



# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,  
web: http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_.

## Державна регуляторна служба України

На виконання вимог пункту 5 параграфу 33 глави 2 розділу 4 Регламенту Кабінету Міністрів України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 № 950, Міністерство охорони здоров'я України направляє на погодження проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» (далі – проект постанови).

Просимо розглянути та погодити проект постанови в десятиденний термін.

Додатки:

1. Проект постанови на 25 арк.;
2. Порівняльна таблиця до проекту постанови на 48 арк.;
3. Пояснювальна записка до проекту постанови на 6 арк.;
4. Аналіз регуляторного впливу до проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» на 21 арк.;
5. Повідомлення про оприлюднення проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» на 1 арк.

Заступник Міністра

Едем АДАМАНОВ

Леонід Торовець 0675978894



АСУД "ДОК ПРОФ ЗГ"  
Міністерство охорони здоров'я України  
17-02/4449/2-25 від 06.02.2025  
Підписання КЕП Адаманов Едем Валерій  
3FAA8268358EC003040000001E3A006FBC0800

Міністерство охорони здоров'я України  
17-02/4449/2-25 від 06.02.2025



**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ****ПОСТАНОВА**

від 2025 р. №

Київ

**Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики**

Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Внести до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року № 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., № 30, ст. 1184; 2018 р., № 20, ст. 653; 2019 р., № 24, ст. 867; 2022 р., № 18, ст. 976; 2023 р., № 2, ст. 138; № 19, ст. 1080; № 46, ст. 2459; 2024 р., № 11, ст. 687 ) зміни, що додаються.

2. Установити що:

суб'єкти господарювання, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики до набрання чинності цією постановою, зобов'язані не пізніше ніж протягом року з дня опублікування цієї постанови подати до органу ліцензування документ, визначений в додатку 2 до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., № 30, ст. 1184), з урахуванням змін, внесених пунктом 1 цієї постанови;

суб'єкти господарювання, місце провадження яких знаходиться на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією відповідних територіях, перелік яких затверджується Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій, зобов'язані не пізніше ніж протягом року з визначеної дати припинення можливості бойових дій на цих територіях, подати до органу ліцензування відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення, які визначені пунктом 7 додатку 2 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених



постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року № 285, з урахуванням змін, внесених пунктом 1 цієї постанови.

3. Ця постанова набирає чинності через шість місяців з дня її опублікування.

**Прем'єр-міністр України**

**Д. ШМИГАЛЬ**



*В. Яценко*

A handwritten signature in blue ink is written over the printed name 'В. Яценко'. The signature is stylized and appears to be 'В. Яценко'.

ЗАТВЕРДЖЕНО  
постановою Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 2025 р. № \_\_\_\_\_

Зміни,  
що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з  
медичної практики

1. В абзаці четвертому пункту 6 слова «у паперовій формі» замінити словами «шляхом особистого звернення».

2. В пункті 7<sup>1</sup> слово «резидентів» замінити словами «та/або торгівельних відносин з резидентами».

3. В абзаці першому пункту 7<sup>2</sup> після слів «або іншою уповноваженою на це особою» доповнити словами «власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги".».

4. Доповнити пунктом 9<sup>1</sup> такого змісту:

«9<sup>1</sup>. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю «наркологія».».

5. Доповнити пунктом 12<sup>1</sup> такого змісту:

«12<sup>1</sup>. Медична допомога населенню може надаватись виїзними (мобільними) мультидисциплінарними командами (бригадами) у порядках затверджених МОЗ.».

6. В пункті 13:

1) підпункт 6 викласти в такій редакції:

«6) забезпечити умови вільного доступу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;»;

2) у підпункті 10 слова «нарочно» замінити словами «шляхом особистого звернення»;

3) підпункт 11 викласти в такій редакції:

«11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей, та подавати статистичні звіти у строки та відповідно до вимог, встановлених МОЗ;»;

4) у підпункті 13 слово «методології» виключити;

5) підпункти 25 та 26 викласти в такій редакції:

«25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, заходів з профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Медичні відходи збираються, сортуються за категоріями, обробляються та видаляються відповідно до Державних санітарних норм та правил «Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпеки для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів», затверджених МОЗ;

26) забезпечити наявність і запас засобів індивідуального захисту, які відповідають Державним стандартам України та проводити навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях;»;

б) у підпункті 28 після слів «найманих працівників» доповнити словами «та працівників певних категорій», а після слів та цифр «(Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950)» – словами «, Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ».

7. Пункт 14 викласти в такій редакції:

«14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.».

8. У пункті 15<sup>1</sup>:

1) абзац другий викласти в такій редакції:

«затвердити індивідуальний реабілітаційний план у разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою;»;

2) доповнити пункт після абзацу другого новим абзацом такого змісту:

«надавати реабілітаційну допомогу відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, або відповідно до мети, зазначеної у програмі терапії відповідно до частини першої статті 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»;».

У зв'язку з цим абзаци третій – сьомий вважати відповідно абзацами четвертим – восьмим.

9. Доповнити пунктом 15<sup>3</sup> такого змісту:

«15<sup>3</sup>. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає психіатричну допомогу в стаціонарних умовах, повинен:

забезпечити для пацієнтів, вільним доступом до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;

дотримуватись правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади;

дотримуватись Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженому МОЗ.».

10. У пункті 16 слова «їх атестацію/акредитацію» виключити.

11. Пункт 18 викласти в такій редакції:

«18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, працівників та здобувачів освіти (вихованців, учнів, студентів) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:

укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти договору з закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, які отримали ліцензію на медичну практику, та створили на таких підприємствах, установах, організаціях та закладах освіти умови для медичного обслуговування;

або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.».

12. У пункті 23 після слова «повністю» доповнити словами «або частково» у шістьох випадках.

13. Доповнити пунктом 23<sup>1</sup> такого змісту:

«23<sup>1</sup>. У разі наміру:

проведення господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 9 та за новими видами надання медичної допомоги, які наведені в абзаці третьому пункту 9 цих Ліцензійних умов ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики за формою згідно з додатком 7, та документи, перелік яких передбачений пунктом 6 цих Ліцензійних умов;

припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково згідно з додатком 8.».

14. В пункті 37 після слова «Ліцензіат» доповнити словами «, окрім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній

Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі,», а після слів «для вільного доступу» – словами «особам з інвалідністю та інших».

15. Додатки 1– 6 викласти в такій редакції:

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

Міністерство охорони здоров'я України  
(найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної  
практики

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

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

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

\_\_\_\_\_ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером  
паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)

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

\_\_\_\_\_ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за  
наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер  
паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером  
паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

e-mail здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики  
за:

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я  
України:

|     |   |   |
|-----|---|---|
| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис здобувача ліцензії, або  
іншої уповноваженої особи)\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка  
прийняла заяву)\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

**ВІДОМОСТІ**  
про стан матеріально-технічної  
бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього  
і кваліфікаційного рівня

(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

Організаційні вимоги



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

молодших спеціалістів з медичною освітою: \_\_\_\_\_

фахівців з реабілітації: \_\_\_\_\_

фармацевтичні\*: \_\_\_\_\_

## 2. Режим роботи суб'єкта господарювання

| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Режим роботи (зазначається день тижня (цілодобово), з якої години початок та закінчення) |
|------------------|---|--|
|                  |   |  |

3. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики

| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації |
|------------------|---|--|---|
|                  |   |  |   |

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

\_\_\_\_\_ (найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого

структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підписця

\_\_\_\_\_ зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,

\_\_\_\_\_ прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підписця, торгівельна марка (за наявності))

5. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу\*\*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:

\_\_\_\_\_ (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)

6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1) не житлове приміщення  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 2) окреме приміщення  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 4) ізольоване (має окремий вхід)  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 5) вбудоване (прибудоване)  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |

7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення\*\*\*

| Порядковий номер | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ). | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності)) | Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення |
|------------------|--|---|---|
|                  |  |   |   |

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами (необхідне позначити):

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| так | <input type="checkbox"/> |
| ні  | <input type="checkbox"/> |

9. Реквізити договору про утилізацію та знищення медичних відходів:

(дата, номер договору, з ким укладено та на який термін)

Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

10. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

| Порядковий номер | Найменування відокремленого структурного підрозділу | Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, 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.

#### Кадрові вимоги

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  | ким<br>видано,<br>категорія<br>) (за<br>наявності<br>) |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою

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

13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації

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

14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів охорони здоров'я

|                  |   |  |   |  |  |   |  |
|------------------|---|--|---|--|--|---|--|
| Порядковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано) | Основна робота або робота за сумісництвом | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, | Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації |
|------------------|---|--|---|--|--|---|--|

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  |  |  | номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) | її, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

15. 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 (за наявності) | 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 видачі та номер) |
|--|--------------|-------|--------|-----|---|---|
|  |              | число | місяць | рік |   |   |
|  |              |       |        |     |   |   |

Відсутність здійснення контролю за діяльністю \_\_\_\_\_  
(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», та/або торгівельних відносин з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України», підтверджую.

Я як суб'єкт господарювання ознайомлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на \_\_\_\_\_ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її припинення відповідно до статей 13 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(підпис здобувача ліцензії,  
ліцензіата, спадкоємця або їх  
уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

\* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.

\*\* Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

\*\*\* У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.;

**Додаток 3**  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

**ОПИС**  
документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії  
на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

\_\_\_\_\_ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

\_\_\_\_\_ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта))

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_

| Порядковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |
|------------------|------------------------|-------------------------------|
|------------------|------------------------|-------------------------------|

Прийняв

\_\_\_\_\_ (кількість документів (цифрами і словами))

\_\_\_\_\_ (підпис відповідальної особи)

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.;  
 (підпис здобувача ліцензії або його  
 уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

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)

\_\_\_\_\_ (реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи - підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

\_\_\_\_\_ (відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_  
 (дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону спадкоємця: \_\_\_\_\_

e-mail спадкоємця: \_\_\_\_\_

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги;

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

До заяви додаю:

| Порядковий 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 іншої уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

Додаток 5  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

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

### ЗАЯВА

про зупинення дії ліцензії повністю або частково на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

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

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)



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

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_

(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю або частково)

повністю:  так  ні

частково:  так  ні

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

терміном до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., у зв'язку з \_\_\_\_\_

(обов'язково вказується причина зупинення дії 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 повністю.

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)

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

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

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

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

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

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

**ЗАЯВА**  
про відновлення дії ліцензії повністю або частково на провадження  
господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

\_\_\_\_\_  
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

\_\_\_\_\_  
(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта)

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

повністю:  так  ні

частково:  так  ні

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

з «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., у зв'язку з

(обов'язково вказується підстава відновлення дії ліцензії повністю)

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

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

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

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка  
прийняла заяву)\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

».

16. Доповнити Ліцензійні умови додатками 7 – 9 такого змісту:

«Додаток 7  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

## ЗАЯВА

про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)\_\_\_\_\_  
(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємця)\_\_\_\_\_  
реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця\_\_\_\_\_  
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)\_\_\_\_\_  
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)\_\_\_\_\_  
(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_

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

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

|     |   |   |
|-----|---|---|
| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

**Додаток 8**  
до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково

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

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

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_,

(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка заповнюється повністю)

повне:  так  ні

часткове:  так  ні

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(підпис ліцензіата або іншої  
уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

(підпис особи, яка  
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

:

**Додаток 9**  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

Перелік лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з  
медичною освітою та фахівцями з реабілітації, за яким надається екстрена,  
первинна спеціалізована, паліативна медична допомога та реабілітаційна  
допомога

| п/п                              | Назва спеціальності            | Вид надання медичної допомоги<br>(екстрена, первинна, спеціалізована,<br>паліативна медична допомога,<br>реабілітаційна допомога) |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
| <b>I Лікарські спеціальності</b> |                                |   |
| 1.                               | Авіаційна та космічна медицина | Спеціалізована медична допомога   |
| 2.                               | Акушерство і гінекологія       | Спеціалізована медична допомога   |
| 3.                               | Алергологія                    | Спеціалізована медична допомога   |
| 4.                               | Анестезіологія                 | Спеціалізована та паліативна медична<br>допомога  |
| 5.                               | Бактеріологія                  | Спеціалізована медична допомога   |
| 6.                               | Вірусологія                    | Спеціалізована медична допомога   |
| 7.                               | Гастроентерологія              | Спеціалізована медична допомога   |
| 8.                               | Гематологія                    | Спеціалізована, паліативна медична<br>допомога  |
| 9.                               | Генетика медична               | Спеціалізована медична допомога   |
| 10.                              | Геріатрія                      | Спеціалізована, паліативна медична<br>допомога  |
| 11.                              | Генетика лабораторна           | Спеціалізована медична допомога   |
| 12.                              | Дитяча алергологія             | Спеціалізована медична допомога   |
| 13.                              | Дитяча анестезіологія          | Спеціалізована, паліативна медична<br>допомога  |
| 14.                              | Дитяча гастроентерологія       | Спеціалізована медична допомога   |
| 15.                              | Дитяча гематологія             | Спеціалізована медична допомога   |
| 16.                              | Дитяча гематологія-онкологія   | Спеціалізована, паліативна медична<br>допомога  |
| 17.                              | Дитяча гінекологія             | Спеціалізована, паліативна медична<br>допомога  |
| 18.                              | Дерматовенерологія             | Спеціалізована медична допомога   |
| 19.                              | Дитяча дерматовенерологія      | Спеціалізована медична допомога   |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 20. | Дієтологія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 21. | Дитяча ендокринологія                       | Спеціалізована медична допомога                          |
| 22. | Дитячі інфекційні хвороби                   | Спеціалізована медична допомога                          |
| 23. | Дитяча імунологія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 24. | Дитяча кардіологія                          | Спеціалізована медична допомога                          |
| 25. | Дитяча кардіоревматологія                   | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 26. | Дитяча неврологія                           | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 27. | Дитяча нефрологія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 28. | Дитяча нейрохірургія                        | Спеціалізована медична допомога                          |
| 29. | Дитяча онкологія                            | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 30. | Дитяча ортопедія і травматологія            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 31. | Дитяча отоларингологія                      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 32. | Дитяча офтальмологія                        | Спеціалізована медична допомога                          |
| 33. | Дитяча патологічна анатомія                 | Спеціалізована медична допомога                          |
| 34. | Дитяча психіатрія                           | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 35. | Дитяча пульмонологія                        | Спеціалізована медична допомога                          |
| 36. | Дитяча ревматологія                         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 37. | Дитяча стоматологія                         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 38. | Дитяча урологія                             | Спеціалізована медична допомога                          |
| 39. | Дитяча фізіатрія                            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 40. | Дитяча хірургія                             | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 41. | Ендокринологія                              | Спеціалізована медична допомога                          |
| 42. | Ендоскопія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 43. | Епідеміологія                               | Спеціалізована медична допомога                          |
| 44. | Загальна практика - сімейна медицина        | Первинна, паліативна медична допомога                    |
| 45. | Імунологія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 46. | Інфекційні хвороби                          | Спеціалізована медична допомога                          |
| 47. | Клінічна імунологія                         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 48. | Кардіологія                                 | Спеціалізована медична допомога                          |
| 49. | Комбустіологія                              | Спеціалізована медична допомога                          |
| 50. | Клінічна лабораторна діагностика            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 51. | Клінічна біохімія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 52. | Лабораторна імунологія                      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 53. | Лікувальна фізкультура і спортивна медицина | Спеціалізована медична допомога                          |
| 54. | Лікувальна фізкультура                      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 55. | Мікробіологія і вірусологія                 | Спеціалізована медична допомога                          |
| 56. | Медична психологія                          | Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога |
| 57. | Медицина невідкладних станів                | Екстрена та спеціалізована медична допомога              |
| 58. | Народна та нетрадиційна медицина            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 59. | Наркологія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 60. | Неврологія                                  | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |



