологія; ультразвукова діагностика; урологія; функціональна діагностика; хірургічна стоматологія; хірургія.

12. З урахуванням медичних потреб населення зони обслуговування, на базі БЛПЛ другого рівня може бути організоване надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (у тому числі в умовах денного стаціонару) чи в амбулаторних умовах.

Рішення про можливість організації надання такої додаткової допомоги на базі БЛПЛ другого рівня приймаються з урахуванням рекомендацій Госпітальної ради відповідного госпітального округу на основі аналізу можливості забезпечення відповідної якості медичної допомоги та ефективного використання наявних фінансових ресурсів.

III. Госпітальна рада госпітального округу

1. Для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації надання медичної допомоги в госпітальному окрузі створюється Госпітальна рада.

Госпітальна рада є дорадчим органом, створеним учасниками госпітального округу для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі.

2. До повноважень Госпітальної ради належать вироблення пропозицій для їх затвердження учасниками госпітального округу щодо:

трансфертів між бюджетами учасників госпітального округу для фінансування програм вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги;

багаторічного плану розвитку госпітального округу згідно з вимогами, встановленими Розділом IV цього Положення;

реорганізації і перепрофілювання закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в межах госпітального округу;

визначення закладів охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня функціональних потужностей БЛІЛ першого чи другого рівня;

призначення та звільнення керівників закладів охорони здоров'я комунальної власності, що знаходяться в межах госпітального округу;

інших питань, визначених рішеннями учасників госпітального округу, які належать до компетенції органів місцевого самоврядування щодо забезпечення надання медичної допомоги в госпітальному окрузі.

3. Членами Госпітальної ради є представники міст обласного значення, районів, ОТГ, делеговані для роботи у складі Госпітальної ради рішенням відповідних місцевих рад.

Інформація про кандидатури делегатів до Госпітальної ради публікується на сайті місцевої ради, яка їх обирає, не пізніше ніж за 7 днів до дати розгляду питання про їх делегування від відповідної місцевої ради.

Члени Госпітальної ради у діяльності, пов'язаній з роботою Госпітальної ради та госпітального округу, вживають заходів для запобігання та врегулювання конфлікту інтересів відповідно до вимог Закону України «Про запобігання корупції».

4. Госпітальна рада утворюється за ініціативою Ради міністрів Автономної Республіки Крим, відповідної обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій чи одного з учасників госпітального округу.

5. Госпітальна рада вважається сформованою, якщо рішення про делегування членів до її складу ухвалило не менше половини учасників госпітального округу і якщо кількість делегованих членів Госпітальної ради становить не менше від двох третин загальної кількості її членів, визначеної згідно з пункту 7 Розділу III цього Положення.

6. Госпітальна рада виконує свої повноваження до наступних після утворення цієї госпітальної ради виборів місцевих рад учасників госпітального округу. Після проведення наступних виборів місцевих рад учасників госпітального округу, Госпітальна рада поновлює свої повноваження в оновленому складі після прийняття рішень про делегування членів до її складу новоствореними місцевими радами учасників госпітального округу.

7. Кількість членів Госпітальної ради від кожного його учасника визначається за такою формулою:

$$Li = 1 + S \times Ni / N$$
, де:

i – назва адміністративно територіальної одиниці, що входить до складу госпітального округу;

Li – кількість членів Госпітальної ради від i-ї адміністративно-територіальної одиниці (району, міста обласного значення, ОТГ);

S – загальна кількість адміністративно-територіальних одиниць (районів, міст обласного значення, ОТГ), що входять до госпітального округу;

N_i – кількість жителів в i-й адміністративно-територіальній одиниці (районі, місті, ОТГ), встановлена для розрахунків міжбюджетних трансфертів з державного бюджету;

N – загальна кількість жителів в госпітальному окрузі.

У разі, якщо кількість членів Госпітальної ради від учасника госпітального округу, визначена за цією формулою, дорівнює дробовому числу, це число округлюється до цілого.

Представництво від районної ради в районі, територія якого повністю покривається ОТГ, в госпітальній раді відсутнє.

8. У разі створення в межах госпітального округу нової ОТГ, рада такої ОТГ набуває статусу учасника госпітального округу. У цьому разі склад Госпітальної ради відповідного госпітального округу протягом одного місяця переглядається за формулою наведеною у пункт 7 Розділу III цього Положення з метою врахування змін у кількості адміністративно-територіальних одиниць госпітального округу та розподілу населення між ними.

Секретар Госпітальної ради оновлює список членів Госпітальної ради відповідно до рішень місцевих рад адміністративних територій, кількість жителів яких змінилася у результаті створення в межах госпітального округу нової ОТГ або з інших причин.

Кандидатури членів Госпітальної ради, делеговані місцевими радами, автоматично стають членами Госпітальної ради та мають право голосу на наступному з для затвердження місцевою радою засіданні Госпітальної ради.

9. Госпітальну раду очолює голова, який обирається з числа членів ради на її першому засіданні.

За поданням голови Госпітальної ради з числа її членів обираються один або два заступника голови та секретар Госпітальної ради на строк її повноважень.

Голова Госпітальної ради звільняється рішенням Госпітальної ради з одночасним обранням нового голови Госпітальної ради.

10. Організаційна діяльність Госпітальної ради забезпечується головою Госпітальної ради, якщо інше не встановлено внутрішніми організаційними рішеннями Госпітальної ради.

11. Формою роботи Госпітальної ради є засідання відповідно до графіку засідань Госпітальної ради. Позачергове засідання може бути проведене за ініціативою третини членів госпітальної ради чи голови Госпітальної ради.

Засідання Госпітальної ради веде її голова, а за його відсутності – заступник або інший призначений ним (нею) член Госпітальної ради.

Засідання проводиться на визначеній Госпітальною радою території, а в разі, якщо вона не визначена – в населеному пункті за ініціативою того, хто ініціює таке засідання.

Засідання Госпітальної ради вважається правомочним і таким, що відбулося, якщо на ньому присутня більш ніж половина його членів. На засіданні Госпітальної ради можуть бути присутніми з правом одного

дорадчого голосу представники Ради міністрів Автономної Республіки Крим, відповідної обласної та Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, які є відповідальними за забезпечення виконання повноважень у галузі охорони здоров'я, встановлених статтями 16 та 22 Закону України «Про місцеві державні адміністрації».

Дорадчим голосом вважається можливість брати участь в обговоренні питань на засіданнях Госпітальної ради без права брати участь у голосуванні при прийнятті рішень.

Перше засідання Госпітальної ради ініціюється Радою міністрів Автономної Республіки Крим, відповідною обласною, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями протягом двох тижнів з моменту формування Госпітальної ради відповідно до цього Положення.

У разі, якщо перше засідання Госпітальної ради не було ініційоване Радою міністрів Автономної Республіки Крим, відповідною обласною, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями в зазначений термін, з відповідною ініціативою може виступити будь-яка місцева рада, сільський, селищний, міський голова, з числа учасників даного госпітального округу.

12. Госпітальна рада ухвалює пропозиції для їх затвердження відповідними радами учасників госпітального округу. З питань організації діяльності госпітальної ради, Госпітальна рада приймає внутрішні організаційні рішення.

Пропозиції та внутрішні організаційні рішення Госпітальної ради вважаються схваленими, якщо за них проголосувала більш як половина присутніх на її засіданні членів Госпітальної ради. У разі рівного розподілу голосів, вирішальним є голос головуєчого на засіданні.

Член Госпітальної ради, який не підтримує пропозиції та внутрішні організаційні рішення, може викласти у письмовій формі свою окрему думку, що додається до протоколу засідання.

13. Пропозиції та внутрішні організаційні рішення фіксуються у протоколі засідання, який підписується головуєчим та секретарем Госпітальної ради у двох примірниках, один з яких надсилається до Ради міністрів Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

У протоколі має бути зазначено:

дата, місце та час проведення засідання; прізвище, ім'я, по батькові присутніх;

порядок денний і результати обговорення питань порядку денного; питання, винесені на голосування, і підсумки голосування з цих питань;

пропозиції та внутрішні організаційні рішення, ухвалені Госпітальною радою.

Протоколи засідання Госпітальної ради публікуються в місцевих засобах масової інформації та на сайті місцевої ради адміністративної території, визначеної центром госпітального округу.

14. Копії протоколів засідань госпітальної ради, що містять пропозиції до затвердження місцевими радами учасниками госпітального округу, надаються кожному члену госпітальної ради.

Члени Госпітальної ради надають копії відповідних рішень на розгляд місцевій раді, делегатом якої вони виступають.

Місцевим радам учасників госпітального округу рекомендується розглянути рішення госпітальної ради протягом двох тижнів після їх прийняття.

Члени Госпітальної ради інформують Госпітальну раду про результати розгляду її рішень місцевою радою, делегатом якої вони виступають.

