

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

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проекту акта
9. Медична практика ліцензіатом провадиться: за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, перелік яких затверджений МОЗ; за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація); за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначені у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органів ліцензування).	9. Медична практика ліцензіатом провадиться: за лікарськими спеціальностями, спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівцями з реабілітації, перелік яких затверджений МОЗ; за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація); за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначені у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органів ліцензування).
12. Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я: 1) повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку: статут закладу охорони здоров'я або положення про заклад охорони здоров'я (залежно від організаційно-	12. Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом: 1) повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку: статут закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, або положення про заклад охорони здоров'я,

правової форми); штатний розпис; положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені); посадові інструкції працівників; правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я; клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ.	реабілітаційного закладу (залежно від організаційно-правової форми); штатний розпис; положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені); посадові інструкції працівників; правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу; клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ.
15¹. Відсутній.	15¹. Реабілітаційна допомога, у тому числі із застосуванням телереабілітації, надається відповідно до статей 18, 19, 20 – 27 Закону України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я».
26¹. Відсутній.	26¹. Фахівці з реабілітації повинні відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ.

ВІДОМОСТІ

суб'єкта господарювання про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: _____

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна медична допомога, екстрена медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога, медична реабілітація), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги	Лікарські спеціальності та спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою	Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

ВІДОМОСТІ

суб'єкта господарювання про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: _____

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

фахівці з реабілітації: _____

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна медична допомога, екстрена медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога, медична реабілітація), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги	Лікарські спеціальності, спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації	Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця) 4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*: реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я: (статут (положення) закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)) структура закладу охорони здоров'я (у довільній формі) 5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням: (вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням) 6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта**: (дата, номер, ким виданий) Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики 7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)	3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики: (зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця) 4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*: реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я: (статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)) структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) 5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням: (вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням) 6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта**: (дата, номер, ким виданий) Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики 7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи -					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Порядковий</td> <td style="width: 20%;">Найменування відокремленого</td> <td style="width: 20%;">Найменування приміщення</td> <td style="width: 20%;">Перелік оснащення</td> <td style="width: 30%;">Технічний стан, рік випуску медичної</td> </tr> </table>	Порядковий	Найменування відокремленого	Найменування приміщення	Перелік оснащення	Технічний стан, рік випуску медичної	
Порядковий	Найменування відокремленого	Найменування приміщення	Перелік оснащення	Технічний стан, рік випуску медичної		

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

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

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

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

Кадрові вимоги

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

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

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

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

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

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

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

Кадрові вимоги

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

« _____ » 2023 p.