|      |  |  |
|------|--|--|
| 61.  | Нефрологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 62.  | Нейрохірургія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 63.  | Неонатологія                               | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 64.  | Організація і управління охороною здоров'я | Екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога |
| 65.  | Онкологія                                  | Спеціалізована та паліативна медична допомога  |
| 66.  | Ортопедія і травматологія                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 67.  | Отоларингологія                            | Спеціалізована медична допомога  |
| 68.  | Онкоотоларингологія                        | Спеціалізована медична допомога  |
| 69.  | Офтальмологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 70.  | Ортодонтія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 71.  | Ортопедична стоматологія                   | Спеціалізована медична допомога  |
| 72.  | Онкохірургія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 73.  | Паразитологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 74.  | Пародонтологія                             | Спеціалізована медична допомога  |
| 75.  | Патологічна анатомія                       | Спеціалізована медична допомога  |
| 76.  | Педіатрія                                  | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога                                    |
| 77.  | Підліткова терапія                         | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 78.  | Променева терапія                          | Спеціалізована медична допомога  |
| 79.  | Проктологія                                | Спеціалізована медична допомога  |
| 80.  | Професійна патологія                       | Спеціалізована медична допомога  |
| 81.  | Психіатрія                                 | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 82.  | Психотерапія                               | Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога                                 |
| 83.  | Психофізіологія                            | Спеціалізована медична допомога  |
| 84.  | Пульмонологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 85.  | Радіологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 86.  | Радіонуклідна діагностика                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 87.  | Рентгенологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 88.  | Ревматологія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 89.  | Рефлексотерапія                            | Спеціалізована медична допомога  |
| 90.  | Санологія                                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 91.  | Спортивна медицина                         | Спеціалізована медична допомога  |
| 92.  | Сексопатологія                             | Спеціалізована медична допомога  |
| 93.  | Стоматологія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 94.  | Суднова медицина                           | Спеціалізована медична допомога  |
| 95.  | Сурдологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 96.  | Судинна хірургія                           | Спеціалізована медична допомога  |
| 97.  | Терапія                                    | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога                                    |
| 98.  | Терапевтична стоматологія                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 99.  | Токсикологія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 100. | Трансплантологія                           | Спеціалізована медична допомога  |
| 101. | Трансфузіологія                            | Спеціалізована медична допомога  |

|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| 102.   | Торакальна хірургія                   | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 103.   | Ультразвукова діагностика             | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 104.   | Урологія                              | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 105.   | Фізіотерапія                          | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 106.   | Фізична та реабілітаційна медицина    | Реабілітаційна допомога   |
| 107.   | Фтизіатрія                            | Спеціалізована, паліативна медична допомога                     |
| 108.   | Функціональна діагностика             | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 109.   | Хірургічна стоматологія               | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 110.   | Хірургія                              | Спеціалізована, паліативна медична допомога                     |
| 111.   | Хірургія серця і магістральних судин  | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 112.   | Щелепно-лицева хірургія               | Спеціалізована медична допомога                                 |
| <b>II Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою</b> |                                       |   |
| 113.   | Акушерська справа                     | Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога           |
| 114.   | Лабораторна справа (клініка)          | Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога           |
| 115.   | Лабораторна справа (гігієна)          | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 116.   | Лабораторна справа (патологія)        | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 117.   | Лікувальна справа                     | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога           |
| 118.   | Лікувальна справа (невідкладні стани) | Екстрена медична допомога                                       |
| 119.   | Медична статистика                    | Спеціалізована, паліативна, екстрена, первинна медична допомога |
| 120.   | Медико-профілактична справа           | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 121.   | Рентгенологія                         | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 122.   | Санологія                             | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 123.   | Сестринська справа                    | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога           |
| 124.   | Сестринська справа (операційна)       | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 125.   | Стоматологія                          | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 126.   | Ортопедична стоматологія              | Спеціалізована медична допомога                                 |
| <b>III Фахівці з реабілітації</b>                                |                                       |   |
| 127.   | Ерготерапія                           | Реабілітаційна допомога   |
| 128.   | Клінічна психологія                   | Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога            |
| 129.   | Клінічне душпастирство                | Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога            |
| 130.   | Протезування-ортезування              | Реабілітаційна допомога   |
| 131.   | Психотерапія                          | Реабілітаційна допомога   |
| 132.   | Терапія мови і мовлення               | Реабілітаційна допомога   |
| 133.   | Фізична терапія                       | Реабілітаційна допомога   |
| <b>IV Фармацевтичні спеціальності</b>                            |                                       |   |
| 134.   | Фармація                              | Первинна медична допомога                                       |
| 135.   | Клінічна фармація                     | Первинна медична допомога                                       |




ЗАТВЕРДЖЕНО  
постановою Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 2025 р. № \_\_\_\_\_

Зміни,  
що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з  
медичної практики

1. В абзаці четвертому пункту 6 слова «у паперовій формі» замінити словами «шляхом особистого звернення».

2. В пункті 7<sup>1</sup> слово «резидентів» замінити словами «та/або торговельних відносин з резидентами».

3. В абзаці першому пункту 7<sup>2</sup> після слів «або іншою уповноваженою на це особою» доповнити словами «власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги".».

4. Доповнити пунктом 9<sup>1</sup> такого змісту:

«9<sup>1</sup>. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю «наркологія».».

5. Доповнити пунктом 12<sup>1</sup> такого змісту:

«12<sup>1</sup>. Медична допомога населенню може надаватись виїзними (мобільними) мультидисциплінарними командами (бригадами) у порядках затверджених МОЗ.».

6. В пункті 13:

1) підпункт 6 викласти в такій редакції:

«6) забезпечити умови вільного доступу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;»;

2) у підпункті 10 слова «нарочно» замінити словами «шляхом особистого звернення»;

3) підпункт 11 викласти в такій редакції:

«11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей, та подавати статистичні звіти у строки та відповідно до вимог, встановлених МОЗ;»;

4) у підпункті 13 слово «методології» виключити;

5) підпункти 25 та 26 викласти в такій редакції:

«25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, заходів з профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Медичні відходи збираються, сортуються за категоріями, обробляються та видаляються відповідно до Державних санітарних норм та правил «Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпечності для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів», затверджених МОЗ;

26) забезпечити наявність і запас засобів індивідуального захисту, які відповідають Державним стандартам України та проводити навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях;»;

б) у підпункті 28 після слів «найманих працівників» доповнити словами «та працівників певних категорій», а після слів та цифр «(Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950)» – словами «, Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ».

7. Пункт 14 викласти в такій редакції:

«14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.».

8. У пункті 15<sup>1</sup>:

1) абзац другий викласти в такій редакції:

«затвердити індивідуальний реабілітаційний план у разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою;»;

2) доповнити пункт після абзацу другого новим абзацом такого змісту:

«надавати реабілітаційну допомогу відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, або відповідно до мети, зазначеної у програмі терапії відповідно до частини першої статті 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»;».

У зв'язку з цим абзаци третій – сьомий вважати відповідно абзацами четвертим – восьмим.

9. Доповнити пунктом 15<sup>3</sup> такого змісту:

«15<sup>3</sup>. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає психіатричну допомогу в стаціонарних умовах, повинен:

забезпечити для пацієнтів, вільним доступом до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;

дотримуватись правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади;

дотримуватись Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженому МОЗ.».

10. У пункті 16 слова «їх атестацію/акредитацію» виключити.

11. Пункт 18 викласти в такій редакції:

«18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, працівників та здобувачів освіти (вихованців, учнів, студентів) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:

укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти договору з закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, які отримали ліцензію на медичну практику, та створили на таких підприємствах, установах, організаціях та закладах освіти умови для медичного обслуговування;

або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.».

12. У пункті 23 після слова «повністю» доповнити словами «або частково» у шістьох випадках.

13. Доповнити пунктом 23<sup>1</sup> такого змісту:

«23<sup>1</sup>. У разі наміру:

провадження господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 9 та за новими видами надання медичної допомоги, які наведені в абзаці третьому пункту 9 цих Ліцензійних умов ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики за формою згідно з додатком 7, та документи, перелік яких передбачений пунктом 6 цих Ліцензійних умов;

припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково згідно з додатком 8.».

14. В пункті 37 після слова «Ліцензіат» доповнити словами «, окрім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній

Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі,», а після слів «для вільного доступу» – словами «особам з інвалідністю та інших».

15. Додатки 1– 6 викласти в такій редакції:

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

Міністерство охорони здоров'я України  
(найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної  
практики

Здобувач ліцензії \_\_\_\_\_  
(повне 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)

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців

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

\_\_\_\_\_ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером  
паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)

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

\_\_\_\_\_ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за  
наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер  
паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером  
паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

e-mail здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики  
за:

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я  
України:

|     |   |   |
|-----|---|---|
| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис здобувача ліцензії, або  
іншої уповноваженої особи)

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

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

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

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

;

Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_)

**ВІДОМОСТІ**  
про стан матеріально-технічної  
бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього  
і кваліфікаційного рівня

(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

Організаційні вимоги

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

молодших спеціалістів з медичною освітою: \_\_\_\_\_

фахівців з реабілітації: \_\_\_\_\_

фармацевтичні\*: \_\_\_\_\_

## 2. Режим роботи суб'єкта господарювання

| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Режим роботи (зазначається день тижня (цілодобово), з якої години початок та закінчення) |
|------------------|---|--|
|------------------|---|--|

3. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики

| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації |
|------------------|---|--|---|
|------------------|---|--|---|

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

\_\_\_\_\_ (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 господарська діяльність з медичної практики,

\_\_\_\_\_ прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця, торгівельна марка (за наявності))

5. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу\*\*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:

\_\_\_\_\_ (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)

6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1) не житлове приміщення  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 2) окреме приміщення  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 4) ізольоване (має окремий вхід)  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| 5) вбудоване (прибудоване)  | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |

7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення\*\*\*

| Порядковий номер | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ) | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності)) | Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення |
|------------------|---|---|---|
|                  |   |   |   |

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами (необхідне позначити):

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| так | <input type="checkbox"/> |
| ні  | <input type="checkbox"/> |

9. Реквізити договору про утилізацію та знищення медичних відходів:

(дата, номер договору, з ким укладено та на який термін)

Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

10. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

| Порядковий номер | Найменування відокремленого структурного підрозділу | Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, 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.

### Кадрові вимоги

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | ким<br>видано,<br>категорія<br>) (за<br>наявності<br>) |
|--|--|--|--|--|--|--|

## 12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою

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

## 13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації

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

## 14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів охорони здоров'я

|                  |   |  |   |  |  |   |  |
|------------------|---|--|---|--|--|---|--|
| Порядковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано) | Основна робота або робота за сумісництвом | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, | Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинац |
|------------------|---|--|---|--|--|---|--|

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  |  |  | номер,<br>дата<br>видачі, ким<br>видано,<br>категорія)<br>(за<br>наявності) | її,<br>правил<br>організа<br>ції і<br>техніки<br>проведен<br>ня<br>щеплень,<br>а також<br>навичок<br>надання<br>домедич<br>ної<br>допомог<br>и при<br>невідкла<br>дних<br>станах |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

15. 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,<br>ім'я,<br>по батькові<br>(за наявності) | Номер<br>запису | Дата  |        |     | Відомості про прийом на<br>роботу, переведення на<br>іншу роботу і звільнення з<br>роботи із зазначенням<br>причин і посиланням на<br>статтю Кодексу законів<br>про працю України | Реквізити<br>документа<br>(назва, дата<br>видачі та<br>номер) |
|---|-----------------|-------|--------|-----|---|---|
|   |                 | число | місяць | рік |   |   |
|   |                 |       |        |     |   |   |

Відсутність здійснення контролю за діяльністю \_\_\_\_\_  
(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», та/або торговельних відносин з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України», підтверджую.

Я як суб'єкт господарювання ознайомлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на \_\_\_\_\_ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її припинення відповідно до статей 13 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(підпис здобувача ліцензії,  
ліцензіата, спадкоємця або їх  
уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

\* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.

\*\* Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

\*\*\* У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.;

Додаток 3  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

**ОПИС**

документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії  
на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

\_\_\_\_\_ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

\_\_\_\_\_ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

| Порядковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |
|------------------|------------------------|-------------------------------|
|                  |                        |                               |

Прийняв

\_\_\_\_\_ (кількість документів (цифрами і словами)

\_\_\_\_\_ (підпис відповідальної особи)

\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.;

(підпис здобувача ліцензії або його  
уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_

(власне ім'я та прізвище)

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)

\_\_\_\_\_

(реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи - підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

\_\_\_\_\_

(відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_  
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону спадкоємця: \_\_\_\_\_

e-mail спадкоємця: \_\_\_\_\_

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

До заяви додаю:

| Порядковий 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 іншої уповноваженої особи)

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

Дата і номер реєстрації заяви

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

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

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

;

**Додаток 5**  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

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

### ЗАЯВА

про зупинення дії ліцензії повністю або частково на провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_

(повне 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)

\_\_\_\_\_  
(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_,

(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю або частково)

повністю:  так  ні

частково:  так  ні

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

терміном до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р., у зв'язку з

(обов'язково вказується причина зупинення дії 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 повністю.

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)

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

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

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

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

;

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

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

**ЗАЯВА**

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

Ліцензіат \_\_\_\_\_

(повне 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)

\_\_\_\_\_  
(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

\_\_\_\_\_  
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

\_\_\_\_\_  
(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта)

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

повністю:  так  ні

частково:  так  ні

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

з «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р., у зв'язку з

(обов'язково вказується підстава відновлення дії ліцензії повністю)

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

- \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ аркушах;
- \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ аркушах.  
(найменування документа дата та його номер)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

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

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

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка  
прийняла заяву)\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

».