15. Організаційне, інформаційне, матеріально-технічне забезпечення діяльності Госпітальної ради забезпечує виконавчий орган місцевої ради центру госпітального округу, а до моменту його визначення – Радою міністрів Автономної Республіки Крим, відповідною обласною, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

16. Повноваження членів Госпітальної ради закінчуються у зв'язку із припиненням повноважень місцевої ради відповідної адміністративно-територіальної одиниці, за власною ініціативою члена Госпітальної ради чи відкликанням члена Госпітальної ради місцевою радою відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

17. З метою аналітичної та технічної підтримки розробки пропозицій та рішень, Госпітальна рада може залучати до своєї діяльності відповідних фахівців, науковців та представників громадськості. Залучення таких фахівців здійснюється безоплатно шляхом залучення таких фахівців на громадських засадах або шляхом оплати їх роботи з місцевих бюджетів рад – учасників госпітального округу, або за рахунок інших джерел, не заборонених законодавством України.

IV. План розвитку госпітального округу

1. План розвитку госпітального округу (далі – План розвитку) розробляють члени Госпітальної ради за підтримки Ради міністрів Автономної Республіки Крим, відповідної обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, а також виконавчих органів місцевих рад, що є учасниками госпітального округу.

План розвитку складається на період від трьох до п'яти років (включно), містить щорічні проміжні показники досягнення кінцевих показників результативності і затверджується рішенням місцевих рад.

2. План розвитку містить такі частини:

коротку описову частину стратегічного розвитку госпітального округу (мета, аналіз поточної ситуації у сфері діяльності госпітального округу, стратегічні цілі, завдання, їх зв'язок з пріоритетами стратегічного розвитку

країни, шляхи реалізації завдань та досягнення стратегічних цілей, очікувані результати);

опис клінічних маршрутів пацієнтів в межах госпітального округу (наводиться у вигляді окремого додатка);

оптимальний розподіл функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками госпітального округу та визначення напрямів та обсягу медичної допомоги, що має надаватись закладами охорони здоров'я на його території, відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів в процесі отримання послуг первинної, вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги (наводиться у вигляді окремого додатка);

перелік закладів охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня функціональних потужностей БЛІЛ першого чи другого рівня;

плани розвитку закладів охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня функціональних потужностей БЛІЛ першого чи другого рівня рівнів з оцінкою можливих ризиків і оцінкою відповідних інвестиційних потреб (наводяться в розрізі кожного закладу охорони здоров'я у вигляді окремого додатка);

пропоновані підходи та заходи щодо реорганізації, в тому числі перепрофілювання, закладів охорони здоров'я (переобладнання, програми перекваліфікації тощо), а також оцінку фінансових потреб на проведення відповідних заходів;

оцінку обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування викладених в Плані розвитку заходів за рахунок місцевих бюджетів відповідних територіальних громад, недержавних інвестицій, спонсорських та благодійних внесків, коштів міжнародної допомоги та інших джерел (наводиться з розбивкою на кожен рік; прогноз залучення коштів з місцевих бюджетів попередньо узгоджується з виконавчим органом та бюджетною комісією відповідної місцевої ради, про результати узгодження зазначається у плані розвитку; у разі, якщо очікується залучення недержавних коштів, до плану розвитку докладаються відповідні угоди з потенційними спонсорами), а також оцінку додаткової потреби в коштах, яка не може бути покрита з перелічених вище джерел;

механізми моніторингу та звітування закладами охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня БЛІЛ першого чи другого рівня, про хід процесу розвитку та поліпшення послуг перед учасниками госпітального округу та населенням, що проживає у межах його території.

3. Госпітальна рада щороку проводить аналіз виконання Плану розвитку та звітує про це МОЗ України, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, відповідній обласній, Київській та Севастопольській міській державній адміністрацій, а також населенню, що проживає на території госпітального округу.

4. За результатами аналізу виконання Плану розвитку, Госпітальна рада пропонує внесення змін та оновлень до цього документа. При цьому внесення

змін до очікуваних показників результативності допускається не частіше, ніж один раз на три роки.

5. Після закінчення строку дії Плану розвитку, Госпітальна рада готує і подає на затвердження План розвитку на наступний період.

V. Фінансування розвитку госпітального округу

1. Джерелом фінансування розвитку госпітального округу відповідно до затвердженого Плану розвитку можуть бути: місцеві бюджети територіальних громад, недержавні інвестиції, спонсорські та благодійні внески, кошти міжнародної допомоги та інші джерела, не заборонені законодавством України.

Начальник Управління координації
центрів реформ

Орабіна Т.М.

СКЛАД
госпітального округу Львівської області

Найменування госпітального округу	Склад госпітального округу
Львівський госпітальний округ	всі заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню, розміщені на території: м. Львова м. Червонограда Сокальського району Радехівського району Бродівського району Кам'янка-Бузького району Буського району Золочівського району Перемишлянського району Пустомитівського району Жовківського району Яворівського району Мостиського району Городоцького району м. Самбора Самбірського району Старосамбірського району м. Дрогобича м. Борислава м. Трускавця Дрогобицького району м. Нового Роздолу Миколаївського району Жидачівського району м. Стрия м. Моршина Стрийського району Сколівського району Турківського району

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 35. Екстрена медична допомога

Екстрена медична допомога - медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

{Частина перша статті 35 в редакції Закону № 5081-VI від 05.07.2012}

Правові, організаційні та інші засади надання екстреної медичної допомоги визначаються законом.

{Стаття 35 в редакції Закону № 3611-VI від 07.07.2011}

Стаття 35². Вторинна (спеціалізована) медична допомога

Вторинна (спеціалізована) медична допомога - медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я:

в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;

в амбулаторних умовах - консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу також можуть надавати лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці.

Лікуючим лікарем з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є лікар закладу охорони здоров'я, де надається така допомога, або лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець, які отримали підготовку за відповідною спеціальністю (крім спеціальності "загальна практика - сімейна медицина").

Лікуючого лікаря з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, визначає

керівник цього закладу або уповноважена ним на прийняття відповідних рішень особа.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, а також порядок надання такої допомоги визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

З метою забезпечення належної якості та доступності безоплатної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я в Україні створюються госпітальні округи. Порядок створення госпітальних округів встановлюється Кабінетом Міністрів України.

{Основи законодавства доповнено статтею 35⁻² згідно із Законом № 3611-VI від 07.07.2011}

Стаття 35⁻⁴. Паліативна допомога

На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

{Основи законодавства доповнено статтею 35⁴ згідно із Законом № 3611-VI від 07.07.2011}

Стаття 35⁵. Медична реабілітація

Медична реабілітація - вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Медична реабілітація призначається пацієнтам:

після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності;

з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;

у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

Медична реабілітація здійснюється за медичними показаннями у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

{Основи законодавства доповнено статтею 35⁵ згідно із Законом № 3611-VI від 07.07.2011}

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 35⁻⁶ 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}

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
19 жовтня 2018 року № 1881
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
13 листопада 2018 р.
за № 1292/32744

ОБ'ЄМ
надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що
повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями
інтенсивного лікування першого та другого рівня

І. Загальні положення

1. Цей Об'єм установлює обсяг надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, який мають забезпечувати багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівнів (далі - БЛІЛ першого та другого рівнів), для забезпечення гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої), у тому числі екстреної, медичної допомоги належної якості в межах створених госпітальних округів з урахуванням переліку лікарських спеціальностей в БЛІЛ першого та другого рівнів.

2. У цьому Об'ємі терміни вживаються у таких значеннях:

госпітальна рада - дорадчий орган, створений учасниками госпітального округу для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі;

функціональні потужності - наявність персоналу з відповідним освітнім, кваліфікаційним рівнем та матеріально-технічною базою, що відповідають обсягу медичної допомоги, яка надається у БЛІЛ першого та другого рівнів.

Інші терміни в цьому Об'ємі застосовуються у значеннях, визначених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, постанові Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів».

3. Основним завданням БЛІЛ першого та другого рівнів є надання вторинної (спеціалізованої), у тому числі екстреної, медичної допомоги, зокрема:

ведення пологів (допомога під час пологів), лікування патології вагітності та надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги;

лікування хвороб, травм, отруєнь;

проведення хірургічних втручань;

зменшення ступеня важкості захворювання, травми, отруєння (за винятком паліативної допомоги);

запобігання загостренню та/або ускладненню хвороби, травми, отруєння, які загрожують життю і здоров'ю пацієнта;

виконання діагностичних або терапевтичних процедур, які не можуть бути виконані в інших умовах (за межами лікарні);

надання реабілітаційної допомоги в гострому періоді;

інші завдання відповідно до потреб населення в медичній допомозі.

4. БЛПЛ першого та другого рівнів виконують свої завдання шляхом організації:

цілодобового надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги пацієнтам;

стабілізації стану пацієнтів, завершення надання медичної допомоги яким потребує діагностики та лікування у лікарнях, що надають третинну (високоспеціалізовану) допомогу, для подальшого транспортування таких пацієнтів бригадами екстреної медичної допомоги до цих закладів охорони здоров'я;

надання консультативної та діагностичної спеціалізованої медичної допомоги;

надання реабілітаційної допомоги під час гострого періоду;

координації діяльності з надання медичної допомоги з іншими закладами охорони здоров'я на території госпітального округу та області;

направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) допомогу відповідно до клінічних маршрутів пацієнта.

