

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

### до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта
<p>12. Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом:</p> <p>1) повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку:</p> <p>статут закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу або положення про заклад охорони здоров'я, реабілітаційний заклад (залежно від організаційно-правової форми);</p> <p>штатний розпис;</p> <p>положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені);</p> <p>посадові інструкції працівників;</p> <p>правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу;</p> <p>клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ.</p> <p><b>Відсутній</b></p>	<p>12. Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом:</p> <p>1) повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку:</p> <p>статут закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу або положення про заклад охорони здоров'я, реабілітаційний заклад (залежно від організаційно-правової форми);</p> <p>штатний розпис;</p> <p>положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені);</p> <p>посадові інструкції працівників;</p> <p>правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу;</p> <p>клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ;</p> <p><b>стандартні операційні процедури, у тому числі щодо антимікробної терапії.</b></p>
<p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>.....</p> <p>8) призначити уповноважену особу за вхідний контроль якості лікарських засобів;</p>	<p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>.....</p> <p>8) призначити уповноважену особу за вхідний контроль якості лікарських засобів, <b>а також відповідальну особу в закладі охорони здоров'я за координацію заходів стосовно осіб, постраждалих від домашнього насильства і насильства за ознакою статі;</b></p>

.....

10) повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. ~~У повідомленні зазначаються тільки ті відомості, які змінилися;~~

.....

13) надавати медичну допомогу, медичні послуги відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);

~~14) дотримуватися стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗ;~~

.....

17) надавати пацієнту (законному представнику) в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету здійснення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я;

.....

10) повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. **До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), в яких зазначаються тільки ті відомості, які змінилися;**

.....

**13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням принципів доказової медицини, відповідно до уніфікованих клінічних протоколів, нових клінічних протоколів медичної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);**

**14) Виключити.**

.....

17) надавати пацієнту (законному представнику) в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету здійснення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, **а також про наявність безоплатних лікарських засобів, витратних матеріалів та медичних виробів в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі, в якому надається медична або реабілітаційна допомога;**

15 <sup>2</sup> . Відсутній	<p><b>15<sup>2</sup>. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає онкологічну допомогу, повинен:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>використовувати радіологічне обладнання з придатним строком експлуатації;</b></li> <li><b>забезпечити дозиметричний контроль персоналу;</b></li> <li><b>дотримуватись граничного рівня опромінення пацієнта;</b></li> <li><b>здійснювати контроль поглинутих доз опромінення у пацієнтів у кожному окремому рентгенодіагностичному кабінеті за результатами контролю вихідних параметрів рентгенівських апаратів та збору даних щодо режимів проведення окремих видів рентгенодіагностичних досліджень;</b></li> <li><b>дотримуватись правил радіаційної безпеки та захисту пацієнтів при проведенні дистанційної променевої та/або брахітерапії відповідно до загальних правил безпеки використання джерел іонізуючого випромінювання у медицині затверджених Держатомрегулювання та МОЗ;</b></li> <li><b>складати плани лікування при призначенні процедури променевої терапії;</b></li> <li><b>здійснювати моніторинг та оцінку виконання планів лікування і здійснювати їх коригування у разі необхідності;</b></li> <li><b>створити онкологічну мультидисциплінарну команду у порядку, затвердженому МОЗ;</b></li> <li><b>забезпечити послідовність та вчасність залучення до онкологічної допомоги необхідних фахівців у необхідній кількості.</b></li> </ul>
38. Відсутній	<p><b>38. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я та надає стаціонарну медичну допомогу повинен забезпечити роботу структурних підрозділів та медичного обладнання резервними джерелами безперебійного живлення.</b></p>

Додаток 1  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії

\_\_\_\_\_ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)

\_\_\_\_\_ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи – підприємця)

\_\_\_\_\_ (місце (міся) провадження медичної практики)\*

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб – підприємців

\_\_\_\_\_ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) серія та/або номер паспорта фізичної особи – підприємця,

\_\_\_\_\_ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття

\_\_\_\_\_ реєстраційного номера облікової картки платника податків)

\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)  
e-mail: \_\_\_\_\_

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Додаток 1  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів  
України  
від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії

\_\_\_\_\_ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)

\_\_\_\_\_ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи – підприємця)

\_\_\_\_\_ (місце (міся) провадження медичної практики)\*

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб – підприємців

\_\_\_\_\_ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) серія та/або номер паспорта фізичної особи – підприємця,

\_\_\_\_\_ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття

\_\_\_\_\_ реєстраційного номера облікової картки платника податків)

\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)  
**Номер телефону:** \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

«__» ____ 20__ р.	(підпис здобувача ліцензії, або іншої уповноваженої особи)	(власне ім'я та прізвище)	«__» ____ 20__ р.	(підпис здобувача ліцензії, або іншої уповноваженої особи)	(власне ім'я та прізвище)
	МП (за наявності)			МП (за наявності)	
Дата і номер реєстрації заяви	(підпис особи, яка прийняла заяву)	(власне ім'я та прізвище)	Дата і номер реєстрації заяви	(підпис особи, яка прийняла заяву)	(власне ім'я та прізвище)
«__» ____ 20__ р. № ____			«__» ____ 20__ р. № ____		
_____			_____		
* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.			* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.		