16. Доповнити Ліцензійні умови додатками 7 – 9 такого змісту:

«Додаток 7  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

## ЗАЯВА

про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_  
(повне 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)\_\_\_\_\_  
(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців\_\_\_\_\_  
реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта  
фізичної особи – підприємця\_\_\_\_\_  
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером  
паспорта)\_\_\_\_\_  
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)\_\_\_\_\_  
(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  
реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта  
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером  
паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної  
практики \_\_\_\_\_,  
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я  
України:

|     |   |   |
|-----|---|---|
| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або іншої  
уповноваженої особи)\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

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

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка  
прийняла заяву)\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

;

**Додаток 8**  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)**ЗАЯВА**

про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з  
медичної практики повністю або частково

Ліцензіат \_\_\_\_\_

(повне 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)\_\_\_\_\_  
(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

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

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_,

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

повне:  так  ні

часткове:  так  ні

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
 (підпис ліцензіата або іншої  
 уповноваженої особи)  
 МП (за наявності)

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

Дата і номер реєстрації заяви  
 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

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

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

;

**Додаток 9**  
 до Ліцензійних умов (в редакції  
 постанови Кабінету Міністрів України  
 від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

Перелік лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, за яким надається екстрена, первинна спеціалізована, паліативна медична допомога та реабілітаційна допомога

| п/н                              | Назва спеціальності            | Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога) |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>I Лікарські спеціальності</b> |                                |  |
| 1.                               | Авіаційна та космічна медицина | Спеціалізована медична допомога  |
| 2.                               | Акушерство і гінекологія       | Спеціалізована медична допомога  |
| 3.                               | Алергологія                    | Спеціалізована медична допомога  |
| 4.                               | Анестезіологія                 | Спеціалізована та паліативна медична допомога  |
| 5.                               | Бактеріологія                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 6.                               | Вірусологія                    | Спеціалізована медична допомога  |
| 7.                               | Гастроентерологія              | Спеціалізована медична допомога  |
| 8.                               | Гематологія                    | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 9.                               | Генетика медична               | Спеціалізована медична допомога  |
| 10.                              | Геріатрія                      | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 11.                              | Генетика лабораторна           | Спеціалізована медична допомога  |
| 12.                              | Дитяча алергологія             | Спеціалізована медична допомога  |
| 13.                              | Дитяча анестезіологія          | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 14.                              | Дитяча гастроентерологія       | Спеціалізована медична допомога  |
| 15.                              | Дитяча гематологія             | Спеціалізована медична допомога  |
| 16.                              | Дитяча гематологія-онкологія   | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 17.                              | Дитяча гінекологія             | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 18.                              | Дерматовенерологія             | Спеціалізована медична допомога  |
| 19.                              | Дитяча дерматовенерологія      | Спеціалізована медична допомога  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 20. | Дієтологія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 21. | Дитяча ендокринологія                       | Спеціалізована медична допомога                          |
| 22. | Дитячі інфекційні хвороби                   | Спеціалізована медична допомога                          |
| 23. | Дитяча імунологія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 24. | Дитяча кардіологія                          | Спеціалізована медична допомога                          |
| 25. | Дитяча кардіоревматологія                   | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 26. | Дитяча неврологія                           | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 27. | Дитяча нефрологія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 28. | Дитяча нейрохірургія                        | Спеціалізована медична допомога                          |
| 29. | Дитяча онкологія                            | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 30. | Дитяча ортопедія і травматологія            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 31. | Дитяча отоларингологія                      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 32. | Дитяча офтальмологія                        | Спеціалізована медична допомога                          |
| 33. | Дитяча патологічна анатомія                 | Спеціалізована медична допомога                          |
| 34. | Дитяча психіатрія                           | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 35. | Дитяча пульмонологія                        | Спеціалізована медична допомога                          |
| 36. | Дитяча ревматологія                         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 37. | Дитяча стоматологія                         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 38. | Дитяча урологія                             | Спеціалізована медична допомога                          |
| 39. | Дитяча фтизіатрія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 40. | Дитяча хірургія                             | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 41. | Ендокринологія                              | Спеціалізована медична допомога                          |
| 42. | Ендоскопія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 43. | Епідеміологія                               | Спеціалізована медична допомога                          |
| 44. | Загальна практика - сімейна медицина        | Первинна, паліативна медична допомога                    |
| 45. | Імунологія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 46. | Інфекційні хвороби                          | Спеціалізована медична допомога                          |
| 47. | Клінічна імунологія                         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 48. | Кардіологія                                 | Спеціалізована медична допомога                          |
| 49. | Комбустіологія                              | Спеціалізована медична допомога                          |
| 50. | Клінічна лабораторна діагностика            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 51. | Клінічна біохімія                           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 52. | Лабораторна імунологія                      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 53. | Лікувальна фізкультура і спортивна медицина | Спеціалізована медична допомога                          |
| 54. | Лікувальна фізкультура                      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 55. | Мікробіологія і вірусологія                 | Спеціалізована медична допомога                          |
| 56. | Медична психологія                          | Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога |
| 57. | Медицина невідкладних станів                | Екстрена та спеціалізована медична допомога              |
| 58. | Народна та нетрадиційна медицина            | Спеціалізована медична допомога                          |
| 59. | Наркологія                                  | Спеціалізована медична допомога                          |
| 60. | Неврологія                                  | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 61.  | Нефрологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 62.  | Нейрохірургія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 63.  | Неонатологія                               | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 64.  | Організація і управління охороною здоров'я | Екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога |
| 65.  | Онкологія                                  | Спеціалізована та паліативна медична допомога  |
| 66.  | Ортопедія і травматологія                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 67.  | Отоларингологія                            | Спеціалізована медична допомога  |
| 68.  | Онкоотоларингологія                        | Спеціалізована медична допомога  |
| 69.  | Офтальмологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 70.  | Ортодонція                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 71.  | Ортопедична стоматологія                   | Спеціалізована медична допомога  |
| 72.  | Онкохірургія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 73.  | Паразитологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 74.  | Пародонтологія                             | Спеціалізована медична допомога  |
| 75.  | Патологічна анатомія                       | Спеціалізована медична допомога  |
| 76.  | Педіатрія                                  | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога                                    |
| 77.  | Підліткова терапія                         | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 78.  | Променева терапія                          | Спеціалізована медична допомога  |
| 79.  | Проктологія                                | Спеціалізована медична допомога  |
| 80.  | Професійна патологія                       | Спеціалізована медична допомога  |
| 81.  | Психіатрія                                 | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
| 82.  | Психотерапія                               | Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога                                 |
| 83.  | Психофізіологія                            | Спеціалізована медична допомога  |
| 84.  | Пульмонологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 85.  | Радіологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 86.  | Радіонуклідна діагностика                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 87.  | Рентгенологія                              | Спеціалізована медична допомога  |
| 88.  | Ревматологія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 89.  | Рефлексотерапія                            | Спеціалізована медична допомога  |
| 90.  | Санологія                                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 91.  | Спортивна медицина                         | Спеціалізована медична допомога  |
| 92.  | Сексопатологія                             | Спеціалізована медична допомога  |
| 93.  | Стоматологія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 94.  | Суднова медицина                           | Спеціалізована медична допомога  |
| 95.  | Сурдологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
| 96.  | Судинна хірургія                           | Спеціалізована медична допомога  |
| 97.  | Терапія                                    | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога                                    |
| 98.  | Терапевтична стоматологія                  | Спеціалізована медична допомога  |
| 99.  | Токсикологія                               | Спеціалізована медична допомога  |
| 100. | Трансплантологія                           | Спеціалізована медична допомога  |
| 101. | Трансфузіологія                            | Спеціалізована медична допомога  |



|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| 102.   | Торакальна хірургія                   | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 103.   | Ультразвукова діагностика             | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 104.   | Урологія                              | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 105.   | Фізіотерапія                          | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 106.   | Фізична та реабілітаційна медицина    | Реабілітаційна допомога   |
| 107.   | Фтизіатрія                            | Спеціалізована, паліативна медична допомога                     |
| 108.   | Функціональна діагностика             | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 109.   | Хірургічна стоматологія               | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 110.   | Хірургія                              | Спеціалізована, паліативна медична допомога                     |
| 111.   | Хірургія серця і магістральних судин  | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 112.   | Щелепно-лицева хірургія               | Спеціалізована медична допомога                                 |
| <b>II Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою</b> |                                       |   |
| 113.   | Акушерська справа                     | Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога           |
| 114.   | Лабораторна справа (клініка)          | Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога           |
| 115.   | Лабораторна справа (гігієна)          | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 116.   | Лабораторна справа (патологія)        | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 117.   | Лікувальна справа                     | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога           |
| 118.   | Лікувальна справа (невідкладні стани) | Екстрена медична допомога                                       |
| 119.   | Медична статистика                    | Спеціалізована, паліативна, екстрена, первинна медична допомога |
| 120.   | Медико-профілактична справа           | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 121.   | Рентгенологія                         | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 122.   | Санологія                             | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 123.   | Сестринська справа                    | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога           |
| 124.   | Сестринська справа (операційна)       | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 125.   | Стоматологія                          | Спеціалізована медична допомога                                 |
| 126.   | Ортопедична стоматологія              | Спеціалізована медична допомога                                 |
| <b>III Фахівці з реабілітації</b>                                |                                       |   |
| 127.   | Ерготерапія                           | Реабілітаційна допомога   |
| 128.   | Клінічна психологія                   | Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога            |
| 129.   | Клінічне душпастирство                | Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога            |
| 130.   | Протезування-ортезування              | Реабілітаційна допомога   |
| 131.   | Психотерапія                          | Реабілітаційна допомога   |
| 132.   | Терапія мови і мовлення               | Реабілітаційна допомога   |
| 133.   | Фізична терапія                       | Реабілітаційна допомога   |
| <b>IV Фармацевтичні спеціальності</b>                            |                                       |   |
| 134.   | Фармація                              | Первинна медична допомога                                       |
| 135.   | Клінічна фармація                     | Первинна медична допомога                                       |

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

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

### 1. Мета

Проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» (далі – проєкт постанови) розроблений з метою порядку, удосконалення ліцензування господарської діяльності з медичної практики шляхом розмежування суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики за видами надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована медична, паліативна та реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я), та за лікарськими спеціальностями, спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, перелік яких затверджений Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ).

### 2. Обґрунтування необхідності прийняття акта

1. Частина шоста статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що медична допомога за видами поділяється на екстрену; первинну, спеціалізовану, паліативну.

Статті 35, 35<sup>1</sup>, 35<sup>2</sup>, 35<sup>4</sup>, 35<sup>6</sup> Основ законодавства України про охорону здоров'я визначають загальні підходи щодо надання певного виду медичної допомоги, особливості кожного з них, в залежності від станів, фахівців, які надають таку допомогу важливі вимоги до місця провадження діяльності, матеріально-технічного забезпечення, кадрових вимог, спеціальних вимог, обмеження щодо надання відповідного виду медичної допомоги та інших вимог, які обумовлені особливостями надання медичної допомоги пацієнту.

Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» визначає правові та організаційні засади надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я (далі - реабілітаційна допомога). Частиною першою статті 10 Закону України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» визначено, зокрема, що до фахівців з реабілітації належать: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, психологи, психотерапевти.

Частина перша статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає, зокрема кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, вільний вибір закладу охорони здоров'я, вибір лікаря та/або фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та/або реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та/або фахівця з реабілітації.

Також частина перша статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що 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.

Важливо підкреслити вимогу частини першої статті 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка передбачає, що провадити медичну, фармацевтичну діяльність, надавати реабілітаційну допомогу можуть особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. На сьогодні в сфері охорони здоров'я нараховується 131 спеціальність, яка задіяна в наданні медичної (реабілітаційної) допомоги (послуги), при цьому суб'єкт господарювання провадить діяльність з медичної практики за декількома такими спеціальностями.

Разом з тим, на сьогодні існує проблема, що господарська діяльність з медичної практики, яка підлягає ліцензуванню, є видом діяльності, що не розділяє ліцензіатів окремо за видами надання медичної допомоги, які передбачені частиною шостою статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а також не розділяє її окремо за медичними спеціальностями, перелік яких затверджений наказом МОЗ, та за якими ліцензіат має право надавати медичну допомогу. У зв'язку з чим виникає проблема, наприклад у випадку порушення ліцензійних умов суб'єктом господарювання та прийняття рішення про зупинення дії ліцензії – зупиняється ліцензія за всіма спеціальностями та видами надання медичної допомоги, за якими отримано право надавати медичну допомогу. Відповідно, очевидні ризики такої дії: порушення доступності медичної допомоги для населення, унеможливлення ліцензіату провадження своєї діяльності, а відтак неотримання фінансування.

2. Замісна підтримувальна терапія – це програма медикаментозного лікування людей із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання опіоїдів. Під час лікування використовують лікарські препарати метадон та бупренорфін.

В Україні для підтримки наркозалежних людей запроваджена спеціальна програма замісної підтримувальної терапії. Саме такий захід покликаний на запобігання поширенню ВІЛ та гепатитів, а також зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин, особливо ін'єкційних наркотиків.

Крім того, до МОЗ протягом багатьох років надходять чисельні звернення від громадян, правоохоронних органів, територіальних громад, громадських організацій про розміщення ліцензіатів в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, що створюють відповідний для них дискомфорт їхнього перебування.

3. Пунктом 37 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 (далі – Ліцензійні умови), (зі змінами від 27.12.2023

№ 1393) передбачено, що ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження.

Для виконання вимог Ліцензійних умов кожен Центр зобов'язаний створити необхідні умови вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень, в тому числі і до відокремлених структурних підрозділів (відділень та станцій), загальна кількість яких становить приблизно 35 – 40 на кожен обласний центр, а це становить значних фінансових витрат.

Разом з тим, зазначений вид медичної допомоги не передбачає надання амбулаторної, стаціонарної та реабілітаційної допомоги, які потребують створення умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень, а бригади екстреної медичної допомоги надають невідкладну медичну допомогу на місце її виклику.

4. Пунктом 131 розділу I Закону України від 10.10.2024 № 4017-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про адміністративну процедуру» внесено зміни до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» відповідно до якого Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 приводяться у відповідність.

Таким чином, розроблений проект постанови дозволить:

визначити однозначні та прозорі вимоги до провадження господарської діяльності з медичної практики за видами медичної та реабілітаційної допомоги та медичними спеціальностями;

позитивно вплинути на доступність медичної допомоги для громадян, – належний контроль за діяльністю ліцензіатів, які надають пацієнтам замісну підтримуючу терапію з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики за лікарською спеціальністю «наркологія»;

для суб'єктів господарювання встановити чіткі вимоги провадження господарської діяльності з медичної практики та спростить інструменти впливу під час проведення заходів державного нагляду (контролю).

5. Абзацом третім підпункту 1 пункту 5 розділу XII Закону України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту» передбачено, що Кабінету Міністрів України протягом одного року з дня набрання чинності цим Законом затвердити зміни до ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики у суб'єктів освітньої діяльності у сфері дошкільної освіти з урахуванням положень цього Закону та вимог законодавства у сфері охорони здоров'я.

Крім того, абзацом третім частини четвертої статті 19 Закону України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту» передбачено, що заклад дошкільної освіти відповідно до законодавства також може організовувати медичне обслуговування вихованців. Таке медичне обслуговування здійснюється медичними працівниками закладів дошкільної освіти, закладів охорони здоров'я чи фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики.

Частиною сьомою статті 30 Закону України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту» передбачено, що заклад дошкільної освіти має право залучати на договірній основі фізичних та юридичних осіб для організації та реалізації освітнього процесу, забезпечення утримання закладу дошкільної освіти, здійснення процесів, супутніх до освітнього процесу (харчування, медичне обслуговування, господарське утримання, охорона тощо). Відповідальність за залучення таких осіб несе керівник закладу дошкільної освіти.

Таким чином, зміни, які запропоновані проектом постанови забезпечать виконання вимог передбачених Законом України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту».

### **3. Основні положення проєкту акта**

Проектом постанови пропонується внести зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року № 285.