Для виконання зазначених завдань БЛПЛ першого та другого рівнів та органи управління закладами охорони здоров'я забезпечують наявність відповідних функціональних потужностей.

5. БЛПЛ першого та другого рівнів надають медичну допомогу в амбулаторних умовах (в консультативно-діагностичних підрозділах або центрах, що працюють у складі лікарні) та в умовах стаціонару.

За місцем проживання (перебування) пацієнта, за наявності відповідних клінічних показів, надається екстрена (невідкладна) медична допомога та/або вторинна (спеціалізована), та/або паліативна медична допомога, яка може надаватися в амбулаторних умовах.

II. Особливості надання медичної допомоги

1. БЛПЛ першого рівня забезпечує надання медичної допомоги у стаціонарних умовах за такими лікарськими спеціальностями:

акушерство і гінекологія;

анестезіологія;

медицина невідкладних станів;

неврологія;

ортопедія і травматологія;

патологічна анатомія;

педіатрія;

терапія;

трансфузіологія;

хірургія.

БЛПЛ першого рівня забезпечує діагностику стану пацієнта за такими лікарськими спеціальностями:

ендоскопія;

клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія;

рентгенологія;

ультразвукова діагностика.

2. З урахуванням медичних потреб населення зони обслуговування на базі БЛПЛ першого рівня може бути організовано надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (у тому числі в умовах денного стаціонару). Рішення про можливість організації надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями на базі БЛПЛ першого рівня приймає орган управління закладу охорони здоров'я з урахуванням пропозицій та рекомендацій госпітальної ради. Надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями можливе за наявності відповідних функціональних потужностей.

3. Під час надання стаціонарної медичної допомоги у БЛПЛ першого рівня має бути забезпечено дотримання принципів інфекційного контролю та можливість тимчасової ізоляції пацієнтів з інфекційною патологією, а також можливість тимчасової ізоляції та надання базової медичної допомоги пацієнтам з гострими психічними розладами.

4. У разі відсутності на території обслуговування БЛПЛ першого рівня закладів охорони здоров'я для надання паліативної та реабілітаційної допомоги або якщо ці лікарні не у змозі повністю забезпечити потреби населення зони обслуговування у такій допомозі, у БЛПЛ першого рівня можуть створюватися відповідні структурні підрозділи, призначені для забезпечення надання паліативної та реабілітаційної допомоги.

5. БЛПЛ другого рівня забезпечує надання медичної допомоги у стаціонарних умовах за такими лікарськими спеціальностями:

акушерство і гінекологія;

анестезіологія;

гастроентерологія;

гематологія;

дитяча хірургія;

ендокринологія;

інфекційні хвороби;

кардіологія;

комбустіологія;

медицина невідкладних станів;

неврологія;

нейрохірургія;

неонатологія;

нефрологія;

ортопедія і травматологія;
отоларингологія;
офтальмологія;
патологічна анатомія;
педіатрія;
проктологія;
психіатрія;
пульмонологія;
ревматологія;
судинна хірургія;
терапія;
трансфузіологія;
урологія;
хірургічна стоматологія;
хірургія.

БЛПЛ другого рівня забезпечує діагностику стану пацієнта за такими лікарськими спеціальностями:

ендоскопія;
клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія;
рентгенологія;
ультразвукова діагностика;
функціональна діагностика.

6. З урахуванням медичних потреб населення зони обслуговування на базі БЛПЛ другого рівня може бути організовано надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (у тому числі в умовах денного стаціонару). Рішення про можливість організації надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями на базі БЛПЛ другого рівня приймають органи управління закладами охорони здоров'я з урахуванням пропозицій та рекомендацій госпітальної ради. Надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями можливе за наявності відповідних функціональних потужностей.

7. БЛПЛ першого та другого рівнів надають вторинну медичну допомогу з урахуванням вимог до надання екстреної медичної допомоги у БЛПЛ першого та другого рівнів, медичної допомоги під час пологів, лікування патології вагітності та невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги у БЛПЛ першого та другого рівнів, визначених у додатках 1 і 2 до цього Об'єму.

8. Перелік лікарських спеціальностей, за якими у БЛПЛ першого та другого рівнів надається медична допомога в амбулаторних умовах, визначають органи управління закладами охорони здоров'я.

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

Т. Орабіна

Додаток 1
до Об'єму надання вторинної
(спеціалізованої) медичної допомоги,
що повинен забезпечуватися
багатопрофільними лікарнями
інтенсивного лікування першого
та другого рівня
(пункт 7 розділу II)

ВИМОГИ

до надання екстреної медичної допомоги у БЛЛ першого та другого рівнів

1. У рамках надання допомоги пацієнтам, які перебувають у невідкладних станах, БЛЛ першого та другого рівнів у цілодобовому режимі виконують:

БЛЛ першого рівня	БЛЛ другого рівня
медичне сортування пацієнтів	медичне сортування пацієнтів
швидку оцінку стану пацієнта та безперервний моніторинг стану пацієнта	швидку оцінку стану пацієнта та безперервний моніторинг стану пацієнта
моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу	моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу
рентгенодіагностику та ультразвукову діагностику	рентгенодіагностику та ультразвукову діагностику
ЕКГ	ЕКГ
рентгенівську комп'ютерну томографію	рентгенівську комп'ютерну томографію
	магнітно-резонансну томографію
	ангіографію в умовах відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії
лікування гострих і невідкладних станів з можливістю проведення діагностики, лабораторних досліджень, моніторингу, реанімаційних заходів та інтенсивної терапії	лікування гострих і невідкладних станів з можливістю проведення діагностики, лабораторних досліджень, моніторингу, реанімаційних заходів та інтенсивної терапії
повний обсяг екстреної та невідкладної медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах згідно з медико-технологічними документами та відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів	повний обсяг екстреної та невідкладної медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах згідно з медико-технологічними документами та відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів
медичну допомогу мультидисциплінарними командами	медичну допомогу мультидисциплінарними командами

стабілізацію стану пацієнтів з невідкладними станами шляхом проведення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії	стабілізацію стану пацієнтів з невідкладними станами шляхом проведення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії
забезпечення цілодобової доступності (включаючи можливість використання телемедицини) до відповідних працівників охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів (такі працівники можуть бути залучені з інших установ з можливістю прибуття до пацієнта в режимі 24 години / 7 днів на тиждень (далі - 24/7))	забезпечення цілодобової доступності (включаючи можливість використання телемедицини) до відповідних працівників охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів
за потреби підготовку та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів	за потреби підготовку та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів
екстрені та невідкладні хірургічні втручання	екстрені та невідкладні хірургічні втручання
трансфузіологічну допомогу	трансфузіологічну допомогу
реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді (не цілодобово)	реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді (не цілодобово)
медичну допомогу пацієнтам, що отримують паліативну допомогу та потребують невідкладної допомоги у зв'язку з іншим станом	медичну допомогу пацієнтам, що отримують паліативну допомогу та потребують невідкладної допомоги у зв'язку з іншим станом

2. Для надання допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда (далі - ГІМ-) БЛЛ першого та другого рівнів у цілодобовому режимі залежно від рівня лікарень та наявності у них відділень інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії виконують:

БЛЛ першого рівня і БЛЛ другого рівня, на базі якого не створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії	БЛЛ другого рівня, на базі якого створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії
діагностику ГІМ	діагностику ГІМ
екстрене визначення основних біохімічних показників і специфічних кардіологічних тестів крові для підтвердження пошкодження кардіоміоцитів, диференціальної діагностики та динамічного спостереження за пацієнтами	екстрене визначення основних біохімічних показників і специфічних кардіологічних тестів крові для підтвердження пошкодження кардіоміоцитів, диференціальної діагностики та динамічного спостереження за пацієнтами
безперервний моніторинг стану пацієнтів	безперервний моніторинг стану пацієнтів

фібринолітичну терапію у випадку неможливості своєчасної доставки пацієнта до БЛІЛ другого рівня, на базі якого створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії	
моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу	моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу
	повний спектр медичної допомоги для проведення екстрених катетеризацій коронарних артерій серця і відновлення кровотоку по інфаркт-залежній артерії
реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді (не цілодобово)	реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді (не цілодобово)
за потреби підготовку та переведення пацієнтів до БЛІЛ другого рівня, на базі якого створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії, відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів	за потреби підготовку та переведення пацієнтів до закладів охорони здоров'я вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів
координацію надання допомоги пацієнтам з ГІМ із закладами первинної медичної допомоги, БЛІЛ другого рівня, на базі якого створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії, та зі службою екстреної медичної допомоги	координацію надання допомоги пацієнтам з ГІМ із закладами первинної, вторинної медичної допомоги та службою екстреної медичної допомоги, розташованими на території госпітального округу

БЛІЛ першого рівня та БЛІЛ другого рівня, на базі якого не створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії, мають узгодити та забезпечити систему підготовки та направлення пацієнтів з ГІМ до БЛІЛ другого рівня, на базі якого створено відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії.

