



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

Міністерство охорони здоров'я України надсилає на погодження проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом» (далі – проєкт наказу) розроблено з метою удосконалення надання медичної допомоги особам з гострим мозковим інсультом.

Додатки:

1. Проєкт наказу на 2 арк.
2. Пояснювальна записка на 4 арк.
3. Довідка щодо відповідності зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції та праву Європейського Союзу (acquis EC) проєкту наказу на 1 арк.
4. АРВ до наказу на 16 арк.
4. Інші інформаційно-довідкові матеріали на 22 арк.

Перший заступник Міністра

Сергій ДУБРОВ

Гармата Олена, 0631948020



АСУД "ДОК ПРОФ 3"
Міністерство охорони здоров'я України
25/10356/2-25 від 31.03.2025
Підписання КЕП Дубров Сергій Олександрович
3FAA9288358EC00304000000231A3600DB7EE100





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

Київ

Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом

Відповідно до статей 8, 33, 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я, пункту 59 Операційного плану заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити такі, що додаються:

- 1) Типове положення про мережу закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу пацієнтам із гострим мозковим інсультом;
- 2) Типове положення про відділення/ блок інтервенційної нейрорадіології;
- 3) Типове положення про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я — інсультний блок;



4) Типове положення про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я – інсультний центр;

5) Механізм проведення точкового, рандомізованого дослідження доступності та якості надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті.

2. Департаменту медичних послуг (Євгенію Гончару) забезпечити:

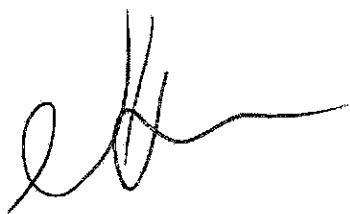
1) подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України;

2) оприлюднення цього наказу на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України після здійснення державної реєстрації в Міністерстві юстиції України.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на першого заступника Міністра Сергія Дуброва.

4. Цей наказ набирає чинності з 01 січня 2026 року для кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я та з 01 січня 2027 для інших видів закладів охорони здоров'я.

Міністр



Віктор ЛЯШКО



ЗАТВЕРДЖЕНО

**Наказ Міністерства охорони
здоров'я України**

від _____ року № _____

**Механізм проведення точкового, рандомізованого дослідження доступності
та якості надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті**

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає процедуру моніторингу прогресу досягнення показників, передбачених Планом дій боротьби з інсультом в Європі до 2030 року (далі – План дій), з метою оцінки ефективності заходів, що здійснюються для боротьби з гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ).

2. Метою моніторингу є оцінка виконання цілей та завдань, встановлених Планом дій, що включає покращення доступу до лікування, зменшення рівня смертності та інвалідизації, покращення реабілітації пацієнтів та підвищення якості життя після ГМІ.

II. Цілі Плану дій, які мають бути досягнуті в Україні

1. Головні цілі Плану дій, які мають бути досягнуті в Україні:

- 1) понад 90% пацієнтів з ГМІ госпіталізуються до спеціалізованих інсультних відділень (інсультні блоки, інсультні центри);
- 2) тромболітична терапія проводиться понад 15% пацієнтів з ішемічним інсультом;
- 3) механічне видалення тромба здійснюється понад 5% пацієнтів з ішемічним інсультом;
- 4) показник 30-денної летальності складає менше 25% для пацієнтів з внутрішньомозковим крововиливом (I61);
- 5) показник 30-денної летальності складає менше 25% для пацієнтів з субарахноїдальним крововиливом (I60).

2. Додаткові цілі пов'язані з Планом дій, які мають бути досягнуті в Україні:

1) понад 25% пацієнтів з внутрішньомозковим крововиливом на момент виписки мають задовільні функціональні результати (0 – 2 бали за шкалою Ренкіна);

2) понад 25% пацієнтів з субарахноїдальним крововиливом на момент виписки мають задовільні функціональні результати (0 – 2 бали за шкалою Ренкіна);

3) понад 25% пацієнтів з ГМІ, що мали 3 – 5 балів за шкалою Ренкіна на момент виписки, отримали стаціонарну реабілітаційну допомогу протягом перших трьох місяців від дня останньої госпіталізації;

4) понад 15% пацієнтів з ГМІ, що мали 0 – 2 бали за шкалою Ренкіна на момент виписки, отримали амбулаторну реабілітаційну допомогу протягом перших трьох місяців від дня останньої госпіталізації.