### **4. Правові аспекти**

У даній сфері суспільних відносин діють такі нормативно-правові акти: Конституція України;

Основи законодавства України про охорону здоров'я;

Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності»;

Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я»;

Закон України «Про екстрену медичну допомогу»;

Закон України «Про систему громадського здоров'я»;

Закон України «Про дошкільну освіту»;

Закон України «Про повну загальну середню освіту»;

Закон України «Про професійно-технічну освіту».

### **5. Фінансово-економічне обґрунтування**

Реалізація проєкту постанови не потребуватиме додаткових видатків з державного та/або місцевих бюджетів.

### **6. Позиція заінтересованих сторін**

Проект постанови потребує проведення публічних консультацій.

Проект постанови не стосується питань функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та

регіонального розвитку, функціонування і застосування української мови як державної, тому не потребує погодження з уповноваженими представниками всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування чи відповідних органів місцевого самоврядування, Уповноваженим із захисту державної мови.

Проект постанови не стосується сфери наукової та науково-технічної діяльності, тому не потребує погодження з Науковим комітетом Національної ради з питань розвитку науки і технологій.

Проект постанови потребує погодження Міністерством фінансів України, Міністерством освіти і науки України, Міністерством цифрової трансформації України, Міністерством економіки України, Державною регуляторною службою України, Міністерством захисту довкілля та природних ресурсів України, Уповноваженим Верховної Ради України прав людини.

Проект постанови потребує проведення правової експертизи Міністерством юстиції України.

#### **7. Оцінка відповідності**

У проекті постанови відсутні положення що:

стосуються зобов'язань України у сфері європейської інтеграції;

прав та свобод, гарантованих Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод; впливають на забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків;

містять ризики вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією;

створюють підстави для дискримінації.

Проект постанови потребує направлення до Національного агентства з питань запобігання корупції для визначення необхідності проведення антикорупційної експертизи.

Проект постанови потребує направлення до Урядового офісу координації європейської та євроатлантичної інтеграції Секретаріату Кабінету Міністрів для проведення експертизи на відповідність зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції, у тому числі міжнародно-правовим, та праву Європейського Союзу (Aquis EC).

Громадська антидискримінаційна, громадська антикорупційна, громадська гендерно-правова експертизи не проводились.

#### **8. Прогноз результатів**

Реалізація проекту постанови не матиме негативного впливу на розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад, ринок праці, рівень зайнятості населення. Реалізація положень проекту акта не матиме впливу на екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного

повітря, води, земель, а також на рівень забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

Реалізація проєкту постанови матиме вплив на ринкове середовище, забезпечення захисту прав та інтересів суб'єктів господарювання, громадян і держави у зв'язку з необхідністю приведення провадження господарської діяльності з медичної практики, зокрема медичної практики, що передбачає ліцензувати суб'єктів господарювання за видами медичної допомоги та медичними спеціальностями, що будуть встановлені (з урахуванням змін, які будуть внесені проєктом постанови) Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики.

**Вплив на інтереси заінтересованих сторін:**

| Заінтересована сторона   | Вплив реалізації акта на заінтересовану сторону | Пояснення очікуваного впливу  |
|--|---|---|
| Суб'єкти господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики | Позитивний                                      | Встановлення чітких вимог до ліцензіатів, які провадять господарську діяльність з медичної практики (за видами надання медичної допомоги та медичними спеціальностями)  |
| Громадяни України  | Позитивний                                      | Забезпечення доступності надання медичної допомоги та безпеки в місцях їхнього проживання чи перебування.   |
| Держава  | Позитивний                                      | 1. Встановлення чітких вимог до ліцензіатів, які провадять господарську діяльність з медичної практики.<br>2. Можливість ліцензувати господарську діяльність з медичної практики за видами медичної та реабілітаційної допомоги та медичними спеціальностями. |

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.



## 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>6. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених статтею 11 Закону, додаються за підписом здобувача ліцензії або уповноваженої ним особи відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2).</p> <p>.....</p> <p>Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.</p> | <p>6. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених статтею 11 Закону, додаються за підписом здобувача ліцензії або уповноваженої ним особи відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2).</p> <p>.....</p> <p>Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів <b>шляхом особистого звернення</b>.</p>               |
| <p>7<sup>1</sup>. Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції») резидентів держав, які здійснюють збройну агресію проти України (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України») та/або дії яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України.</p>         | <p>7<sup>1</sup>. Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції») <b>та/або торгівельних відносин з резидентами</b> держав, які здійснюють збройну агресію проти України (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України») та/або дії яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України.</p> |
| <p>7<sup>2</sup>. Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом спадкоємцем</p>  | <p>7<sup>2</sup>. Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем</p>  |



|  |   |
|--|---|
| <p>або іншою уповноваженою на це особою.</p> <p>.....</p>  | <p>або іншою уповноваженою на це особою <b>власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги».</b></p> <p>.....</p>   |
| <p>Відсутній</p>   | <p><b>9<sup>1</sup>. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю «наркологія».</b></p>  |
| <p>Відсутній</p>   | <p><b>12<sup>1</sup>. Медична допомога населенню може надаватись виїзними (мобільними) мультидисциплінарними командами (бригадами) у порядках затверджених МОЗ.</b></p>   |
| <p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>.....</p> <p>б) забезпечити умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до приміщень;</p> <p>.....</p> <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. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його</p> | <p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>.....</p> <p><b>б) забезпечити умови вільного доступу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;</b></p> <p>.....</p> <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 <b>(шляхом особистого звернення, поштовим відправленням або в електронному вигляді)</b> у місячний строк з дня настання таких змін. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із</p> |

освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися;

11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей та подавати статистичні звіти в установлені строки до органів державної статистики відповідно до статей 17 та 26 Закону України «Про офіційну статистику»;

.....

13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням ~~методології~~ доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);

.....

25) дотримуватися встановлених санітарних норм, зокрема щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, вивезення, знищення побутового сміття та медичних відходів;

26) дотримуватися вимог Порядку та умов обов'язкового

зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися;

**11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей, та подавати статистичні звіти у строки та відповідно до вимог, встановлених МОЗ;**

.....

13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);

.....

**25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, заходів з профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Медичні відходи збираються, сортуються за категоріями, обробляються та видаляються відповідно до Державних санітарних норм та правил «Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпечності для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів», затверджених МОЗ;**

**26) забезпечити наявність і запас засобів**

страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642 (Офіційний вісник України, 1998 р., № 42, ст. 1552);

.....

28) забезпечити організацію здійснення медичних оглядів найманих працівників відповідно до вимог, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» (Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950) та Порядком проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженим МОЗ;

14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, ліцензіат повинен здійснювати на матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я, які надають відповідний вид медичної

**індивідуального захисту, які відповідають Державним стандартам України та проводити навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях;**

.....

28) забезпечити організацію здійснення медичних оглядів найманих працівників **та працівників певних категорій** відповідно до вимог, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» (Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950), **Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ** та Порядком проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженим МОЗ;

**14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені**

|   |   |
|---|---|
| <p>допомоги:</p> <p>в операційних блоках, які повинні бути ізольовані від усіх груп приміщень закладу охорони здоров'я і мати доступне сполучення з приміщеннями відділень анестезіології та реанімації, палатними відділеннями хірургічного профілю, приймальним відділенням;</p> <p>у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.</p>  | <p><b>відповідним матеріально-технічним оснащенням.</b></p>   |
| <p>15<sup>1</sup>. Ліцензіат, який надає реабілітаційну допомогу, повинен:</p> <p>затвердити індивідуальний реабілітаційний план, у якому зазначаються результати обстеження, реабілітаційний період та прогноз, місце проведення реабілітації, найменування ліцензіата, який буде проводити реабілітацію, власні імена та прізвища фахівців, які залучені до реабілітації, мета і завдання реабілітації;</p> <p><b>Відсутній</b></p> <p>здійснювати моніторинг та оцінку результатів виконання плану, його коригування у разі необхідності;</p> <p>забезпечити доступність реабілітаційної допомоги;</p> <p>забезпечити послідовність та своєчасність залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у достатній кількості;</p> <p>розпочинати реабілітацію з реабілітаційного обстеження пацієнта, визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування, кількісної оцінки;</p> <p>застосовувати методи доказовості в реабілітації.</p> | <p>15<sup>1</sup>. Ліцензіат, який надає реабілітаційну допомогу, повинен:</p> <p><b>затвердити індивідуальний реабілітаційний план у разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою;</b></p> <p><b>надавати реабілітаційну допомогу відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, або відповідно до мети, зазначеної у програмі терапії відповідно до частини першої статті 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»;</b></p> <p>здійснювати моніторинг та оцінку результатів виконання плану, його коригування у разі необхідності;</p> <p>забезпечити доступність реабілітаційної допомоги;</p> <p>забезпечити послідовність та своєчасність залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у достатній кількості;</p> <p>розпочинати реабілітацію з реабілітаційного обстеження пацієнта, визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування, кількісної оцінки;</p> <p>застосовувати методи доказовості в реабілітації.</p> |

|   |   |
|---|---|
| Відсутній   | <p><b>15<sup>3</sup>. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає психіатричну допомогу в стаціонарних умовах, повинен:</b></p> <p><b>забезпечити для пацієнтів, вільним доступом до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;</b></p> <p><b>дотримуватись правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади;</b></p> <p><b>дотримуватись Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженому МОЗ.</b></p> |
| <p>16. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі клініко-діагностичні лабораторії (біохімічні, імунологічні, вірусологічні, мікробіологічні, медико-генетичні, патогістологічні та інші), забезпечує <del>їх атестацію/акредитацію</del>, зовнішній та внутрішній контроль якості досліджень і вимірювань.</p>   | <p>16. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі клініко-діагностичні лабораторії (біохімічні, імунологічні, вірусологічні, мікробіологічні, медико-генетичні, патогістологічні та інші), забезпечує зовнішній та внутрішній контроль якості досліджень і вимірювань.</p>  |
| <p>18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, вихованців (учнів, студентів) загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:</p> <p>укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами договору з амбулаторно-поліклінічним закладом, що має ліцензію, згідно з яким відповідні послуги надаватимуться відокремленим структурним підрозділом амбулаторно-поліклінічного</p> | <p><b>18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, працівників та здобувачів освіти (вихованців, учнів, студентів) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:</b></p> <p><b>укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти договору з закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, які</b></p>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>закладу;<br/> або відкриття на таких підприємствах, в установах, організаціях та закладах медичних кабінетів фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику на підставі ліцензії;<br/> або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.</p>  | <p><b>отримали ліцензію на медичну практику, та створили на таких підприємствах, установах, організаціях та закладах освіти умови для медичного обслуговування;</b><br/> <b>або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.</b></p>  |
| <p>23. У разі коли ліцензіат має намір:<br/> зупинити повністю дію ліцензії, але не більше ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення повністю дії ліцензії згідно з додатком 5;<br/> відновити повністю дію ліцензії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення повністю дії ліцензії згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю їх дії, а в разі, коли дія ліцензії зупинена на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», - інформацію про сплату штрафу, передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.<br/> У разі зупинення повністю дії ліцензії до відновлення</p> | <p>23. У разі коли ліцензіат має намір:<br/> зупинити повністю <b>або частково</b> дію ліцензії, але не більше ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення повністю <b>або частково</b> дії ліцензії згідно з додатком 5;<br/> відновити повністю <b>або частково</b> дію ліцензії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення повністю <b>або частково</b> дії ліцензії згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю <b>або частково</b> їх дії, а в разі, коли дія ліцензії зупинена на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», - інформацію про сплату штрафу, передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.</p> |

|  |  |
|--|--|
| повністю її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю медичну практику.   | У разі зупинення повністю <b>або частково</b> дії ліцензії до відновлення повністю <b>або частково</b> її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю <b>або частково</b> медичну практику.   |
| Відсутній  | <p><b>23<sup>1</sup>. У разі наміру:</b><br/> <b>провадження господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 9 та за новими видами надання медичної допомоги, які наведені в абзаці третьому пункту 9 цих Ліцензійних умов ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики за формою згідно з додатком 7, та документи, перелік яких передбачений пунктом 6 цих Ліцензійних умов</b></p> <p><b>припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково згідно з додатком 8.</b></p> |
| 37. Ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення | 37. Ліцензіат, <b>окрім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі</b> , за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу <b>особам з інвалідністю та інших</b> маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем   |

|   |  |
|---|--|
| такого обстеження.  | з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження.  |
| <p style="text-align: center;">Додаток 1<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету Міністрів<br/>України<br/>від 27 грудня 2023 р. № 1393)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b><br/>про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Здобувач ліцензії _____<br/>(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,<br/>по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)*</p> <hr/> <p>(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —</p> <hr/> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття</p> <hr/> <p>реєстраційного номера облікової картки платника податків, повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)</p> | <p style="text-align: center;">«Додаток 1<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету Міністрів України<br/>від _____ 20 ____ р. № _____)<br/><u>Міністерство охорони здоров'я України</u><br/>(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b><br/>про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Здобувач ліцензії _____<br/>(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,<br/>по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(для юридичних осіб – <b>ідентифікаційний код</b>, для фізичних осіб – підприємців</p> <hr/> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), <b>серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця</b></p> <hr/> <p><b>(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)</b></p> <hr/> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p> <hr/> <p><b>(відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)</b></p> |



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

адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
 (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)

МП  
 (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_  
 (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)

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

номер телефону здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

е-mail здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за:

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
 (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої) (власне ім'я та прізвище)

|  |   |
|--|---|
|  | <p style="text-align: right;">особи)</p> <p style="text-align: center;">МП<br/>(за наявності)</p> <p>Дата і номер реєстрації<br/>заяви</p> <p>____ ____ 20____ р. №<br/>_____</p> <p>;</p> <p style="text-align: center;">_____<br/>(підпис особи, яка прийняла<br/>заяву)</p> <p style="text-align: center;">_____<br/>(власне ім'я та<br/>прізвище)</p> |
|--|---|

Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від 27 грудня 2023 р. № 1393

**ВІДОМОСТІ**  
**про стан матеріально-технічної**  
**бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього**  
**і кваліфікаційного рівня**

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

**Організаційні вимоги**

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

лікарські: \_\_\_\_\_

молодших спеціалістів з медичною освітою:

фахівців з реабілітації: \_\_\_\_\_

фармацевтичні: \_\_\_\_\_

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

Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів  
України  
від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

**ВІДОМОСТІ**  
**про стан матеріально-технічної**  
**бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього**  
**і кваліфікаційного рівня**