3. Для надання допомоги пацієнтам з мозковим інсультом (далі - МІ) БЛІЛ першого та другого рівнів у цілодобовому режимі виконують:

БЛІЛ першого рівня	БЛІЛ другого рівня
діагностику МІ з наданням пріоритетності на етапі обстеження (наявність системи попереднього інформування закладу охорони здоров'я про наближення пацієнта з інсультом для активації ресурсів закладу охорони здоров'я з метою забезпечення можливості	діагностику МІ з наданням пріоритетності а етапі обстеження (наявність системи попереднього інформування закладу охорони здоров'я про наближення пацієнта з інсультом для активації ресурсів закладу охорони здоров'я з метою забезпечення можливості

проведення реперфузійної терапії в рамках терапевтичного вікна)	проведення реперфузійної терапії в рамках терапевтичного вікна)
у випадку неможливості своєчасної доставки пацієнта до БЛЛЛ другого рівня проведення тромболітичної терапії (при ішемічній формі МІ), а також контроль гемостазу після проведення тромболітичної терапії	тромболітичну терапію (при ішемічній формі МІ), а також контроль гемостазу після проведення тромболітичної терапії
	екстрену нейрохірургічну допомогу
	ендоваскулярні втручання
координацію надання допомоги з БЛЛЛ другого рівня та службою екстреної медичної допомоги	координацію надання допомоги із закладом, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, та службою екстреної медичної допомоги
забезпечення за потреби підготовки та переведення пацієнтів до БЛЛЛ другого рівня або до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, для подальшої діагностики та лікування	забезпечення за потреби підготовки та переведення пацієнтів до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, для подальшої діагностики та лікування
забезпечення наявності системи внутрішнього оповіщення для невідкладного залучення фахівців мультидисциплінарної команди	забезпечення наявності системи внутрішнього оповіщення для невідкладного залучення фахівців мультидисциплінарної команди
моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу	моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу
забезпечення наявності інсультних ліжок або спеціалізованого інсультного відділення з цілодобовим поданням кисню	забезпечення наявності інсультних ліжок або спеціалізованого інсультного відділення з цілодобовим поданням кисню
забезпечення наявності відділення інтенсивної терапії із засобами підтримання дихання	забезпечення наявності відділення інтенсивної терапії із засобами підтримання дихання
реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді та переведення пацієнтів до відділення (центру) реабілітації для надання реабілітаційної допомоги в підгострому періоді (не цілодобово)	реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді та переведення пацієнтів до відділення (центру) реабілітації для надання реабілітаційної допомоги в підгострому періоді (не цілодобово)

4. БЛЛЛ другого рівня має здійснювати не менше 400 госпіталізацій на рік пацієнтів з томографічно верифікованим діагнозом МІ.

Додаток 2
до Об'єму надання вторинної
(спеціалізованої) медичної допомоги,
що повинен забезпечуватися
багатопрофільними лікарнями
інтенсивного лікування першого
та другого рівня
(пункт 7 розділу II)

ВИМОГИ
до надання медичної допомоги під час пологів, лікування
патології вагітності та невідкладної акушерсько-
гінекологічної допомоги у БЛЛ першого та другого рівнів

1. БЛЛ першого рівня забезпечують надання I рівня перинатальної допомоги відповідно до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 726, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 19 січня 2012 року за № 68/20381.

2. БЛЛ другого рівня забезпечують надання II рівня перинатальної допомоги відповідно до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 726, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 19 січня 2012 року за № 68/20381.

3. Надання акушерсько-гінекологічної допомоги здійснюється щодо пацієнтів:

БЛЛ першого рівня	БЛЛ другого рівня
з одноплідною вагітністю	з одноплідною/багатоплідною вагітністю
з низьким рівнем акушерського та/або перинатального ризику, без тяжкої екстрагенітальної патології	із середнім рівнем акушерського та/або перинатального ризику
новонароджених з масою тіла > 2500 г (термін гестації ≥ 37 тижнів)	новонароджених з масою тіла > 1500 г (термін гестації ≥ 34 тижні)

4. У цілодобовому режимі виконують:

БЛЛ першого рівня	БЛЛ другого рівня
ведення нормальних пологів	ведення нормальних пологів
	ведення патологічних пологів

ургентні кесареві розтини	ургентні кесареві розтини, кесареві розтини з рубцем на матці
динамічне спостереження за породіллями (у тому числі лабораторне спостереження (рутинний гемостаз, кислотно-лужна рівновага, гази крові, електроліти плазми))	динамічне спостереження за породіллями (у тому числі лабораторне спостереження (рутинний гемостаз, кислотно-лужна рівновага, гази крові, електроліти плазми))
трансфузіологічну допомогу	трансфузіологічну допомогу
спостереження і догляд за новонародженими	спостереження і догляд за новонародженими
	допомогу новонародженим з патологічними станами
невідкладну медичну допомогу, інтенсивну терапію жінкам, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим	невідкладну медичну допомогу, інтенсивну терапію жінкам, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим
консультування з питань грудного вигодовування і післяпологової контрацепції (не цілодобово)	консультування з питань грудного вигодовування і післяпологової контрацепції (не цілодобово)
стабілізацію невідкладних гінекологічних станів (ургентні гінекологічні операції) та переведення до закладу охорони здоров'я вищого рівня медичної допомоги	стабілізацію невідкладних гінекологічних станів (ургентні гінекологічні операції) та переведення до закладу охорони здоров'я вищого рівня медичної допомоги

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
31.10.2011 № 726
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 19 січня 2012 р.
за № 68/20381

ПОРЯДОК регіоналізації перинатальної допомоги

I. Загальні положення

1.1. Цей Порядок регулює відносини між пацієнтами (жінками, вагітними, роділлями, породіллями, новонародженими тощо) та закладами охорони здоров'я, які забезпечують етапність надання перинатальної допомоги за трьома рівнями перинатальної допомоги з урахуванням регіональних особливостей.

1.2. У цьому Порядку термін «регіоналізація» має таке значення - це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечить своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

1.3. Рівні перинатальної допомоги визначаються за такими критеріями:
мережею закладів охорони здоров'я, що надають перинатальну допомогу;
категорією пацієнтів, яким надається медична допомога (ступінь перинатального ризику);
наявністю можливості виїзних консультацій;
можливістю транспортування пацієнтів;
кваліфікацією медичного персоналу;
обсягом надання медичної допомоги;
рівнем матеріально-технічного оснащення;
перинатальними технологіями, що використовуються в закладі охорони здоров'я.

II. Мета і завдання регіоналізації перинатальної допомоги

2.1. Мета регіоналізації перинатальної допомоги - покращення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, захворюваності новонароджених, створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

2.2. Регіоналізація перинатальної допомоги передбачає:

2.2.1 розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам у кожному окремому регіоні (Автономна Республіка Крим, області, міста Київ і Севастополь) за трьома рівнями.

Трирівнева система передбачає розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я відповідно до рівнів перинатальної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласні управління (головні управління) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій розробляють власну внутрішню структуру (модель) регіоналізації з урахуванням територіальних, матеріально-технічних і кадрових можливостей організації медичної допомоги матерям та дітям;

2.2.2 розподіл перинатальної допомоги за рівнями надання медичної допомоги;

2.2.3 визначення переліку показань до госпіталізації і правил транспортування вагітних та новонароджених у заклади охорони здоров'я II і III рівнів перинатальної допомоги залежно від ступеня ризику вагітності і пологів, розвитку плода;

2.2.4 організацію дистанційного консультування з використанням інформаційних технологій, у тому числі телемедицини;

2.2.5 організацію безперервного навчання працівників.

Для надання акушерсько-гінекологічної допомоги вагітним груп ризику, роділлям, породіллям і новонародженим необхідно дотримуватися регіоналізації в організації пологової допомоги за трирівневою системою.

III. Рівні та обсяг перинатальної допомоги в закладах охорони здоров'я

Глава 1. I рівень перинатальної допомоги

1.1. До закладів охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги належать:

1.1.1 на амбулаторному (догоспітальному) етапі - фельдшерсько-акушерський пункт (далі - ФАП), фельдшерський пункт, сільська лікарська амбулаторія, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ПМСД), амбулаторія загальної практики сімейної медицини, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї;

1.1.2 на госпітальному етапі - багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування першого рівня з кількістю пологів 400 і більше на рік, пологові відділення районних, центральних районних та міських лікарень;

{Підпункт 1.1.2 пункту 1.1 глави 1 розділу III в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1881 від 19.10.2018}

1.1.3 у пілотних регіонах на I рівні перинатальна допомога надається на амбулаторному (догоспітальному) етапі в центрах ПМСД та жіночих консультаціях консультативних поліклінік лікарні планового лікування.

На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога надається у відділенні патології вагітних лікарні планового лікування.