IV. Мінімальний перелік показників, які монітуються для оцінки досягнення показників, передбачених Планом дій

1. НСЗУ забезпечує моніторинг наступних показників:

1) епідеміологічні показники:

кількість пацієнтів з ГМІ, яких було госпіталізовано, з них з віком до 45 років;

кількість пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками (далі – ТІА), яких було госпіталізовано, з них з віком до 45 років та середній час перебування в стаціонарі цих пацієнтів;

кількість пацієнтів з іншими захворюваннями, пов'язаними з ГМІ, яких було госпіталізовано;

медіанний та середній арифметичний вік пацієнтів з ГМІ, яких було госпіталізовано;

розподіл за статтю та віком пацієнтів з ГМІ, яких було госпіталізовано;

2) діагностичні показники:

кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було проведено нейровізуалізацію (КТ та/або МРТ головного мозку);

кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було проведено МР/КТ-ангіографія судин головного мозку;

3) Показники організації медичної допомоги:

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких пацієнти отримали медичну допомогу в закладах охорони здоров'я, що включені до маршруту лікування ГМІ;

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких пацієнти отримали медичну допомогу в закладах охорони здоров'я, що уклали договір з НСЗУ за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій) щодо реабілітаційної допомоги (амбулаторної, стаціонарної), паліативної медичної допомоги;

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких пацієнти отримали медичну допомогу в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання ендovasкулярного лікування ГМІ;

4) показники лікування пацієнтів з інфарктом головного мозку / ішемічним інсультом:

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ішемічним інсультом, під час яких була проведена тромболітична терапія;

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ішемічним інсультом, під час яких було проведено механічне видалення тромба;

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ішемічним інсультом, під час яких було проведено тромболізис та механічне видалення тромба;

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було здійснено переведення пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та проведено тромбектомію;

5) показники хірургічного лікування пацієнтів з ГМІ:

кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було проведено декомпресійну гемікраніектомію;

кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було проведено відкриту нейрохірургічну операцію;

кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було проведено ендovasкулярне нейроінтервенційне лікування;

відсоток/кількість епізодів госпіталізації пацієнтів з ГМІ, під час яких було здійснено переведення пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та проведено ендovasкулярне нейроінтервенційне лікування або відкриту нейрохірургічну операцію;

6) показники реабілітаційної допомоги пацієнта з ГМІ:

відсоток/кількість пацієнтів з ГМІ, яких було госпіталізовано до закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання реабілітаційної допомоги (стаціонарної, амбулаторної) за програмою медичних гарантій;

відсоток серед виписаних (непомерлих)/кількість пацієнтів з ГМІ, які отримали стаціонарну реабілітаційну допомогу протягом перших трьох місяців від дня госпіталізації з ГМІ, з них ті, що мали 0 – 2 та 3 – 5 балів за шкалою Ренкіна;

відсоток серед виписаних (непомерлих)/кількість пацієнтів з ГМІ, які отримали амбулаторну реабілітаційну допомогу протягом перших трьох місяців від дня госпіталізації з ГМІ, з них ті, що мали 0 – 2 та 3 – 5 балів за шкалою Ренкіна;

відсоток/кількість пацієнтів з ГМІ, які незалежні на момент виписки з лікування за епізодом ГМІ (бал за шкалою Ренкіна 0 – 2);

7) показники результативності лікування пацієнтів з ГМІ:

госпітальна летальність;

30-денна летальність;

90-денна летальність;

відсоток/кількість пацієнтів з ГМІ, яких було повторно госпіталізовано з ГМІ та / або з гострим інфарктом міокарда протягом 90 днів після виписки.