(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

**Організаційні вимоги**

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

лікарські: \_\_\_\_\_

молодших спеціалістів з медичною освітою: \_\_\_\_\_

фахівців з реабілітації: \_\_\_\_\_

фармацевтичні\*: \_\_\_\_\_

2. Режим роботи суб'єкта господарювання

| Порядк<br>овий<br>номер | Адреса місця провадження<br>господарської діяльності з медичної<br>практики | Режим роботи<br>(зазначається день тижня<br>(цілодобово) з якої години<br>початок та закінчення) |
|-------------------------|---|--|
|                         |   |  |

| Порядковий номер   | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності і спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичні спеціальності | Методи, що застосовуються у медичній, реабілітаційній 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:  |   |  |  | 3. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична допомога, паліативна допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики  |                    |                  |                     |                      |                   |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| (найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підприємця                  |   |  |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Порядковий номер</th> <th>Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики</th> <th>Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога</th> <th>Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>   |                    |                  |                     |                      |                   | Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації |  |  |  |  |
| Порядковий номер   | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації                |   |                    |                  |                     |                      |                   |                  |   |  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |   |                    |                  |                     |                      |                   |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| азначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,   |   |  |  | азначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,  |                    |                  |                     |                      |                   |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)  |   |  |  | прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця торговельна марка (за наявності))  |                    |                  |                     |                      |                   |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| 4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу*:<br>реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу: |   |  |  | 5. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу**:<br>реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:<br><br>(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) |                    |                  |                     |                      |                   |                  |   |  |   |  |  |  |  |

| <p style="text-align: center;">(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності))</p> <p>структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) _____</p> <p style="text-align: center;"><b>5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:</b></p> <p style="text-align: center;">(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)</p> <p style="text-align: center;"><b>6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення**</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Порядковий номер</th> <th style="width: 30%;">Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця)</th> <th style="width: 30%;">Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення</th> <th style="width: 30%;">Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Порядковий номер   | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця) | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення | Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення |  |  |  |  | <p>структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) _____</p> <p><b>6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:</b></p> <p style="text-align: center;">(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">1) не житлове приміщення</td> <td style="width: 10%;">так <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2) окреме приміщення</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4) ізольоване (має окремий вхід)</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5) вбудоване (прибудоване)</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення***</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Порядковий номер</th> <th style="width: 30%;">Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення</th> <th style="width: 30%;">Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення</th> <th style="width: 30%;">Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | 1) не житлове приміщення | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> | 2) окреме приміщення | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> | 3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> | 4) ізольоване (має окремий вхід) | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> | 5) вбудоване (прибудоване) | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> | Порядковий номер | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення | Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|---|--|---|--|--|--|--|
| Порядковий номер  | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця) | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення   | Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення        |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| 1) не житлове приміщення  | так <input type="checkbox"/>   | ні <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| 2) окреме приміщення  | так <input type="checkbox"/>   | ні <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| 3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу   | так <input type="checkbox"/>   | ні <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| 4) ізольоване (має окремий вхід)  | так <input type="checkbox"/>   | ні <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| 5) вбудоване (прибудоване)  | так <input type="checkbox"/>   | ні <input type="checkbox"/>  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
| Порядковий номер  | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення                          | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення   | Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення        |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |                          |                              |                             |                      |                              |                             |   |                              |                             |                                  |                              |                             |                            |                              |                             |                  |   |  |   |  |  |  |  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ) | провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності) |  |
|--|--|---|--|

6<sup>1</sup>. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами (необхідне позначити):

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| так | <input type="checkbox"/> |
| ні  | <input type="checkbox"/> |

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

| Порядковий номер | Найменування відокремленого структурно | Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських | Перелік оснащення (медичні вироби та вироби | Технічний стан, рік випуску медичної техніки, |
|------------------|--|--|---|---|
|------------------|--|--|---|---|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ) | вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності) |  |
|--|---|--|--|

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами (необхідне позначити):

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| так | <input type="checkbox"/> |
| ні  | <input type="checkbox"/> |

9. Реквізити договору про утилізацію та знищення медичних відходів:

(дата, номер договору, з ким укладено та на який термін)

Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

10. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

| Порядков | Найменування відокремлен | Найменування приміщення (кабінету) із | Перелік оснащення (медичні | Технічний стан, рік випуску |
|----------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|----------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|

|  |                               |   |  |           |  |
|--|-------------------------------|---|--|-----------|--|
|  | го підрозділу та режим роботи | спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа | медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі |           | виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію |
|  |                               |   | найменування   | кількість |  |

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_ кв. метрів.

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

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

|          |                             |  |  |           |  |
|----------|-----------------------------|--|--|-----------|--|
| ий номер | ого структурного підрозділу | зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа | вироби та виробни медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі |           | медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію |
|          |                             |  | найменування   | кількість |  |

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_ кв. метрів.

#### Кадрові вимоги

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

## Кадрові вимоги

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

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

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

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

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

12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою



|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| ий<br>но<br>ме<br>р  | е<br>ім'я,<br>по<br>батьк<br>ові<br>(за<br>наявн<br>ості)            | посада,<br>на яку<br>буде<br>зарахо<br>вано)                               | а або<br>робот<br>а за<br>суміс<br>ництв<br>ом                     | альні<br>сть,<br>серія,<br>номер<br>, дата<br>видач<br>і, ким<br>видан<br>ий)    | ення<br>підвище<br>ння<br>кваліфік<br>ації<br>(спеціал<br>ьність,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>видано) | ння<br>(підтвер<br>дження)<br>кваліфік<br>аційної<br>категорії<br>(спеціал<br>ьність,<br>серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>видано,<br>категорі<br>я) (за<br>наявнос<br>ті) | проходж<br>ення<br>спеціаль<br>них<br>щорічни<br>х<br>навчань<br>з питань<br>вакцина<br>ції,<br>правил<br>організа<br>ції і<br>техніки<br>проведе<br>ння<br>щеплень<br>, а також<br>навичок<br>надання<br>домедич<br>ної<br>допомог<br>и при<br>невідкла<br>дних<br>станах | По<br>ряд<br>ков<br>ий<br>но<br>ме<br>р   | Прізвище,<br>власне<br>ім'я, по<br>батькові<br>(за<br>наявності) | Поса<br>да (у<br>тому<br>числі<br>посад<br>а, на<br>яку<br>буде<br>зарах<br>овано<br>) | Осно<br>вна<br>робо<br>та<br>або<br>робо<br>та за<br>суміс<br>ницт<br>вом | Дипло<br>м<br>(спеціа<br>льність<br>, серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>видани<br>й) | Свідоцтво<br>про<br>проходження<br>підвищення<br>кваліфікації<br>(спеціальніст<br>ь, номер,<br>дата видачі,<br>ким видано) | Посвідченн<br>я про<br>присвоєння<br>(підтвердж<br>ення)<br>кваліфікаці<br>йної<br>категорії<br>(спеціальні<br>сть, серія,<br>номер, дата<br>видачі, ким<br>видано,<br>категорія)<br>(за<br>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) |  |  |  |  |  |  |  | 13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації |  |  |   |  |  |  |
| П<br>ор<br>яд<br>ко<br>ви<br>й<br>но<br>ме<br>р  | Прізвище,<br>власне<br>ім'я, по<br>батькові<br>(за<br>наявності<br>) | Посада<br>(у тому<br>числі<br>посада,<br>на яку<br>буде<br>зарахова<br>но) | Осно<br>вна<br>робо<br>та<br>або<br>робо<br>та за<br>суміс<br>ницт | Дипло<br>м<br>(спеціа<br>льність<br>, серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким | Свідоцтво<br>про<br>проходжен<br>ня<br>підвищенн<br>я<br>кваліфікаці<br>ї<br>(спеціальні                         | Посвідченн<br>я про<br>присвоєння<br>(підтвердже<br>ння)<br>кваліфікаці<br>йної<br>категорії<br>(спеціальніс   |  |   |  |  |   |  |  |  |

|  |              |       |        |     |   |   |
|--|--------------|-------|--------|-----|---|---|
| Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)   | 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 видачі та номер) |
|  |              | число | місяць | рік |   |   |
| Відсутність здійснення контролю за діяльністю _____<br>(найменування суб'єкта господарювання)  |              |       |        |     |   |   |
| у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України», підтверджую.                                       |              |       |        |     |   |   |
| Як суб'єкт господарювання ознайомлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на _____ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її анулювання відповідно до статей 13 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». |              |       |        |     |   |   |
| _____ 20__ р. _____<br>(підпис здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця або їх уповноваженої особи) _____<br>(власне ім'я та прізвище)   |              |       |        |     |   |   |

|   |   |  |   |  |  |   |   |
|---|---|--|---|--|--|---|---|
|   |   |  | вом                                       | виданий)   | сть, номер, дата видачі, ким видано)   | ть, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)  |   |
| 14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних аптекних закладів охорони здоров'я |   |  |   |  |  |   |   |
| Порядковий номер  | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано) | Основна робота або робота за сумісництвом | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким | Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил органі |

\* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

\*\* У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.

|   |  |
|---|--|
| видано,<br>категорі<br>я) (за<br>наявнос<br>ті) | зації і<br>технік<br>и<br>провед<br>ення<br>щепле<br>нь, а<br>також<br>навич<br>ок<br>надан<br>ня<br>домед<br>ичної<br>допом<br>оги<br>при<br>невідк<br>ладни<br>х<br>станах |
|---|--|

15. 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,<br>ім'я,<br>по батькові | Номер<br>р<br>запис | Дата | Відомості про<br>прийом на<br>роботу, | Реквізити<br>документа<br>(назва, дата |
|-----------------------------------|---------------------|------|---------------------------------------|--|
|-----------------------------------|---------------------|------|---------------------------------------|--|

|  |                |   |               |            |     |   |                  |
|--|----------------|---|---------------|------------|-----|---|------------------|
|  | (за наявності) | у |               |            |     | переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України | видачі та номер) |
|  |                |   | чи<br>сл<br>о | міс<br>яць | рік |   |                  |

Відсутність здійснення контролю за діяльністю \_\_\_\_\_  
(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», та/або торговельних відносин з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України», підтверджую.

Як суб'єкт господарювання ознайомлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на \_\_\_\_\_ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її анулювання відповідно до статей 13 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

|  |  |
|--|--|
|  | <p style="text-align: center;">_____ 20__ р.</p> <p style="text-align: center;">(підпис здобувача ліцензії,<br/>ліцензіата, спадкоємця або їх<br/>уповноваженої особи)</p> <p style="text-align: center;">(власне ім'я та<br/>прізвище)</p> <p>* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.</p> <p>** Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.</p> <p>*** У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.</p> |
|--|--|

Додаток 3  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів  
України  
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

**ОПИС**  
**документів, що додаються до заяви про отримання**  
**ліцензії**  
**на провадження господарської діяльності з медичної**  
**практики**

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

(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —

реєстраційний номер облікової картки платника податків або, серія (за наявності) та  
номер паспорта громадянина України

ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від  
прийняття

реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це  
відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

| Порядко<br>вий<br>номер | Найменування документа | Кількіст<br>ь<br>аркушів<br>у<br>докумен<br>ті |
|-------------------------|------------------------|--|
|                         |                        |  |

Додаток 3  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів  
України від \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

**ОПИС**  
**документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії**  
**на провадження господарської діяльності з медичної практики**

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

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців

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

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі  
за серією та номером паспорта)

(відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище,  
власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки  
платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для  
фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за  
серією та номером паспорта)

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

| Порядко<br>вий<br>номер | Найменування документа | Кількіст<br>ь<br>аркушів<br>у |
|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
|                         |                        |                               |

|  |   |           |  |           |
|--|---|-----------|--|-----------|
| <p>Прийняв</p> <p>_____</p> <p>(кількість документів (цифрами і словами) _____ 20__ року</p> <p>_____</p> <p>(підпис відповідальної особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p> <p>_____</p> <p>(підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p> <p>_____ 20__ р.</p>   | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1173 153 1335 228"></td> <td data-bbox="1341 153 2031 228"></td> <td data-bbox="2038 153 2184 228">документи</td> </tr> </table> <p>Прийняв</p> <p>_____</p> <p>(кількість документів (цифрами і словами) _____ 20__ року</p> <p>_____</p> <p>(підпис відповідальної особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p> <p>_____ 20__ р.;</p> <p>_____</p> <p>(підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p>   |           |  | документи |
|  |   | документи |  |           |
| <p style="text-align: center;">Додаток 4<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету<br/>Міністрів України<br/>від 27 грудня 2023 р.<br/>№1393)</p> <p>_____</p> <p>(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b><br/>про переоформлення ліцензії на провадження<br/>господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Я, спадкоємець _____</p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)<br/>фізичної особи — підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування)<br/>фізичної особи — підприємця)</p> | <p style="text-align: center;">Додаток 4<br/>до Ліцензійних умов (в редакції постанови<br/>Кабінету Міністрів України<br/>від _____ 20__ р. № _____)<br/><u>Міністерство охорони здоров'я України</u><br/>(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b><br/>про переоформлення ліцензії на провадження<br/>господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Спадкоємець _____</p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування)<br/>фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(реєстраційний номер облікової картки платника податків, <b>серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)</b>)</p> |           |  |           |

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

(реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з \_\_\_\_\_ медичної \_\_\_\_\_ практики

(дата та номер рішення про видачу

ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону: \_\_\_\_\_ адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_

До заяви додаю:

| Порядковий 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 його уповноваженої особи)

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

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_\_\_

20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

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

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

(відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ медичної \_\_\_\_\_ практики

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

Номер телефону спадкоємця: \_\_\_\_\_

e-mail спадкоємця: \_\_\_\_\_

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити)     | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

за місцем (місцями) провадження діяльності: \_\_\_\_\_



| До заяви додаю:   |                        |                               |
|---|------------------------|-------------------------------|
| Порядковий номер  | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |
| <p>Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.</p> <p>_____ 20__ р. _____<br/>           (підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____<br/>           _____ 20__ р. № _____<br/>           (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</p>   |                        |                               |
| <p style="text-align: center;">Додаток 5<br/>до Ліцензійних умов<br/>(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><br/>про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____<br/>           (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p> |                        |                               |
| <p style="text-align: center;">Додаток 5<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20____ р. № _____)<br/><u>Міністерство охорони здоров'я України</u><br/>(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b><br/>про зупинення дії ліцензії повністю <b>або частково</b> на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____<br/>           (<b>повне</b> найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване)</p>          |                        |                               |

| <p>(місце (місяця) 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 або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,</p> <p>ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття</p> <p>реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)</p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)<br/>номер телефону: _____<br/>e-mail: _____</p> <p>Прошу зупинити повністю дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,<br/>(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)<br/>строком до _____ 20__ р. у зв'язку з</p> | <p>місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців</p> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), <b>серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця</b></p> <p><b>(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)</b></p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p> <p><b>(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)</b></p> <p>номер телефону ліцензіата: _____<br/>e-mail ліцензіата: _____</p> <p>Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності _____ з _____ медичної _____ практики _____,<br/>(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю <b>або частково</b>)</p> |   |   |   |  |  |  |
|---|--|---|---|---|--|--|--|
| <p>(причина зупинення повністю дії ліцензії)</p> <p>Я усвідомлюю, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення повністю дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю дії ліцензії.</p> <p>Про відновлення повністю дії ліцензії зобов'язуюсь повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.</p>   | <p>за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1176 1061 1249 1257">н/п</th> <th data-bbox="1249 1061 1832 1257">Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації</th> <th data-bbox="1832 1061 2172 1257">Адреса провадження господарської діяльності</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1176 1257 1249 1332"></td> <td data-bbox="1249 1257 1832 1332"></td> <td data-bbox="1832 1257 2172 1332"></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>за видами надання медичної допомоги:</b></p>   | н/п   | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |  |  |  |
| н/п   | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації  | Адреса провадження господарської діяльності |   |   |  |  |  |
|   |  |   |   |   |  |  |  |

|  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
| _____<br>20__ р.                                     | _____<br>(підпис ліцензіата або його<br>уповноваженої особи) | _____<br>(власне ім'я та<br>прізвище) |  |
|  | МП<br>(за наявності)   |                                       |  |
| Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____ |  |                                       |  |
| _____<br>(підпис особи, яка<br>прийняла заяву)       | _____<br>(власне ім'я та<br>прізвище)                        |                                       |  |

  

| н/п | Види медичної допомоги<br>(необхідне відмітити)  | Адреса провадження<br>господарської діяльності |
|-----|--|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |  |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |  |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |  |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |  |

терміном до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., у зв'язку з \_\_\_\_\_

(обов'язково вказується причина зупинення дії 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 повністю.