1.2. Заклади охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги забезпечують:

1.2.1 профілактичну та інформаційно-просвітницьку роботу (включно з питаннями планування сім'ї);

1.2.2 діагностику вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності;

1.2.3 виявлення та скеровування вагітних груп ризику на вищий рівень надання перинатальної допомоги;

1.2.4 надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим при невідкладних станах;

1.2.5 розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах;

1.2.6 здійснення динамічного спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції).

На рівні первинної медико-санітарної допомоги, починаючи з фельдшерсько-акушерського пункту, повинно здійснюватися диспансерне спостереження жінок під час вагітності, надання відповідно долікарської та лікарської допомоги, своєчасне скерування для надання спеціалізованої медичної допомоги з подальшим динамічним спостереженням у жіночих консультаціях (кабінетах) або закладах охорони здоров'я вищого рівня перинатальної допомоги та надання у них акушерсько-гінекологічної допомоги.

1.3. Медичний персонал стаціонарів і наявне в них матеріально-технічне оснащення повинні забезпечити надання допомоги жінкам низького рівня перинатального ризику при фізіологічних пологах, визначення стану здоров'я новонародженого, догляд та спільне перебування з матір'ю. Заклад охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги повинен бути готовим до надання невідкладної медичної допомоги у невідкладних випадках, інтенсивної терапії жінкам, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим до стабілізації стану та переведення в заклад охорони здоров'я вищого рівня перинатальної допомоги.

1.4. Пологові відділення закладу охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги, крім мінімального базового оснащення, повинні мати обладнання для первинної реанімації новонароджених та для надання невідкладної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, палату інтенсивної терапії новонароджених (залежно від кількості пологів, але не менше одного ліжка) з наявністю кисневого намету, з неінвазивною дихальною підтримкою (CPAP).

Якщо вагітна, роділля, породілля, новонароджений потребуватимуть госпіталізації на більш високий рівень для надання медичної допомоги вищого рівня, необхідно стабілізувати їх стан і викликати спеціалізований транспорт із закладу охорони здоров'я вищого рівня перинатальної допомоги для переведення вагітної, та/або роділлі, та/або породіллі, та/або новонародженого.

Глава 2. II рівень перинатальної допомоги

2.1. На II рівні перинатальної допомоги передбачається створення закладів охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги з кількістю пологів не менше 400 на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км. Для віддалених районів питання щодо кількості пологів вирішуватиметься в індивідуальному порядку з

урахуванням можливостей регіону за погодженням з територіальним органом охорони здоров'я.

2.2. До закладів охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги належать:

2.2.1 на догоспітальному етапі - жіночі консультації як юридичні особи, так і відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та/або міських багатoproфільних поліклінік, та/або міських багатoproфільних лікарень;

2.2.2 на госпітальному етапі - багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування другого рівня з кількістю пологів 800 і більше на рік, міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у тому числі створені на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральної районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів, з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км.

{Підпункт 2.2.2 пункту 2.2 глави 2 розділу III в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1881 від 19.10.2018}

2.3. Заклади охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги забезпечують:

2.3.1 обсяг надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, як на I рівні перинатальної допомоги;

2.3.2 надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла >1500 г (термін гестації ≥ 34 тижнів), які мають порушення життєво важливих органів;

2.3.3 у закладах охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше трьох ліжок;

2.3.4 якщо вагітна, роділля, породілля, новонароджений потребуватимуть госпіталізації на III рівень надання медичної допомоги, необхідно стабілізувати їхній стан та викликати спеціалізований транспорт (спеціалізовану лікарську бригаду) з пологопомічного закладу вищого рівня для переведення вагітної, та/або роділлі, та/або породіллі, та/або новонародженого;

2.3.5 у пілотних регіонах на II рівні перинатальна допомога надається на амбулаторному (догоспітальному) етапі в жіночих консультаціях консультативно-діагностичних центрів лікарень інтенсивного лікування.

На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога надається у відділенні патології вагітних, пологовому відділенні з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених, відділенні неонатального догляду та лікування новонароджених лікарні інтенсивного лікування.

Глава 3. III рівень перинатальної допомоги

3.1. До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний (республіканський Автономної Республіки Крим) перинатальний центр або міський перинатальний центр (міст Києва та Севастополя) як

юридична особа, так і відокремлений структурний підрозділ закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги.

3.2. Заклади охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги на тих адміністративно-територіальних одиницях, які мають вищі медичні навчальні заклади I-IV рівнів акредитації, можуть бути клінічними базами кафедр державних вищих медичних навчальних закладів.

На адміністративно-територіальній одиниці, де відсутні вищі медичні навчальні заклади, організаційно-методична, консультативна допомога територіально наближеним перинатальним центрам надається клініками науково-дослідних установ.

3.3. В Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі обов'язково створюється не менше одного обласного (республіканського, міського) перинатального центру.

Система регіоналізації перинатальної допомоги передбачає створення перинатального центру III рівня потужністю, яка визначається потребою у високоспеціалізованій перинатальній допомозі, в розрахунку один на 7000-10000 пологів, крім міста Севастополя.

3.4. Заклади охорони здоров'я III рівня забезпечують:

3.4.1 надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня акушерського та перинатального ризиків (за сукупністю факторів) та новонародженим з масою тіла ≤ 1500 г і терміном гестації ≤ 34 тижнів, у тому числі новонародженим із критично низькою вагою при народженні незалежно від наявної патології;

3.4.2 надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, у тому числі з виїздом у заклади охорони здоров'я I та II рівнів перинатальної допомоги;

3.4.3 взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я;

3.4.4 у закладах охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше дванадцяти ліжок.

Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення

С.І. Осташко

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 роздрібної 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 експертизи, 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;

6) 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 103⁻⁴. 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 103⁻⁴ 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.

{Частина 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.

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 формувався 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, безлади, 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 посилається 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

Місцезнаходження _____
Код згідно з ЄДРПОУ _____

Реквізити рахунку _____

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

МФО _____
Розрахунковий рахунок _____

(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 рахунок 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."

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 27 лютого 2019 р. № 131

Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області

Відповідно до пункту 3 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” та статті 23 Закону України “Про Державний бюджет України на 2019 рік” Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Запровадити з 1 квітня по 31 грудня 2019 р. пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області (далі — пілотний проект).

2. Затвердити такі, що додаються:

Порядок здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області;

Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області.

3. Установити, що:

1) на період дії пілотного проекту норми, визначені абзацом третім пункту 2 постанови 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) та пунктами 7, 11 і 12 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410, до договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проектом не застосовуються;

2) договори про медичне обслуговування населення за пілотним проектом укладаються до 15 березня 2019 р. в електронній формі з дотриманням законодавства про електронний документообіг на строк з 1 квітня по 31 грудня 2019 року.

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

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

ПОРЯДОК

здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області

1. Цей Порядок регулює механізм здійснення пілотного проекту, який фінансується за бюджетною програмою “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області” (далі — пілотний проект), тарифи і коригувальні коефіцієнти.

2. Дія цього Порядку поширюється на комунальні заклади охорони здоров’я, на базі яких здійснюється пілотний проект, що зазначені в додатку 1, або правонаступників таких закладів.

3. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

1) денний стаціонар — спосіб організації надання медичних послуг шляхом госпіталізації пацієнтів на денний час за умови відсутності показань до цілодобового лікарського нагляду;

2) діагностично споріднена група — група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов’язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для діагностики і лікування в умовах стаціонару;

3) ваговий коефіцієнт — коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності клінічних випадків та інтенсивність використання ресурсів для діагностики і лікування в рамках однієї діагностично спорідненої групи щодо загальної середньої вартості діагностики та лікування клінічного випадку в умовах стаціонару;

4) пролікований випадок — комплекс наданих медичних послуг пацієнту, пов’язаних з лікуванням клінічного випадку в умовах стаціонару, що завершується вибуттям пацієнта із стаціонару;

5) середній індекс структури випадків — середнє значення всіх вагових коефіцієнтів за пролікованими випадками у стаціонарних умовах у відповідному періоді.

Інші терміни в цьому Порядку 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. У пілотному проекті мають право брати участь комунальні заклади охорони здоров’я, зазначені в додатку 1, або їх правонаступники за умови, що вони відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) (далі — учасники пілотного проекту).

5. НСЗУ у межах пілотного проекту укладає з учасниками пілотного проекту договори про медичне обслуговування населення на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги, крім послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501) (далі — договір).

6. Загальна орієнтовна ціна, на яку укладається договір, розраховується як сума глобальних ставок на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги і медичні послуги стаціонарної допомоги, що зазначені в додатку 1. У разі коли договір з учасником пілотного проекту, крім обласних наркологічних диспансерів, укладається на надання медичних послуг стаціонарної допомоги, до суми глобальних ставок додається добуток запланованої кількості пролікованих випадків, ставки на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків та коефіцієнта рівня стаціонару відповідного учасника пілотного проекту.