Додаток 4  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про переоформлення ліцензії на провадження  
господарської діяльності з медичної практики

Спадкоємець \_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування)  
фізичної особи - підприємця)

(місце (міся) провадження господарської діяльності з медичної практики)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія та/або номер  
паспорта фізичної особи - підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої  
релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки  
платника податків)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської  
діяльності з медичної практики

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю:

Поряд- ковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з  
медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
(підпис спадкоємця або (власне ім'я та прізвище)  
іншої уповноваженої

Додаток 4  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про переоформлення ліцензії на провадження  
господарської діяльності з медичної практики

Спадкоємець \_\_\_\_\_  
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування)  
фізичної особи - підприємця)

(місце (міся) провадження господарської діяльності з медичної практики)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія та/або номер паспорта  
фізичної особи - підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні  
переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської  
діяльності з медичної практики

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

До заяви додаю:

Поряд- ковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з  
медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.

<p style="text-align: center;">особи)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____</p> <p>_____ 20__ р. № _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)</p>	<p>_____ 20__ р. _____ (підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____</p> <p>_____ 20__ р. № _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)</p>
<p style="text-align: center;">Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)</p> <p style="text-align: center;">(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b> про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місце (міся) провадження господарської діяльності з медичної практики) *</p> <p>_____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців –</p> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) серія та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця,</p> <p>_____ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття</p> <p>_____ реєстраційного номера облікової картки платника податків)</p> <p>_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p>	<p style="text-align: center;">Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20__ р. № _____)</p> <p style="text-align: center;">(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b> про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місце (міся) провадження господарської діяльності з медичної практики) *</p> <p>_____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців –</p> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) серія та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця,</p> <p>_____ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття</p>

e-mail: \_\_\_\_\_

Прошу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

\_\_\_\_\_,  
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

терміном до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. , у зв'язку з \_\_\_\_\_  
(обов'язково вказується причина зупинення ліцензії повністю)

Я усвідомлений про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення дії ліцензії повністю становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішення органу ліцензування про зупинення дії ліцензії.

Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюсь повідомити орган ліцензування у спосіб передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

МП (за наявності)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації  
заяви

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка прийняла заяву)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.

реєстраційного номера облікової картки платника податків)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

Номер телефону: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Прошу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

\_\_\_\_\_,  
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

терміном до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. , у зв'язку з \_\_\_\_\_  
(обов'язково вказується причина зупинення ліцензії повністю)

Я усвідомлений про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення дії ліцензії повністю становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішення органу ліцензування про зупинення дії ліцензії.

Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюсь повідомити орган ліцензування у спосіб передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

МП (за наявності)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації  
заяви

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка прийняла заяву)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.



Додаток 6  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат

\_\_\_\_\_ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

\_\_\_\_\_ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

\_\_\_\_\_ (місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) \*

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців –

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) серія та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця,

\_\_\_\_\_ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття

\_\_\_\_\_ реєстраційного номера облікової картки платника податків)

\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)  
e-mail: \_\_\_\_\_

Прошу відновити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

\_\_\_\_\_,  
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)

Додаток 6  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів  
України  
від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат

\_\_\_\_\_ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

\_\_\_\_\_ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

\_\_\_\_\_ (місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) \*

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців –

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) серія та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця,

\_\_\_\_\_ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття

\_\_\_\_\_ реєстраційного номера облікової картки платника податків)

\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)  
**Номер телефону:** \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Прошу відновити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

\_\_\_\_\_,  
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю:

1. \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ аркушах;
2. \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ аркушах.  
(зазначається найменування документа дата та його номер)

з «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. , у зв'язку з \_\_\_\_\_  
(обов'язково вказується підстава відновлення ліцензії повністю)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)  
МП (за наявності) \_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка прийняла заяву) \_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю:

3. \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ аркушах;
4. \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ аркушах.  
(зазначається найменування документа дата та його номер)

з «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. , у зв'язку з \_\_\_\_\_  
(обов'язково вказується підстава відновлення ліцензії повністю)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)  
МП (за наявності) \_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка прийняла заяву) \_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.

**Міністр охорони  
здоров'я України**

**Віктор ЛЯШКО**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р.