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.

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| _____<br>(підпис ліцензіата або<br>іншої уповноваженої<br>особи)<br>МП (за наявності) | _____<br>(власне ім'я та<br>прізвище) |
|---|---------------------------------------|

Дата і номер реєстрації  
заяви «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| _____<br>(підпис особи, яка<br>прийняла заяву) | _____<br>(власне ім'я та<br>прізвище) |
|--|---------------------------------------|

\* 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 (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

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

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

\_\_\_\_\_ реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,

\_\_\_\_\_ ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття

\_\_\_\_\_ реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

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

Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_

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

Міністерство охорони здоров'я України  
(найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

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

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

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

\_\_\_\_\_ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців

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

\_\_\_\_\_ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

\_\_\_\_\_ (відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

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

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

з \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., у зв'язку з \_\_\_\_\_

(підстава відновлення повністю дії ліцензії)

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

1. \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ арк.;
2. \_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ арк.  
(найменування документа, дата його видачі та його номер)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_

(підпис ліцензіата або  
іншої уповноваженої  
особи)

(власне ім'я та  
прізвище)

МП  
(за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

|                                       |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| _____                                 | _____                        |
| (підпис особи, яка<br>прийняла заяву) | (власне ім'я та<br>прізвище) |

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

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_,

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю або частково)

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей<br>(фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
|     |  |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги<br>(необхідне відмітити)  | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> первинна                |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |

з «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., у зв'язку з \_\_\_\_\_

(обов'язково вказується підстава відновлення дії ліцензії повністю або часто)

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

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <p>1. _____ додається на ____ аркушах;<br/> 2. _____ додається на ____ аркушах.<br/> (найменування документа дата та його номер)</p> <p>«__» _____ 20__ р. _____<br/> (підпис ліцензіата або<br/> іншої уповноваженої<br/> особи) _____<br/> МП (за наявності) _____<br/> (власне ім'я та<br/> прізвище)</p> <p>Дата і номер реєстрації<br/> заяви _____<br/> «__» _____ 20__ р. № _____<br/> (підпис особи, яка<br/> прийняла заяву) _____<br/> (власне ім'я та<br/> прізвище)</p>  |
| <b>Відсутній</b> | <p style="text-align: center;">Додаток 7<br/> до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;"><u>Міністерство охорони здоров'я України</u><br/> (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b><br/> про розширення провадження господарської діяльності з медичної<br/> практики</p> <p>Ліцензіат _____<br/> (повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)<br/> фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване)<br/> місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців</p> <p>_____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), <b>серія (за<br/> наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця</b></p> |

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

за видами надання медичної допомоги:

| н/п | Види медичної допомоги (необхідне відмітити) | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|--|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> екстрена            |   |

|                  |  |                          |                                |  |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--|
|                  | <b>2.</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>первинна</b>                |  |
|                  | <b>3.</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>спеціалізована</b>          |  |
|                  | <b>4.</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>паліативна</b>              |  |
|                  | <b>5.</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>реабілітаційна допомога</b> |  |
|                  | <p>«___» _____ 20__ р. _____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)<br/>         МП (за наявності)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)<br/>         «___» _____ 20__ р. № _____</p> <p>;</p>  |                          |                                |  |
| <b>Відсутній</b> | <p style="text-align: center;">Додаток 8<br/>до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;"><u>Міністерство охорони здоров'я України</u><br/>(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b></p> <p style="text-align: center;">про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково</p> <p>Ліцензіат _____<br/>(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> |                          |                                |  |



(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця**

**(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)**

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

**(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)**

номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_

e-mail ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

| н/п | Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Адреса провадження господарської діяльності |
|-----|---|---|
|     |   |   |

**за видами надання медичної допомоги:**

| н/п  | Види медичної допомоги<br>(необхідне відмітити)  | Адреса провадження<br>господарської діяльності  |     |                     |   |  |  |  |
|--|--|---|-----|---------------------|---|--|--|--|
| 1.   | <input type="checkbox"/> екстрена                |   |     |                     |   |  |  |  |
| 2.   | <input type="checkbox"/> первинна                |   |     |                     |   |  |  |  |
| 3.   | <input type="checkbox"/> спеціалізована          |   |     |                     |   |  |  |  |
| 4.   | <input type="checkbox"/> паліативна              |   |     |                     |   |  |  |  |
| 5.   | <input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога |   |     |                     |   |  |  |  |
| <p>«__» _____ 20__ р. _____<br/>           (підпис ліцензіата або<br/>           іншої уповноваженої<br/>           особи)<br/>           МП (за наявності)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____<br/>           «__» ____ 20__ р. № _____<br/>           (підпис особи, яка<br/>           прийняла заяву) _____<br/>           (власне ім'я та<br/>           прізвище)</p>   |  |   |     |                     |   |  |  |  |
| <p><b>Відсутній</b></p> <p style="text-align: center;">Додаток 9<br/>до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;">Перелік лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, за яким надається екстрена, первинна спеціалізована, паліативна медична допомога та реабілітаційна допомога</p> <table border="1" data-bbox="1176 1257 2181 1426"> <thead> <tr> <th data-bbox="1176 1257 1254 1426">п/н</th> <th data-bbox="1254 1257 1720 1426">Назва спеціальності</th> <th data-bbox="1720 1257 2181 1426">Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога,</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |  |   | п/н | Назва спеціальності | Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, |  |  |  |
| п/н  | Назва спеціальності                              | Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, |     |                     |   |  |  |  |
|  |  |   |     |                     |   |  |  |  |

|                                  |                                |   |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
|                                  |                                | реабілітаційна допомога)                      |
| <b>I Лікарські спеціальності</b> |                                |   |
| 1.                               | Авіаційна та космічна медицина | Спеціалізована медична допомога               |
| 2.                               | Акушерство і гінекологія       | Спеціалізована медична допомога               |
| 3.                               | Алергологія                    | Спеціалізована медична допомога               |
| 4.                               | Анестезіологія                 | Спеціалізована та паліативна медична допомога |
| 5.                               | Бактеріологія                  | Спеціалізована медична допомога               |
| 6.                               | Вірусологія                    | Спеціалізована медична допомога               |
| 7.                               | Гастроентерологія              | Спеціалізована медична допомога               |
| 8.                               | Гематологія                    | Спеціалізована, паліативна медична допомога   |
| 9.                               | Генетика медична               | Спеціалізована медична допомога               |
| 10.                              | Геріатрія                      | Спеціалізована, паліативна медична допомога   |

|  |     |                              |   |
|--|-----|------------------------------|---|
|  | 11. | Генетика лабораторна         | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 12. | Дитяча алергологія           | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 13. | Дитяча анестезіологія        | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 14. | Дитяча гастроентерологія     | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 15. | Дитяча гематологія           | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 16. | Дитяча гематологія-онкологія | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 17. | Дитяча гінекологія           | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 18. | Дерматовенерологія           | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 19. | Дитяча дерматовенерологія    | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 20. | Дієтологія                   | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 21. | Дитяча ендокринологія        | Спеціалізована медична допомога             |

|  |     |                                  |   |
|--|-----|----------------------------------|---|
|  | 22. | Дитячі інфекційні хвороби        | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 23. | Дитяча імунологія                | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 24. | Дитяча кардіологія               | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 25. | Дитяча кардіоревматологія        | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 26. | Дитяча неврологія                | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 27. | Дитяча нефрологія                | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 28. | Дитяча нейрохірургія             | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 29. | Дитяча онкологія                 | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 30. | Дитяча ортопедія і травматологія | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 31. | Дитяча отоларингологія           | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 32. | Дитяча офтальмологія             | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 33. | Дитяча патологічна анатомія      | Спеціалізована медична                      |

|     |                                      |   |
|-----|--------------------------------------|---|
|     |                                      | допомога                                    |
| 34. | Дитяча психіатрія                    | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
| 35. | Дитяча пульмонологія                 | Спеціалізована медична допомога             |
| 36. | Дитяча ревматологія                  | Спеціалізована медична допомога             |
| 37. | Дитяча стоматологія                  | Спеціалізована медична допомога             |
| 38. | Дитяча урологія                      | Спеціалізована медична допомога             |
| 39. | Дитяча фтизіатрія                    | Спеціалізована медична допомога             |
| 40. | Дитяча хірургія                      | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
| 41. | Ендокринологія                       | Спеціалізована медична допомога             |
| 42. | Ендоскопія                           | Спеціалізована медична допомога             |
| 43. | Епідеміологія                        | Спеціалізована медична допомога             |
| 44. | Загальна практика - сімейна медицина | Первинна, паліативна медична допомога       |

|  |     |   |                                 |
|--|-----|---|---------------------------------|
|  | 45. | Імунологія                                  | Спеціалізована медична допомога |
|  | 46. | Інфекційні хвороби                          | Спеціалізована медична допомога |
|  | 47. | Клінічна імунологія                         | Спеціалізована медична допомога |
|  | 48. | Кардіологія                                 | Спеціалізована медична допомога |
|  | 49. | Комбустіологія                              | Спеціалізована медична допомога |
|  | 50. | Клінічна лабораторна діагностика            | Спеціалізована медична допомога |
|  | 51. | Клінічна біохімія                           | Спеціалізована медична допомога |
|  | 52. | Лабораторна імунологія                      | Спеціалізована медична допомога |
|  | 53. | Лікувальна фізкультура і спортивна медицина | Спеціалізована медична допомога |
|  | 54. | Лікувальна фізкультура                      | Спеціалізована медична допомога |
|  | 55. | Мікробіологія і вірусологія                 | Спеціалізована медична допомога |

|  |     |  |  |
|--|-----|--|--|
|  | 56. | Медична психологія                         | Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога                                 |
|  | 57. | Медицина невідкладних станів               | Екстрена та спеціалізована медична допомога  |
|  | 58. | Народна та нетрадиційна медицина           | Спеціалізована медична допомога  |
|  | 59. | Наркологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
|  | 60. | Неврологія                                 | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
|  | 61. | Нефрологія                                 | Спеціалізована медична допомога  |
|  | 62. | Нейрохірургія                              | Спеціалізована медична допомога  |
|  | 63. | Неонатологія                               | Спеціалізована, паліативна медична допомога  |
|  | 64. | Організація і управління охороною здоров'я | Екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога |
|  | 65. | Онкологія                                  | Спеціалізована та паліативна медична допомога  |



|  |     |                           |   |
|--|-----|---------------------------|---|
|  | 66. | Ортопедія і травматологія | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 67. | Отоларингологія           | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 68. | Онкоотоларингологія       | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 69. | Офтальмологія             | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 70. | Ортодонтія                | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 71. | Ортопедична стоматологія  | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 72. | Онкохірургія              | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 73. | Паразитологія             | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 74. | Пародонтологія            | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 75. | Патологічна анатомія      | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 76. | Педіатрія                 | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога |
|  | 77. | Підліткова терапія        | Спеціалізована, паліативна                            |

|     |                           |  |
|-----|---------------------------|--|
|     |                           | медична допомога   |
| 78. | Променева терапія         | Спеціалізована медична допомога                          |
| 79. | Проктологія               | Спеціалізована медична допомога                          |
| 80. | Професійна патологія      | Спеціалізована медична допомога                          |
| 81. | Психіатрія                | Спеціалізована, паліативна медична допомога              |
| 82. | Психотерапія              | Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога |
| 83. | Психофізіологія           | Спеціалізована медична допомога                          |
| 84. | Пульмонологія             | Спеціалізована медична допомога                          |
| 85. | Радіологія                | Спеціалізована медична допомога                          |
| 86. | Радіонуклідна діагностика | Спеціалізована медична допомога                          |
| 87. | Рентгенологія             | Спеціалізована медична допомога                          |

|  |     |                           |   |
|--|-----|---------------------------|---|
|  | 88. | Ревматологія              | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 89. | Рефлексотерапія           | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 90. | Санологія                 | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 91. | Спортивна медицина        | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 92. | Сексопатологія            | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 93. | Стоматологія              | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 94. | Суднова медицина          | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 95. | Сурдологія                | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 96. | Судинна хірургія          | Спеціалізована медична допомога                       |
|  | 97. | Терапія                   | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога |
|  | 98. | Терапевтична стоматологія | Спеціалізована медична допомога                       |

|  |      |                                    |   |
|--|------|------------------------------------|---|
|  | 99.  | Токсикологія                       | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 100. | Трансплантологія                   | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 101. | Трансфузіологія                    | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 102. | Торакальна хірургія                | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 103. | Ультразвукова діагностика          | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 104. | Урологія                           | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 105. | Фізіотерапія                       | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 106. | Фізична та реабілітаційна медицина | Реабілітаційна допомога                     |
|  | 107. | Фтизіатрія                         | Спеціалізована, паліативна медична допомога |
|  | 108. | Функціональна діагностика          | Спеціалізована медична допомога             |
|  | 109. | Хірургічна стоматологія            | Спеціалізована медична допомога             |

|  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
|  | 110.   | Хірургія                              | Спеціалізована, паліативна медична допомога                     |
|  | 111.   | Хірургія серця і магістральних судин  | Спеціалізована медична допомога                                 |
|  | 112.   | Щелепно-лицева хірургія               | Спеціалізована медична допомога                                 |
|  | <b>II Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою</b> |                                       |   |
|  | 113.   | Акушерська справа                     | Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога           |
|  | 114.   | Лабораторна справа (клініка)          | Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога           |
|  | 115.   | Лабораторна справа (гігієна)          | Спеціалізована медична допомога                                 |
|  | 116.   | Лабораторна справа (патологія)        | Спеціалізована медична допомога                                 |
|  | 117.   | Лікувальна справа                     | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога           |
|  | 118.   | Лікувальна справа (невідкладні стани) | Екстрена медична допомога                                       |
|  | 119.   | Медична статистика                    | Спеціалізована, паліативна, екстрена, первинна медична допомога |
|  | 120.   | Медико-профілактична справа           | Спеціалізована медична  |

|                                   |                                 |   |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
|                                   |                                 | допомога  |
| 121.                              | Рентгенологія                   | Спеціалізована медична допомога                       |
| 122.                              | Санологія                       | Спеціалізована медична допомога                       |
| 123.                              | Сестринська справа              | Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога |
| 124.                              | Сестринська справа (операційна) | Спеціалізована медична допомога                       |
| 125.                              | Стоматологія                    | Спеціалізована медична допомога                       |
| 126.                              | Ортопедична стоматологія        | Спеціалізована медична допомога                       |
| <b>III Фахівці з реабілітації</b> |                                 |   |
| 127.                              | Ерготерапія                     | Реабілітаційна допомога                               |
| 128.                              | Клінічна психологія             | Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога  |
| 129.                              | Клінічне душпастирство          | Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога  |
| 130.                              | Протезування-ортезування        | Реабілітаційна допомога                               |
| 131.                              | Психотерапія                    | Реабілітаційна допомога                               |

|  |                                       |                         |                           |
|--|---------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
|  | 132.                                  | Терапія мови і мовлення | Реабілітаційна допомога   |
|  | 133.                                  | Фізична терапія         | Реабілітаційна допомога   |
|  | <b>IV Фармацевтичні спеціальності</b> |                         |                           |
|  | 134.                                  | Фармація                | Первинна медична допомога |
|  | 135.                                  | Клінічна фармація       | Первинна медична допомога |

**Міністр охорони здоров'я України**

**Віктор ЛЯШКО**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.

## АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

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

#### I. Визначення проблеми

Частина шоста статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну.