Запланована кількість пролікованих випадків визначається згідно з інформацією, наданою департаментом охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації за попередні періоди, та зазначається в договорі.

Запланований середній індекс структури випадків відповідного учасника пілотного проекту зазначається в договорі та розраховується за формулою:

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_i} \times RW_i}{Cases_{plan}},$$

де CMI_{plan} — запланований середній індекс структури випадків для відповідного учасника пілотного проекту;

$Cases_{plan_i}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за діагностично спорідненою групою i для відповідного учасника пілотного проекту;

RW_i — ваговий коефіцієнт діагностично спорідненої групи i ;

$Cases_{plan}$ — загальна запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги для відповідного учасника пілотного проекту.

Різниця між загальною орієнтовною ціною всіх укладених договорів станом на 1 квітня 2019 р. та загальною сумою бюджетних асигнувань, передбачених для здійснення пілотного проекту, дорівнює сумі резервних видатків. У межах резервних видатків може бути збільшено загальну орієнтовну ціну договорів у наступних періодах із внесенням відповідних змін до договорів.

7. Для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічної допомоги, у тому числі послуг, що надаються в умовах денного стаціонару, застосовується тариф у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 квітня до 31 грудня 2019 р. згідно з додатком 1.

8. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги, що надаються усіма учасниками пілотного проекту, крім обласних наркологічних диспансерів, використовується комбінація тарифів у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 квітня до 31 грудня 2019 р. та ставки на пролікований випадок. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги в обласних наркологічних диспансерах застосовується тільки тариф у вигляді глобальної ставки. Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги для учасників пілотного проекту встановлений у додатку 1. Розмір ставки на пролікований випадок (далі — базова ставка) становить 1 421 гривню.

9. До базової ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) вагові коефіцієнти, що зазначені в додатку 2;

2) коефіцієнти рівня стаціонару, що становлять:

для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проекту, що перебувають в управлінні обласної ради, — 1,3;

для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проекту, що перебувають в управлінні міської або районної ради, — 1;

3) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується не рідше одного разу на квартал за формулою, наведеною в додатку 3.

10. Сума оплати за медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги за місяць розраховується як $1/9$ розміру глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги.

11. Сума оплати за медичні послуги стаціонарної допомоги за місяць розраховується як сума $1/9$ розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги та добутку загальної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично спорідненою групою, базової ставки, вагового коефіцієнта відповідної діагностично спорідненої групи, коефіцієнта рівня стаціонару учасника пілотного проекту, коефіцієнта збалансованості бюджету, що застосовується у відповідному періоді. При цьому для розрахунку суми оплати враховуються лише проліковані випадки, про які надавач медичних послуг подав інформацію НСЗУ та які зазначені у звіті про медичні послуги, щодо якого НСЗУ не було подано заперечень чи зауважень. Сума оплати за медичні послуги стаціонарної допомоги в обласних наркологічних диспансерах за місяць розраховується як $1/9$ розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги.

Визначення діагностично спорідненої групи, до якої належить пролікований випадок, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом з урахуванням проведених медичних процедур або хірургічних операцій, зазначених у карті пацієнта, який вибув із стаціонару (далі — форма № 066/о), відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення кодів діагностично споріднених груп з кодами Міжнародної статистичної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10) і Тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій, затвердженого МОЗ.

12. Учасники пілотного проекту зобов'язані подавати НСЗУ таку інформацію:

не рідше ніж раз на тиждень — зведену відомість про кількість пролікованих випадків за попередній тиждень, яка визначається виходячи з кількості пацієнтів, які вибули із стаціонару, про що складено в установленому законодавством порядку форму № 066/о;

звіт про медичні послуги в установленому договором порядку;

не рідше ніж раз на квартал до 20 числа місяця, наступного за звітним періодом (в останньому кварталі року — до 20 грудня), — звіт про доходи та витрати закладу охорони здоров'я, що повинен містити інформацію, передбачену договором, а також інформацію про структуру та кількість наданих амбулаторно-поліклінічних послуг.

13. НСЗУ оплачує надані медичні послуги на підставі звітів про медичні послуги відповідно до укладеного договору в межах бюджетних асигнувань, визначених у кошторисі на відповідний період.

14. У разі перевищення вартості наданих медичних послуг за місяць за всіма договорами над сумою бюджетних асигнувань, визначених у кошторисі на відповідний період, несплачений залишок підлягає сплаті НСЗУ у подальших звітних періодах у межах загальної суми бюджетних асигнувань, визначених кошторисом на відповідний

період у частині, пропорційній сумі таких залишків за всіма договорами. При цьому оплата несплаченого залишку здійснюється за тарифом із застосуванням коригувальних коефіцієнтів, що діяли у періоді надання відповідних послуг.

15. У разі коли медичні послуги, крім послуг, визначених у пункті 5 цього Порядку, повністю або частково оплачуються за рахунок страхових виплат або коштів фізичних та юридичних осіб, не заборонених законодавством, такі послуги оплачуються НСЗУ в частині, не покритій відповідними платежами. У такому разі учасник пілотного проекту зобов'язаний подати НСЗУ разом із звітом про медичні послуги інформацію щодо джерел та сум оплати наданих пацієнтам медичних послуг, а також розрахунок частини вартості послуг, яка підлягає оплаті за договором з НСЗУ.

16. Учасники пілотного проекту мають право брати участь в інших пілотних проектах у встановленому законодавством порядку.

17. Пілотний проект проводиться на умовах співфінансування з місцевих бюджетів, за рахунок яких здійснюється оплата вартості комунальних послуг та енергоносіїв учасників пілотного проекту, а також фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, в тому числі здійснення видатків, які не забезпечені надходженнями за договорами з НСЗУ, надання населенню лікарських засобів безоплатно і на пільгових умовах згідно з постановами Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань” (Офіційний вісник України, 1998 р., № 33, ст. 1241) та від 3 грудня 2009 р. № 1301 “Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами” (Офіційний вісник України 2009 р., № 94, ст. 3210).

Додаток 2 до Порядку

ВАГОВІ КОЕФІЦІЄНТИ діагностично споріднених груп

Код діагностично спорідненої групи	Назва діагностично спорідненої групи	Ваговий коефіцієнт
1	Інфекції та їх наслідки	0,98
2.1	Злоякісні або неуточнені новоутворення	1,135
2.2	Новоутворення in situ	0,965
2.3	Доброякісні новоутворення	0,795
3.1	Хвороби крові і кровотворних органів	2,007
3.2	Аліментарні анемії	0,795
4.1	Хвороби ендокринної системи	0,681
5.1	Розлади психіки та поведінки	0,263

Код діагностично спорідненої групи	Назва діагностично спорідненої групи	Ваговий коефіцієнт
6.1	Хвороби нервової системи	1,33
7.1	Очні хвороби	0,568
7.2	Хвороби вуха, горла, носа та верхніх дихальних шляхів	0,568
9.1	Хвороби судин	0,908
9.2	Хвороби системи кровообігу	0,898
10.1	Хвороби органів дихання	0,681
11.1	Хвороби органів травлення	0,681
11.2	Хвороби гепатобіліарної системи та підшлункової залози	0,681
12.1	Хвороби шкіри, підшкірної клітковини та молочної залози	0,341
13.1	Хвороби кістково-м'язової системи	1,022
14.1	Хвороби сечової системи	1,223
14.2	Чоловічі хвороби	0,681
14.3	Жіночі хвороби	1,247
15.1	Вагітність з розродженням	1,703
15.2	Вагітність з абортивним наслідком	0,613
15.3	Вагітність без розродження	1,511
16.1	Стани перинатального періоду	3,368
17.1	Вроджені аномалії (вади розвитку)	1,135
18.1	Симптоми, не класифіковані в інших	0,385
19.1	Травми та їх ускладнення	0,985
19.2	Опіки, відмороження	1,239
19.3	Отруєння	0,477
20.1	Зовнішні причини захворюваності та смертності	0,396
21.1	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення	0,415
7A.1	Операції на нервовій системі	2,565
7B.1	Операції на ендокринній системі	1,374
7C.1	Очні операції	0,738
7D.1	Отоларингологічні операції	0,965
7E.1	Операції на голові, верхній та нижній щелепах	1,162
7F.1	Операції на серці та грудному відділі аорти	6,117
7G.1	Операції на органах грудної клітки	2,631

Код діагностично спорідненої групи	Назва діагностично спорідненої групи	Ваговий коефіцієнт
7H.1	Операції на грудній залозі	1,745
7J.1	Операції на травній системі	1,438
7J.2	Операції на гепатобіліарній системі та підшлунковій залозі	1,464
7K.1	Операції на органах сечовидільної системи	1,599
7K.2	Операції на чоловічих статевих органах	1,097
7L.1	Гінекологічні операції	1,828
7N.1	Операції на кістково-м'язовій системі	1,986
7P.1	Операції на артеріальних судинах	2,127
7P.2	Операції на венозних судинах та лімфатичній системі	1,067
7S.1	Операції на шкірі та підшкірній клітковині	0,795
7Z.1	Операції на черевній стінці, порожнині очеревинного простору, заочеревинному просторі та промежині	1,444

Додаток 3 до Порядку

ФОРМУЛА розрахунку коефіцієнта збалансованості бюджету

1. Коефіцієнт збалансованості бюджету розраховується за такою формулою:

$$BRC_{\text{plan}} = \frac{Bud_{\text{total}} - Bud_{\text{act}}}{\sum (Cases_{\text{plan}}) \times CMI_{\text{plan}} \times AHLC_{\text{plan}}} \times \frac{1}{BR_{\text{act}}},$$

де BRC_{plan} — коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного звітного періоду;

Bud_{total} — сума використаних у минулих періодах резервних видатків та добутку запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку дії договорів, базової ставки, коригувальних коефіцієнтів;

Bud_{act} — добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і відповідних коригувальних коефіцієнтів;

$Cases_{\text{plan}}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

CMI_{plan} — запланований середній індекс структури випадків;

$AHLC_{\text{plan}}$ — запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару;

BR_{act} — добуток базової ставки та коефіцієнта збалансованості бюджету, що застосовувався у попередньому звітному періоді.