2. Інформація щодо показників зазначених в пункті 1 цього розділу наводиться в розрізі таких нозологічних груп:

1) щодо ГМІ:

внутрішньомозковий крововилив (I61);

інфаркт головного мозку / ішемічні інсульти (I63);

інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив (I62);

субарахноїдальний крововилив (I60);

інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт (I64);

негнійний тромбоз внутрішньочерепної венозної системи (I67.6);

2) інші захворювання пов'язані з ГМІ:

інші захворювання, які інколи можна визначити як цереброваскулярні (G45.4, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8, I67.0, I68.8, G46.0, G46.1, G46.2);

окклюзія та стеноз церебральних та прецеребральних артерій, що не призводять до інфаркту мозку (I66, I65);

транзиторна ішемічна атака та окклюзія магістральних артерій головного мозку (G45.0, G45.1, G45.2, G45.8, G45.9).

3. Інформація щодо показників зазначених в пункті 1 цього розділу наводиться в розрізі:

України;

областей, Автономної Республіки Крим, мм. Києва та Севастополя;

закладів охорони здоров'я.

II. Моніторинг

1. Моніторинг досягнення цілей Плану дій здійснюється Національною службою здоров'я України на основі даних електронної системи охорони здоров'я.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

**Типове положення
про спеціалізований підрозділ закладу охорони
здоров'я – інсультний центр**

I. Загальні положення

1. Це Типове положення визначає вимоги до структури, функцій, завдань інсультного центру, який створюється у багатoproфiльному закладі охорони здоров'я будь-якої форми власності, які уклали договір із Національною службою здоров'я України за пакетом медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» (далі – ЗОЗ) та його працівників.

У своїй діяльності ІЦ керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, внутрішніми наказами закладу охорони здоров'я та цим Типовим положенням.

2. У цьому Положенні термін «інсультний центр» визначається в такому значенні – це окремий структурний підрозділ ЗОЗ, який функціонально об'єднує інсультний блок, відділення нейрохірургії, відділення/блок інтервенційної нейрорадіології, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення реабілітації та інші підрозділи та забезпечує весь комплекс медичних послуг пацієнтам із гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ), транзиторною ішемічною атакою (далі – ТІА) або з підозрою на ГМІ, що включає діагностику, лікування, профілактику у режимі 24/7 (цілодобово 7 днів на тиждень) (далі – цілодобово), а також реабілітаційну допомогу відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. ЗОЗ забезпечує наявність в ІЦ обладнання та засобів, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення, затвердженого ЗОЗ необхідних для надання медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам із ГМІ.

4. ЗОЗ забезпечує наявність в ІЦ подачі кисню до кожного ліжка та безперебійного електропостачання (зокрема від генератора автономного живлення), а також безперебійного доступу до мережі Інтернет.

5. ІЦ взаємодіє з іншими структурними підрозділами ЗОЗ та іншими ЗОЗ в межах госпітального округу.

II. Завдання та функції ІЦ

1. Завданнями та функціями ІЦ є:

1) цілодобова медична допомога пацієнтам з ГМІ, ТІА або підозрою на ГМІ згідно із галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я;

2) організація проведення комп'ютерно-томографічної перфузіографії головного мозку (далі – КТП), за умови використання спіральної комп'ютерної томографії (далі – СКТ) при первинній нейровізуалізації, пацієнтам з ішемічним інсультом відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

3) проведення внутрішньовенної тромболітичної терапії не менше 15% пацієнтам з ішемічним інсультом протягом року;

4) організація проведення нейроінтервенційних ендovasкулярних втручань пацієнтам з ГМІ в тому числі переведеним з інших ЗОЗ, у відділенні/блоці інтервенційної нейрорадіології ЗОЗ, зокрема:

не менше 3% механічної тромбектомії пацієнтам протягом року від загальної кількості госпіталізованих з ішемічним інсультом;

не менше 10 ендovasкулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій за рік при геморагічному інсульті;