Статті 35, 35<sup>1</sup>, 35<sup>2</sup>, 35<sup>4</sup>, 35<sup>6</sup> Основ законодавства України про охорону здоров'я визначають загальні підходи щодо надання певного виду медичної допомоги, особливості кожного з них, в залежності від станів, фахівців, які надають таку допомогу важливі вимоги до місця провадження діяльності, матеріально-технічного забезпечення, кадрових вимог, спеціальних вимог, обмеження щодо надання відповідного виду медичної допомоги та інших вимог, які обумовлені особливостями надання медичної допомоги пацієнту.

Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» визначає правові та організаційні засади надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я (далі - реабілітаційна допомога). Частиною першою статті 10 Закону України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» визначено, зокрема, що до фахівців з реабілітації належать: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, психологи, психотерапевти.

Частина перша статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає, зокрема кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, вільний вибір закладу охорони здоров'я, вибір лікаря та/або фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та/або реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та/або фахівця з реабілітації.

Також частина перша статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що 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.

Важливо підкреслити вимогу частини першої статті 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка передбачає, що провадити медичну, фармацевтичну діяльність, надавати реабілітаційну допомогу можуть особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. На сьогодні в сфері охорони здоров'я нараховується 131 спеціальність, яка задіяна в наданні медичної (реабілітаційної) допомоги (послуги), при цьому суб'єкт господарювання провадить діяльність з медичної практики за декількома такими спеціальностями.



Разом з тим, на сьогодні існує проблема, що господарська діяльність з медичної практики, яка підлягає ліцензуванню, є видом діяльності, що не розділяє ліцензіатів окремо за видами надання медичної допомоги, які передбачені частиною шостою статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а також не розділяє її окремо за медичними спеціальностями, перелік яких затверджений наказом МОЗ, та за якими ліцензіат має право надавати медичну допомогу. У зв'язку з чим виникає проблема, наприклад у випадку порушення ліцензійних умов суб'єктом господарювання та прийняття рішення про зупинення дії ліцензії – зупиняється ліцензія за всіма спеціальностями та видами надання медичної допомоги, за якими отримано право надавати медичну допомогу. Відповідно, очевидні ризики такої дії: порушення доступності медичної допомоги для населення, унеможливлення ліцензіату провадження своєї діяльності, а відтак неотримання фінансування.

2. Замісна підтримувальна терапія – це програма медикаментозного лікування людей із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання опіоїдів. Під час лікування використовують лікарські препарати метадон та бупренорфін.

В Україні для підтримки наркозалежних людей запроваджена спеціальна програма замісної підтримувальної терапії. Саме такий захід покликаний на запобігання поширенню ВІЛ та гепатитів, а також зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин, особливо ін'єкційних наркотиків.

Крім того, до МОЗ протягом багатьох років надходять чисельні звернення від громадян, правоохоронних органів, територіальних громад, громадських організацій про розміщення ліцензіатів в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, що створюють відповідний для них дискомфорт їхнього перебування.

3. Пунктом 37 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 (далі – Ліцензійні умови), (зі змінами від 27.12.2023 № 1393) передбачено, що ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження.

Для виконання вимог Ліцензійних умов Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, м. Києві та Севастополі (далі – Центр) зобов'язаний створити необхідні умови вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень, в тому числі і до відокремлених структурних підрозділів (відділень та станцій), загальна кількість яких становить приблизно 35 – 40 на кожен обласний центр,

а це становить значних фінансових витрат.

Разом з тим, зазначений вид медичної допомоги не передбачає надання амбулаторної, стаціонарної та реабілітаційної допомоги, які потребують створення умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень, а бригади екстреної медичної допомоги надають невідкладну медичну допомогу на місці її виклику.

4. Пунктом 131 розділу I Закону України від 10.10.2024 № 4017-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про адміністративну процедуру» внесено зміни до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» відповідно до якого Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 приводяться у відповідність.

Таким чином, розроблений проєкт постанови дозволить:

визначити однозначні та прозорі вимоги до провадження господарської діяльності з медичної практики за видами медичної та реабілітаційної допомоги та медичними спеціальностями;

позитивно вплинути на доступність медичної допомоги для громадян, – належний контроль за діяльністю ліцензіатів, які надають пацієнтам замісну підтримуючу терапію з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики за лікарською спеціальністю «наркологія»;

для суб'єктів господарювання встановити чіткі вимоги провадження господарської діяльності з медичної практики та спростить інструменти впливу під час проведення заходів державного нагляду (контролю).

5. Абзацом третім підпункту 1 пункту 5 розділу XII Закону України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту» передбачено, що Кабінету Міністрів України протягом одного року з дня набрання чинності цим Законом затвердити зміни до ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики у суб'єктів освітньої діяльності у сфері дошкільної освіти з урахуванням положень цього Закону та вимог законодавства у сфері охорони здоров'я.

Крім того, абзацом третім частини четвертої статті 19 Закону України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту» передбачено, що заклад дошкільної освіти відповідно до законодавства також може організовувати медичне обслуговування вихованців. Таке медичне обслуговування здійснюється медичними працівниками закладів дошкільної освіти, закладів охорони здоров'я чи фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики.

Частиною сьомою статті 30 Закону України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту» передбачено, що заклад дошкільної освіти має право залучати на договірній основі фізичних та юридичних осіб для організації та реалізації освітнього процесу, забезпечення утримання закладу дошкільної освіти, здійснення процесів, супутніх до освітнього процесу (харчування,

медичне обслуговування, господарське утримання, охорона тощо). Відповідальність за залучення таких осіб несе керівник закладу дошкільної освіти.

Таким чином, зміни, які запропоновані проектом постанови забезпечать виконання вимог передбачених Законом України від 06.06.2024 № 3788-IX «Про дошкільну освіту».

#### **Основні групи (підгрупи), на які проблема справляє вплив:**

| <b>Групи (підгрупи)</b>                     | <b>Так</b> | <b>Ні</b> |
|---|------------|-----------|
| Громадяни                                   | +          | -         |
| Держава                                     | +          | -         |
| Суб'єкти господарювання,                    | +          | -         |
| у тому числі суб'єкти малого підприємництва | +          | -         |

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами.

#### **II. Цілі державного регулювання**

Метою розроблення проекту постанови є:

реалізація норм чинного законодавства та приведення у відповідність Ліцензійних умов;

покращення якості надання медичної та реабілітаційної допомоги.

поділ суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики по видам надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована медична допомога, паліативна та реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я), за лікарськими спеціальностями (фармацевтичними), спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, перелік яких затверджений МОЗ.

#### **III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей**

##### **1. Визначення альтернативних способів:**

| <b>Вид альтернативи</b>  | <b>Опис альтернативи</b>  |
|--|---|
| <b>Альтернатива 1</b><br>Залишення існуючої ситуації без змін. | 1. Не контрольованість суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність.<br>2. Відсутність визначених в Ліцензійних умовах вимог до суб'єктів господарювання, які знаходяться в багатоквартирних житлових будинках та надають замісну підтримуючу терапію, а також |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики за лікарською спеціальністю «наркологія».</p> <p>3. Значні та не обгрунтовані витрати Центрів на забезпечення доступу маломобільних груп населення.</p>   |
| <p><b>Альтернатива 2</b><br/>Прийняття запропонованого проєкта постанови.</p> | <p>Прийняття проєкту постанови: дозволить забезпечити однозначні та прозорі вимоги до провадження господарської діяльності з медичної практики за видами медичної та реабілітаційної допомоги та медичними спеціальностями;</p> <p>дозволить позитивно вплинути на доступність надання медичної допомоги та належний контроль за діяльністю ліцензіатів, які надають пацієнтам замісну підтримуючу терапію з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики за лікарською спеціальністю «наркологія»;</p> <p>зменшить видатки для Центрів.</p> |

## 2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей

### Оцінка впливу на сферу інтересів держави:

| Вид альтернативи   | Вигоди  | Витрати  |
|--|---|--|
| <p><b>Альтернатива 1</b><br/>Залишення існуючої ситуації без змін.</p> | <p>Відсутність нормативно-правового акта унеможливить ефективно досягнути поставленої мети, що призведе до ускладнення ситуації стосовно регулювання в цій сфері.</p> | <p>Фінансування відбувається в межах бюджетних асигнувань.</p>           |
| <p><b>Альтернатива 2</b><br/>Прийняття запропонованого</p>             | <p>Визначення однозначних та прозорих вимог до</p>  | <p>Прийняття та реалізація регуляторного акта не потребує додаткових</p> |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| проекта постанови. | провадження господарської діяльності з медичної практики за видами медичної та реабілітаційної допомоги та медичних спеціальностей. | видатків з Державного та/або місцевих бюджетів. Фінансування відбувається в межах бюджетних асигнувань. |
|--------------------|---|---|

### Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

| Вид альтернативи  | Вигоди  | Витрати  |
|---|---|--|
| <b>Альтернатива 1</b><br>Залишення існуючої ситуації без змін.        | Не дозволить захистити інтереси громадян, а також реалізувати вимоги статті 3 Конституції України.  | Фінансові витрати на охорону здоров'я.           |
| <b>Альтернатива 2</b><br>Прийняття запропонованого проекту постанови. | Прийняття проекту постанови позитивно вплине на якість надання медичної та реабілітаційної допомоги, що в свою чергу, призведе до зниження показників захворюваності, смертності, обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності та інвалідизації населення, покращить якість життя пацієнтів та їх рідних. | Зменшення фінансових витрат на охорону здоров'я. |

### Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

За даними Ліцензійного реєстру МОЗ України з медичної практики, кількість суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики:

| Показник   | Великі | Середні | Малі   | Мікро  | Разом |
|--|--------|---------|--------|--------|-------|
| Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання, одиниць | 716    | 4362    | 9896   | 18404  | 33378 |
| Питома вага групи у  | 2,14%  | 13,06%  | 29,64% | 55,13% | 100%  |

|                                    |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|
| загальній кількості,<br>відсотків. |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|

Джерело отримання інформації про кількість суб'єктів господарювання – Ліцензійний реєстр МОЗ України.

| Вид альтернативи  | Вигоди   | Витрати  |
|---|--|--|
| <b>Альтернатива 1</b><br>Залишення існуючої ситуації без змін.        | Ситуація залишиться на існуючому рівні.  | Відсутність нормативно-правового акта призведе до подальшої прогалини у процесі здійснення господарської діяльності з медичної практики. |
| <b>Альтернатива 2</b><br>Прийняття запропонованого проєкта постанови. | Встановлення чіткого переліку вимог до суб'єктів, які мають намір провадити господарську діяльність з медичної практики. Зменшення видатків для Центрів. | Прямі витрати на одного суб'єкта малого та мікро підприємництва адміністративні витрати – заповнення/подача заяви, документів – 384 грн. |

| Сумарні витрати за альтернативами  | Сума витрат, гривень |
|--|----------------------|
| <b>Альтернатива 1</b><br>Залишення існуючої ситуації без змін  |                      |
| Витрати держави  | 0                    |
| Витрати для суб'єктів господарювання великого і середнього підприємництва згідно з додатком 2 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (рядок 9 таблиці «Витрати на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва, які виникають внаслідок дії регуляторного акта») та для суб'єктів господарювання малого підприємництва згідно з додатком 4 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (Тест малого підприємництва). | 0                    |
| <b>Альтернатива 2</b><br>Прийняття запропонованого проєкта постанови   |                      |
| Витрати держави  | 0                    |
| Витрати для суб'єктів господарювання великого і  | На одного суб'єкта – |

|  |          |
|--|----------|
| середнього підприємництва згідно з додатком 2 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (рядок 9 таблиці «Витрати на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва, які виникають внаслідок дії регуляторного акта») та для суб'єктів господарювання малого підприємництва згідно з додатком 4 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (Тест малого підприємництва). | 384 грн. |
|--|----------|

**IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей:**

| Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми) | Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки) | Коментарі щодо присвоєння відповідного бала   |
|--|---|---|
| <b>Альтернатива 1</b><br>Залишення існуючої ситуації без змін.         | 1   | Така альтернатива не дозволить вирішити проблему, що зазначена у Розділі I Аналізу та досягти цілей державного регулювання, передбачених у Розділі II Аналізу.  |
| <b>Альтернатива 2</b><br>Прийняття запропонованого проєкта постанови.  | 4   | Така альтернатива забезпечуватиме досягнення цілей державного регулювання щодо врегулювання окремих норм з метою виключення можливості їх суб'єктивного застосування та покращення якості надання медичної та реабілітаційної допомоги. |

| Рейтинг результативності | Вигоди (підсумок) | Витрати (підсумок) | Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу |
|--------------------------|-------------------|--------------------|--|
| <b>Альтернати-</b>       | Для держави:      | Для держави:       | Зазначена  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>ва 1</b><br/>Залишення існуючої ситуації без змін.</p>                  | <p>Відсутність нормативно-правового акта унеможливить ефективно досягнути поставленої мети, що призведе до ускладнення ситуації стосовно регулювання в цій сфері.</p> <p>Для споживачів послуг:<br/>Не дозволить захистити інтереси громадян, а також реалізувати вимоги статті 3 Конституції України.</p> <p>Для суб'єктів господарювання:<br/>Ситуація залишиться на існуючому рівні.</p> | <p>Фінансування відбувається в межах бюджетних асигнувань.</p> <p>Для споживачів послуг:<br/>Фінансові витрати на охорону здоров'я.</p> <p>Для суб'єктів господарювання:<br/>Відсутність нормативно-правового акта призведе до подальшої прогалини у процесі здійснення господарської діяльності з медичної практики.</p> | <p>альтернатива не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, встановлених у Розділі II Аналізу.</p>                     |
| <p><b>Альтернатива 2</b><br/>Прийняття запропонованого проєкта постанови.</p> | <p>Для держави:<br/>Визначення однозначних та прозорих вимог до провадження господарської діяльності з медичної практики за видами медичної та</p>  | <p>Для держави:<br/>Прийняття та реалізація регуляторного акта не потребує додаткових видатків з Державного та/або місцевих бюджетів. Фінансування відбувається в межах</p>   | <p>Така альтернатива передбачатиме вирішення проблеми, що зазначена у Розділі I Аналізу та дозволить досягти цілей державного</p> |



|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | <p>реабілітаційної допомоги та медичних спеціальностей.</p> <p>Для споживачів послуг:<br/>Прийняття проекту постанови позитивно вплине на якість надання медичної та реабілітаційної допомоги, що в свою чергу, призведе до зниження показників захворюваності, смертності, обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності та інвалідизації населення, покращить якість життя пацієнтів та їх рідних.</p> <p>Для суб'єктів господарювання:<br/>Встановлення чіткого переліку вимог до суб'єктів, які мають намір провадити господарську діяльність з медичної практики.<br/>Зменшення видатків для Центрів.</p> | <p>бюджетних асигнувань.</p> <p>Для споживачів послуг:<br/>Зменшення фінансових витрат на охорону здоров'я.</p> <p>Для суб'єктів господарювання:<br/>Прямі витрати на одного суб'єкта малого та мікро підприємництва адміністративні витрати заповнення/подача заяви, документів – 384 грн.</p> | <p>регулювання, передбачених у Розділі II Аналізу.</p> |
|--|---|---|--|

| Рейтинг   | Аргументи щодо переваги обраної альтернативи/причини відмови від альтернативи  | Оцінка ризику зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта |
|---|--|--|
| <b>Альтернатива 1</b><br>Залишення існуючої ситуації без змін.        | <u>Переваги відсутні.</u><br>Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Проблеми, зазначені у Розділі I Аналізу, залишаються не вирішеними.   | Відсутні.  |
| <b>Альтернатива 2</b><br>Прийняття запропонованого проєкта постанови. | Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки прийняття проєкта постанови дозволить вирішити проблеми, що зазначені у Розділі I Аналізу та дозволить досягти цілі державного регулювання, передбачені у Розділі II Аналізу. | Відсутні.  |

#### **V. Механізми та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми**

Механізмами, які забезпечать розв'язання проблеми, визначеної у розділі I цього Аналізу, є прийняття проєкта постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

При цьому розв'язання визначених у розділі I цього Аналізу проблем забезпечать такі заходи:

Організаційні заходи для впровадження регулювання:

Центральний орган виконавчої влади:

для впровадження цього регуляторного акта необхідно забезпечити інформування суб'єктів господарювання про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення в засобах масової інформації та розміщення на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України.