2. При цьому:

1) добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і відповідних коригувальних коефіцієнтів розраховується за формулою:

$$Bud_{\text{act}} = \sum_p Cases_{\text{act}_i\text{h}_p} \times RW_i \times HLC_h \times BR_{\text{act}_p},$$

де Bud_{act} — добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і відповідних коригувальних коефіцієнтів;

$Cases_{act_i_h_p}$ — кількість пролікованих випадків за діагностично спорідненими групами i надавачем рівня стаціонару h за всіма договорами у звітному періоді p ;

RW_i — ваговий коефіцієнт діагностично спорідненої групи i для кожного пролікованого випадку;

HLC_h — коефіцієнт рівня стаціонару h для кожного пролікованого випадку за діагностично спорідненою групою i ;

BR_{act_p} — добуток базової ставки та коефіцієнта збалансованості бюджету, що застосовувався у відповідному звітному періоді p ;

2) запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами розраховується за формулою:

$$Cases_{plan} = \frac{Cases_{total} \times Per_{plan}}{Per_{total}},$$

де $Cases_{plan}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

$Cases_{total}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку договорів;

Per_{plan} — кількість місяців у поточному та подальших звітних періодах до кінця строку договорів;

Per_{total} — загальна кількість місяців строку договорів;

3) запланований середній індекс структури випадків розраховується за формулою:

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_i} \times RW_i}{Cases_{plan}},$$

де CMI_{plan} — запланований середній індекс структури випадків;

$Cases_{plan_i}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги, визначена в договорі i для поточного та подальших періодів;

RW_i — запланований середній індекс структури випадків, визначений у договорі i ;

$Cases_{plan}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

4) запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару розраховується за формулою:

$$ANLC_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_h} \times HLC_h}{\sum Cases_{plan}},$$

де $ANLC_{plan}$ — запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару;

$Cases_{plan_h}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами відповідно до рівня стаціонару h ;

HLC_h — запланований коефіцієнт рівня стаціонару h для відповідної запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги у всіх договорах відповідно до рівня стаціонару h ;

$Cases_{plan}$ — запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами.

У разі коли розрахований коефіцієнт збалансованості бюджету становить менше одиниці, він підлягає перерахунку. При цьому до показника Bud_{total} додається невикористаний залишок резервних видатків, але не більше, ніж необхідно для досягнення значення коефіцієнта збалансованості бюджету, що дорівнює 1. У разі наявності залишку невикористаних резервних видатків під час перерахунку коефіцієнта збалансованості бюджету станом на 1 грудня 2019 р., такий залишок додається до показника Bud_{total} у повному обсязі незалежно від значення розрахованого коефіцієнта збалансованості бюджету.

ПОРЯДОК
використання коштів, передбачених у державному бюджеті для
здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного
обслуговування населення за програмою медичних гарантій для
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області

1. Цей Порядок визначає механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області” (далі — бюджетні кошти).

2. Головним розпорядником бюджетних коштів є МОЗ.

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

4. Бюджетні кошти спрямовуються на оплату медичних послуг, пов’язаних із вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою, наданих пацієнтам відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного з НСЗУ (далі — договір), згідно з Порядком здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 131.

5. Оплата медичних послуг, передбачених пунктом 4 цього Порядку, здійснюється на рахунки надавачів медичних послуг на підставі звітів про медичні послуги відповідно до Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області та договору. Порядок та строки подання звітів про медичні послуги, інформація, що включається до них, визначаються договором.

6. Розпорядник бюджетних коштів нижчого рівня на підставі договорів може здійснювати попередню оплату за медичні послуги відповідно до законодавства.

7. Ведення бухгалтерського обліку, відкриття рахунків, реєстрація, облік бюджетних зобов’язань в органах Казначейства та здійснення операцій, пов’язаних з використанням бюджетних коштів, здійснюються НСЗУ в установленому законодавством порядку.

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

від 2019 р.
№ Київ

Деякі питання проведення пілотного проекту

**з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за
програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги**

1. Запровадити з 1 липня 2019 р. по 31 грудня 2019 р. пілотний проект з зації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою чних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) чної допомоги (далі – пілотний проект).

2. Затвердити такі, що додаються:

Порядок проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;

Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

3. Установити, що перше оголошення про укладення договорів про медичне токування населення за програмою медичних гарантій за пілотним проектом щується не пізніше 15 квітня 2019 р.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 лютого 2019 р. включно.

В. ГРОЙСМАН

ПРОЕКТ
(внесений МОЗ на публічне обговорення
на сайті міністерства)
ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України від 2019 р. №

ПОРЯДОК
проведення пілотного проекту з реалізації державних
гарантій медичного обслуговування населення за
програмою медичних гарантій для амбулаторно-
поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної
допомоги

1. Цей Порядок визначає умови проведення пілотного проекту, який фінансується за бюджетною програмою “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги” (далі – пілотний проект), та тарифи.

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” та інших законодавчих актах.

3. Пілотний проект реалізується для видів медичних послуг амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, зазначених у додатку до цього Порядку, примірні вимоги до надання яких затверджуються МОЗ (далі – пілотні послуги).

4. У межах пілотного проекту за рахунок бюджетних коштів оплачуються пілотні послуги, надані пацієнтам за направленням лікаря, обраного такими пацієнтами (їх законними представниками) за декларацією про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Запис про таке направлення має бути внесений до електронної системи охорони здоров’я (далі – система) та має містити назву послуги з додатку до Порядку, для ендоскопій – назву підгрупи пілотних послуг.

5. Участь в пілотному проекті мають право брати фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та заклади охорони здоров’я комунальної і приватної форм власності, крім закладів зазначених в пункті 6 цього Порядку, якщо вони:

1) відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (Офіційний вісник України, 2018 р., №43, ст. 1528);

2) мають медичні вироби, необхідні для надання відповідних пілотних послуг, зазначені в оголошенні про укладення договору, та лікарів відповідних спеціальностей;

3) мають комп’ютерне обладнання (ноутбуки, планшети, стаціонарні

комп'ютери, інші електронно-обчислювальні засоби) з підключенням до системи у всіх кабінетах, де пацієнтам надаються послуги амбулаторно- поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

6. Не беруть участь у пілотному проєкті державні заклади охорони здоров'я та комунальні заклади охорони здоров'я, що перебувають в управлінні обласних рад, а також стоматологічні, наркологічні, психоневрологічні, психіатричні, інфекційні, туберкульозні, шкірно-венерологічні заклади та заклади громадського здоров'я.

7. НСЗУ укладає договори про медичне обслуговування населення за пілотним проєктом (далі – договори) з комунальними закладами охорони здоров'я, які відповідають критеріям, визначеним в пункті 5 цього Порядку, за умови одночасного укладення договорів більше, ніж з половиною усіх закладів охорони здоров'я, що знаходяться у власності відповідної територіальної громади або є об'єктами спільної власності територіальних громад та перебувають в управлінні однієї районної або міської ради. Для розрахунку кількості закладів, які враховуються для визначення умови укладення договорів, визначеної цим пунктом, враховуються тільки комунальні заклади, які забезпечують надання амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, крім закладів, зазначених в пункті 6 цього Порядку.

8. НСЗУ укладає договори з приватними закладами охорони здоров'я, а також з фізичними особами – підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та відповідають вимогам, встановленим в пункті 5 цього Порядку, за умови укладення договорів з комунальними закладами охорони здоров'я на відповідній території, де розташовані місця надання медичних послуг відповідного приватного закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, згідно з вимогами пункту 7 цього Порядку.

9. Договір укладається на надання видів пілотних послуг з однієї чи декількох груп або підгруп пілотних послуг, зазначених в додатку до цього Порядку. При цьому для групи “лабораторні дослідження”, підгруп “рентгенографія”, “ультразвукові дослідження”, “гістероскопія”, “езофагогастроудоденоскопія”, “колоноскопія”, “цистоскопія”, “бронхоскопія” договір укладається тільки на всі види послуг відповідної групи або підгрупи.