здійснення контролю за додержанням вимог цього регуляторного акта.

2. Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарської діяльності у сфері надання медичної та/або реабілітаційної допомоги:

1) ознайомитися з вимогами регулювання (пошук регуляторного акту в мережі Інтернет та його опрацювання);

2) організувати виконання вимог регулювання, а саме привести свою діяльність у відповідність до Ліцензійних умов.

Ризику впливу зовнішніх факторів на дію регуляторного акта немає.

Досягнення цілей не передбачає додаткових організаційних заходів.

Можливої шкоди у разі очікуваних наслідків дії акта не прогнозується.

#### **VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні проваджувати або виконувати ці вимоги**

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Проведено розрахунок витрат на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва згідно з додатком 2 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Проведено розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва (М-Тест) згідно з додатком 4 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта, оскільки питома вага суб'єктів малого підприємництва (малих та мікропідприємств разом) у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких поширюється регулювання, перевищує 10 відсотків.

Можлива шкода у разі очікуваних наслідків дії акта не прогнозується.

#### **VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта**

Строк дії цього регуляторного акта встановлюється на необмежений термін, оскільки ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики видається на необмежений строк.

Зміна строку дії регуляторного акта можлива в разі зміни міжнародно-правових актів чи законодавчих актів України вищої юридичної сили на виконання яких розроблений цей проєкт регуляторного акта.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з дня його офіційного опублікування.

#### **VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта**

Прогнозованими значеннями показників результативності регуляторного акта є:

1. Розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних з дією акта: не передбачається.

2. Кількість суб'єктів господарювання, на яких поширюватиметься дія акта: 33378 суб'єктів господарювання.

3. Розмір коштів і час, які витрачаються суб'єктами господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта: 474,06 грн.

4. Рівень поінформованості суб'єктів господарювання з основних положень регуляторного акта – середній. Проект постанови та відповідний аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України.

Після набрання чинності регуляторним актом його результативність визначатиметься такими кількісними показниками:

кількість суб'єктів господарювання, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та внесені до Ліцензійного реєстру МОЗ України з медичної практики;

кількість закладів, які надають реабілітаційну допомогу (послуги);

кількість осіб, які звернулися за реабілітаційною допомогою;

кількість скарг/звернень від суб'єктів господарювання, пов'язаних із дією регуляторного акта.

#### **IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта**

Відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься шляхом проведення базового, повторного та періодичного відстеження статистичних показників результативності акта, визначених під час проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Базове відстеження результативності цього регуляторного акта здійснюватиметься після набрання ним чинності, оскільки для цього використовуватимуться виключно статистичні показники.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься через рік з дня набрання чинності цим регуляторним актом, але не пізніше двох років після набрання ним чинності.

За результатами даного відстеження відбудеться порівняння показників базового та повторного відстеження.

Періодичне відстеження результативності буде здійснюватися один раз на кожні три роки починаючи з дня закінчення заходів з повторного відстеження результативності цього акта.

Метод проведення відстеження результативності – статистичний.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

Цільові групи осіб, що обиратимуться для участі у відповідному опитуванні для проведення відстеження – суб'єкти господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

У разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення нерегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

**Міністр  
охорони здоров'я України**



**Віктор ЛЯШКО**

«  » \_\_\_\_\_ 2025 р.

Додаток 2  
до Аналізу регуляторного впливу

**ВИТРАТИ**  
на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва, які виникають внаслідок дії регуляторного акта

| Порядковий номер | Витрати  | За перший рік    | За п'ять років   |
|------------------|--|------------------|------------------|
| 1                | Витрати на придбання основних фондів, обладнання та приладів, сервісне обслуговування, навчання/підвищення кваліфікації персоналу тощо*, гривень   |                  |                  |
| 2                | Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів), гривень  |                  |                  |
| 3                | Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням звітності державним органам, гривень  |                  |                  |
| 4                | Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/ приписів тощо), гривень  | x                | x                |
| 5                | Витрати на отримання адміністративних послуг (дозволів, ліцензій, сертифікатів, атестатів, погоджень, висновків, проведення незалежних/обов'язкових експертиз, сертифікації, атестації тощо) та інших послуг (проведення наукових, інших експертиз, страхування тощо), гривень | x                | x                |
| 6                | Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо), гривень  | 49,6 грн         | 49,6 грн         |
| 7                | Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу, гривень  | 8 год x 384 грн  | 8 год x 384 грн  |
| 8                | Інше (уточнити), гривень<br>Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання  | 1 год x 48 грн   | 1 год x 48 грн   |
| 9                | РАЗОМ (сума рядків: 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8), гривень  | 474,06 грн       | 474,06 грн       |
| 10               | Кількість суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва, на яких буде поширено регулювання, одиниць   | 5078             | 5078             |
| 11               | Сумарні витрати суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва, на виконання регулювання (вартість регулювання) (рядок 9 x рядок 10), гривень  | 2 407 276,68 грн | 2 407 276,68 грн |
|                  |  |                  |                  |

## ТЕСТ

### малого підприємництва (М-Тест)

#### 1. Консультації з представниками мікро- та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання на суб'єктів малого підприємництва та визначення детального переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, проведено розробником у період з 01 по 31 грудня 2024 року.

| № | Вид консультації (публічні консультації прями (круглі столи, наради, робочі зустрічі тощо), інтернет-консультації прями (інтернет-форуми, соціальні мережі тощо), запити (до підприємців, експертів, науковців тощо) | Кількість учасників консультацій, осіб | Основні результати консультацій (опис)  |
|---|--|--|---|
| 1 | Консультації були проведені: публічні прями (у вигляді нарад, робочих зустрічей, телефонних дзвінків), за допомогою аналізу порядків, які визначають перелік процедур, необхідних для впровадження/виконання акта    | 56                                     | Зміни, що пропонуються, оцінені позитивно; одержані пропозиції враховані в проєкті акту запропонованому для прийняття |

#### 2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва (мікро- та малі):

Кількість суб'єктів малого (мікро) підприємництва, на яких поширюється регулювання **28300** (одиниць), у тому числі малого підприємництва **9896** (одиниць) та мікропідприємництва **18404** (одиниць).

Питома вага суб'єктів малого (мікро) підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив – **84,78 %**.

Розрахунок витрат суб'єкта малого підприємництва на виконання вимог регулювання.

Вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2025 рік», становить – 48 гривень. Джерело отримання інформації: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4059-20#Text>.

Джерело отримання інформації про кількість суб'єктів господарювання з медичної практики – Ліцензійний реєстр МОЗ України з медичної практики.

Інформація про розмір часу, який витрачається суб'єктами на отримання зазначеної інформації є оціночною.

### 3. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

| Порядковий номер  | Найменування оцінки   | У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання) | Періодичні (за наступний рік) | Витрати за п'ять років |
|---|---|---|-------------------------------|------------------------|
| Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання |   |   |                               |                        |
| 1   | Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)   | 0   | 0                             | 0                      |
| 2   | Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування | 0   | 0                             | 0                      |
| 3   | Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)   | 0   | 0                             | 0                      |
| 4   | Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)   | 0   | 0                             | 0                      |
| 5   | Інші процедури (уточнити)   | 0   | 0                             | 0                      |
| 6   | Разом, гривень  | 0   | X                             | 0                      |
| 7   | Кількість суб'єктів господарювання,   | <b>28300</b>  |                               |                        |



|  |  |                 |       |            |
|--|--|-----------------|-------|------------|
|  | що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць  |                 |       |            |
| 8  | Сумарно, гривень   | 0               | X     | 0          |
| Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування |  |                 |       |            |
| 9  | Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання                            | 1 год x 48 грн  | 0     | 48 грн     |
| 10   | Процедури організації виконання вимог регулювання  | 8 год x 384 грн | 0     | 384 грн    |
| 11   | Процедури офіційного звітування  | 0               | 0     | 0          |
| 12   | Процедури щодо забезпечення процесу перевірок  | 0               | 0     | 0          |
| 13   | Інші процедури (уточнити)  | 0               | 0     | 0          |
| 14   | Разом, гривень   | 432 грн         | X     | 432 грн    |
| 15   | Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць | 28300           | 28300 | 29000      |
| 16   | Сумарно, гривень   | 12 225 600      | X     | 12 528 000 |

### Бюджетні витрати на адміністрування регулювання суб'єктів малого підприємництва

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування.

Державний орган, для якого здійснюється розрахунок вартості адміністрування регулювання:

Міністерство охорони здоров'я України:

| Процедура регулювання | Планові витрати | Вартість часу | Оцінка кількості | Оцінка кількості суб'є- | Витрати на адміністру- |
|-----------------------|-----------------|---------------|------------------|-------------------------|------------------------|
|-----------------------|-----------------|---------------|------------------|-------------------------|------------------------|

| суб'єктів великого і середнього підприємництва (розрахунок на одного типового суб'єкта господарювання) | часу на процеду-ру | співробітни-ка органу державної влади відповідної категорії (заробітна плата) | процедур за рік, що припадають на одного суб'єкта | ктив, що підпадають під дію процедури регулювання | вання регулювання (за рік), гривень* |
|--|--------------------|---|---|---|--------------------------------------|
| 1. Облік суб'єкта господарювання, що перебуває у сфері регулювання                                     | 0                  | 0   | 0   | 0   | 0                                    |
| 2. Поточний контроль за суб'єктом господарювання, що перебуває у сфері регулювання, у тому числі:      | 0                  | 0   | 0   | 0   | 0                                    |
| камеральні   |                    |   |   |   |                                      |
| ввізні   |                    |   |   |   |                                      |
| 3. Підготовка, затвердження та опрацювання одного окремого акта про порушення вимог регулювання        | 0                  | 0   | 0   | 0   | 0                                    |
| 4. Реалізація одного окремого рішення щодо порушення вимог регулювання                                 | 0                  | 0   | 0   | 0   | 0                                    |
| 5. Оскарження одного окремого  | 0                  | 0   | 0   | 0   | 0                                    |

|   |       |        |   |       |           |
|---|-------|--------|---|-------|-----------|
| рішення суб'єктами господарювання                   |       |        |   |       |           |
| 6. Підготовка звітності за результатами регулювання | 1 год | 48 грн | 1 | 28300 | 1 358 400 |
| 7. Інші адміністративні процедури (уточнити):       |       |        |   |       |           |
| Разом за рік  | 1 год | 48 грн | 1 | 28300 | 1 358 400 |
| Сумарно за п'ять років                              | 2 год | 96 грн | 1 | 29000 | 2 784 000 |

**4. Розрахунок сумарних витрат суб'єктів малого підприємництва, що виникають на виконання вимог регулювання**

| Порядковий номер | Показник   | Перший рік регулювання (стартовий) | За п'ять років |
|------------------|--|------------------------------------|----------------|
| 1                | Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання  | 0                                  | 0              |
| 2                | Оцінка вартості адміністративних процедур для суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування | 12 225 600 грн                     | 12 528 000 грн |
| 3                | Сумарні витрати малого підприємництва на виконання запланованого регулювання   | 12 225 600 грн                     | 12 528 000 грн |
| 4                | Бюджетні витрати на адміністрування регулювання суб'єктів малого підприємництва  | 1 358 400 грн                      | 2 784 000 грн  |
| 5                | Сумарні витрати на виконання запланованого регулювання   | 12 225 600 грн                     | 12 528 000 грн |

### **5. Розроблення коригуючих (пом'якшувальних) заходів для малого підприємництва щодо запропонованого регулювання**

На основі оцінки сумарних витрат малого підприємництва на виконання запланованого регулювання (за перший рік регулювання та за п'ять років) розроблення коригуючих (пом'якшувальних) заходів для малого підприємництва щодо запропонованого регулювання не передбачається.

Міністерство охорони здоров'я України

ІНФОРМАЦІЙНА ДОВІДКА

---

Лист

До документа

17-02/4449/2-25 від 06.02.2025 р.

Про погодження проєкту постанови КМУ "Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики"

Підписано: **Адамюков Едем Бекірович**



Міністерство охорони здоров'я України  
17-02/4449/2-25 від 06.02.2025  
Адамюков Едем Бекірович

075 844 11 202019@ukr.net | Повідомлення про оприлюднення

https://moz.gov.ua/uk/bovidomiennya-pro-opriлюдnennya-projektu-postanovi-kabinetu-ministri-ukrajini-pro-vnesennya-zmin-do-licenzijnih-umov-provadheniya-gospodarskoy-diyalnosti-z-medichnoy-praktiki

МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

Гаряча лінія МОЗ  
0800 505 201

Укр

Пошук

Налаштування доступності

Дія

Про міністерство | Воєнний стан | Громадянам | Медичним працівникам | Освіта | Пресцентр | Документи | Е-здоров'я | Контакти

Головна + Повідомлення про оприлюднення проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»

# Повідомлення про оприлюднення проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»

- [ПРОЕКТ ПОСТАНОВИ КМУ](#)
- [АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ](#)
- [ДОВІДКА](#)
- [ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА](#)
- [ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ](#)
- [Зміни](#)

Пошук

Адреса

8:55 08.02.2025