10. В договорі зазначається помісячні граничні суми оплати в межах загальної орієнтовної ціни договору.

11. Загальна орієнтовна ціна узгоджується сторонами в договорі, виходячи з запропонованої у заяві про укладення договору (далі – заява) вартості послуг, яку планує надати заявник, з урахуванням положень пункту 12 та 13 цього Порядку.

Запропонована заявником вартість послуг за місяць не може перевищувати величину, що дорівнює 120 відсоткам добутку середньомісячної кількості пілотних послуг відповідного виду, які були надані заявником протягом першого кварталу 2019 року, та застосовного тарифу, визначеного у додатку до цього Порядку.

Запропонована вартість послуг, що не надавались заявником у першому кварталі 2019 року, повинна становити не більше, ніж 20 відсотків від середньомісячної вартості усіх пілотних послуг згідно з тарифом, які надавались заявником у першому кварталі 2019 року. При цьому заявник зобов'язаний надати відповідні роз'яснення до заяви стосовно можливості надавати такі послуги та їх запланованої кількості.

12. Якщо запропонована вартість пілотних послуг за всіма заявами, поданими до НСЗУ, є меншою або дорівнює загальній сумі, визначеній в оголошенні про

укладення договорів, то при узгодженні загальної орієнтовної ціни договору використовується запропонована вартість пілотних послуг згідно із заявами.

Якщо запропонована вартість пілотних послуг у всіх заявах, поданих до НСЗУ, є більшою, ніж сума, визначена в оголошенні про укладення договорів, при узгодженні загальної орієнтовної ціни договору використовується запланована вартість пілотних послуг, зменшена пропорційно до суми такого перевищення.

13. Сума оплати за надані протягом місяць пілотні послуги визначається як добуток сумарної кількості наданих пілотних послуг, про надання яких надавач медичних послуг вніс відповідні медичні записи до системи та які зазначені у звіті, щодо якого НСЗУ не було подано заперечень чи зауважень, та застосовних тарифів, зазначених у додатку до цього Порядку.

14. НСЗУ здійснює оплату на підставі звітів надавачів медичних послуг в межах граничної суми оплати за відповідний звітний період в порядку, встановленому договором.

15. Оплата пілотних послуг за всіма договорами здійснюється в межах бюджетних асигнувань, визначених кошторисом на відповідний період. Надання пілотних послуг понад граничну суму оплати здійснюється у встановленому законодавством порядку за рахунок інших джерел, не заборонених законодавством.

16. У разі, якщо за результатами липня та серпня 2019 року вартість наданих пілотних послуг менша ніж гранична сума оплати, зазначена у відповідному договорі, загальна орієнтовна ціна договору та граничні суми оплати підлягають зменшенню пропорційно до співвідношення фактичної вартості наданих послуг до запланованої вартості послуг цього періоду із внесенням відповідних змін до договору.

17. Надавачі медичних послуг за пілотним проектом зобов'язані вносити медичні записи про всі надані пілотні послуги в систему в порядку, передбаченому законодавством.

18. Надавачі медичних послуг комунальної форми власності додатково зобов'язані вносити в систему медичні записи про всі інші амбулаторно- поліклінічні медичні послуги, що ними надані, в порядку, встановленому законодавством, а також подавати НСЗУ не рідше, ніж раз у квартал, інформацію про всі доходи та витрати такого надавача медичних послуг у відповідному періоді.

19. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування при наданні пацієнтам пілотних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, всіх лікарських засобів, медичних виробів, необхідних для надання таких послуг відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та примірних обсягів надання відповідних видів пілотних послуг. Надавачі медичних послуг не мають права вимагати та отримувати від пацієнтів оплати за пілотні послуги, які ними надаються відповідно до договору.

20. НСЗУ регулярно, але не рідше, ніж раз на квартал публікує на своєму офіційному веб-сайті інформацію про хід реалізації пілотного проекту.

Перелік пілотних послуг. Тарифи

Група пілотних послуг	Підгрупа пілотних послуг	№	Види пілотних послуг	Тариф, грн.
Лабораторні дослідження	-	1.	Визначення креатиніну у сироватці крові	29
		2.	Визначення білірубіну і його фракцій у сироватці крові	53
		3.	Визначення активності аланінамінотрансферази у сироватці крові	29
		4.	Визначення активності аспартатамінотрансферази у сироватці крові	29
		5.	Визначення С-реактивного білка кількісним методом	29
		6.	Визначення прихованої крові в калі	34
		7.	Визначення глікованого гемоглобіну крові	56
		8.	Визначення заліза у сироватці крові	29
		9.	Визначення сечової кислоти у сироватці крові	29
		10.	Коагулограма (міжнародне нормалізоване відношення, протромбіновий час, тромбіновий час, активований частковий тромбoplastиновий час, фібриноген)	120
		11.	Ліпидограма (тригліцериди, холестерин, холестерин ліпопротеїдів високої щільності, холестерин ліпопротеїдів низької щільності, холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності, коефіцієнт атерогенності)	102
Інструментальні дослідження	Рентгенографія	12.	Рентгенографія органів грудної клітки у двох проекціях	134
		13.	Рентгенографія суглоба або ділянки трубчастих/плоских кісток	123
		14.	Рентгенографія хребта (один відділ)	118
		15.	Рентгенографія приносових пазух	102
	Ультразвукові дослідження	16.	Ультразвукові дослідження в гастроентерології	118
		17.	Ультразвукове дослідження нирок і сечового міхура	114
		18.	Ультразвукове дослідження щитоподібної залози	84
	Додаткові дослідження	19.	Ехокардіографія	207
		20.	Ультразвукове дослідження грудних залоз	106
		21.	Спірографія	102

		22.	Мамографія однієї/двох грудних залоз у двох проєкціях	155
		23.	Холтерівський моніторинг електрокардіограми	334
		24.	Проба з дозованим фізичним навантаженням	233
Ендоскопії та інтервенції	Гістероскопія	25.	Гістероскопія діагностична	1620
		26.	Гістероскопія із взяттям біопсії та гістологічним дослідженням	2173
		27.	Гістероскопія із лікувальною маніпуляцією та гістологічним дослідженням	2173
	Езофагогастро - дуоденоскопія	28.	Езофагогастроуденоскопія діагностична	494
		29.	Езофагогастроуденоскопія із взяттям біопсії та гістологічним дослідженням	732
		30.	Езофагогастроуденоскопія із лікувальною маніпуляцією та гістологічним дослідженням	732
	Колоноскопія	31.	Колоноскопія діагностична	674
		32.	Колоноскопія із взяттям біопсії та гістологічним дослідженням	1058
		33.	Колоноскопія із лікувальною маніпуляцією та гістологічним дослідженням	1058
	Цистоскопія	34.	Цистоскопія діагностична	543
		35.	Цистоскопія із взяттям біопсії та гістологічним дослідженням	837
		36.	Цистоскопія із лікувальною маніпуляцією та гістологічним дослідженням	837
	Бронхоскопія	37.	Бронхоскопія діагностична	697
		38.	Бронхоскопія із взяттям біопсії та гістологічним дослідженням	1060
		39.	Бронхоскопія із лікувальною маніпуляцією та гістологічним дослідженням	1060
	Інтервенції	40.	Видалення новоутворення м'яких тканин із гістологічним дослідженням	345
		41.	Видалення новоутворення шкіри із гістологічним дослідженням	360
		42.	Біопсія грудної залози пункційна під контролем ультразвукового дослідження	886
		43.	Біопсія щитоподібної залози пункційна під контролем ультразвукового дослідження	439
		44.	Біопсія лімфатичних вузлів під контролем ультразвукового дослідження (одна група)	341
		45.	Біопсія передміхурової залози під контролем ультразвукового дослідження	439

ПРОЕКТ
(внесений МОЗ на публічне обговорення
на сайті міністерства)
ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України від 2019 р. №

ПОРЯДОК
використання коштів, передбачених у державному
бюджеті для проведення пілотного проекту з реалізації
державних гарантій медичного обслуговування населення за
програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

1. Цей Порядок визначає механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги” (далі – бюджетні кошти).

2. Головним розпорядником бюджетних коштів є МОЗ.

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

4. Бюджетні кошти спрямовуються на оплату медичних послуг, пов’язаних із амбулаторно-поліклінічною вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою (далі – медичні послуги), наданих пацієнтам відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного з НСЗУ (далі – договір), відповідно до Порядку проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (далі – Порядок).

5. Оплата медичних послуг здійснюється за тарифом на підставі звітів згідно з умовами договору. Порядок та строки подання звітів, інформація, що включається до них, визначаються договором. Оплата здійснюється на рахунки надавачів медичних послуг.

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

7. Складання 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 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, створеній 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 первинну 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 вноситься 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.

Трансформація системи охорони здоров'я. Вторинна (спеціалізована) медична допомога. Збірник нормативно-правових актів. Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я. Випуск – 17. 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