5) організація консультації лікаря-нейрохірурга пацієнтам з ГМІ не пізніше 30 хвилин з моменту виявлення показань для такої консультації;

6) забезпечення консультування із застосуванням засобів телемедицини лікарів-спеціалістів інсультних блоків інших ЗОЗ, які увійшли до мережі закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу пацієнтам із гострим

мозковим інсультом, не пізніше 2 годин з моменту виявлення показань для такої консультації;

7) організація проведення не менше ніж 20 відкритих нейрохірургічних операцій пацієнтам з ГМІ, в тому числі переведеним з інших ЗОЗ, за рік;

8) організація консультації лікаря-хірурга судинного або лікаря-нейрохірурга пацієнтам з помірним чи тяжким симптомним стенозом сонної артерії протягом 72 годин з часу госпіталізації та забезпечення проведення каротидної ендартеректомії або ангіопластики та стентування згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я;

9) організація первинного реабілітаційного обстеження фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної команди (далі – МДРК) протягом 72 години з моменту госпіталізації з відповідним документуванням;

10) забезпечення реабілітаційної допомоги пацієнтам з ГМІ фахівцями МДРК;

11) надання консультативної допомоги медичним працівникам бригад екстреної медичної допомоги, лікарям первинної медичної допомоги та інших ЗОЗ, в тому числі із використанням засобів телемедицини;

12) призначення вторинної профілактики з урахуванням визначеного підтипу ГМІ;

13) організація та забезпечення переведення пацієнтів до профільних відділень ЗОЗ або до інших ЗОЗ відповідно до встановленого діагнозу для подальшого лікування, надання реабілітаційної або паліативної допомоги;

14) організація тривалого спостереження (щонайменше впродовж перших 12 місяців від початку захворювання) за пацієнтами після ГМІ та ТІА в амбулаторних умовах;

15) проведення щомісячного аналізу показників якості та причин випадків смерті пацієнтів з ГМІ;

16) забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників ІЦ;

17) розробка та проведення освітніх заходів, в тому числі заходів безперервного професійного розвитку, з питань надання допомоги ГМІ;

18) проведення інформаційно-просвітницької роботи для членів родин

пацієнтів з ГМІ;

19) проведення констатації смерті мозку пацієнта з ГМІ відповідно до встановлених діагностичних критеріїв;

20) ведення облікової та звітної документації, складання звітів та подання їх керівнику ЗОЗ.

III. Структура ІЦ

1. Розміщення ІЦ в ЗОЗ повинно забезпечувати оптимальну взаємодію з відділенням анестезіології та інтенсивної терапії, кабінетами/відділенням нейровізуалізації, іншими діагностичними підрозділами та лабораторією, а також відповідати нормам безбар'єрності.

2. ІЦ складається з таких приміщень:

палати з функціональними ліжками для пацієнтів з ГМІ в яких створені умови для забезпечення моніторингу вітальних функцій. Мінімальна кількість ліжко-місць – 12. Кожне ліжко-місце забезпечується приліжковим монітором, безперебійною подачею кисню, доступом до портативного вакуумного аспіратора, електроживленням (не менше 4 розеток), додатковим освітленням, кнопкою виклику медичного персоналу;

пост медичної сестри/брата медичного із можливістю спостереження за станом кожного пацієнта;

кімната для зберігання медичних виробів та лікарських засобів;

кабінет завідувача;

кабінет старшої медичної сестри/ брата медичного старшого;

ординаторська;

кімната відпочинку для медичного персоналу;

душові та туалети для медичного персоналу;

інші допоміжні приміщення.

3. В ЗОЗ з інсультним центром повинна бути забезпечена можливість цілодобового протягом тижня виконання:

1) безпосередньо в ІЦ:

визначення рівня глюкози;

визначення міжнародного нормалізованого відношення;

проведення електрокардіограми;

апаратного приліжкового моніторингу вітальних функцій пацієнта (частоти серцевих скорочень, електрокардіограми, артеріального тиску (неінвазивно), насичення крові киснем, температури тіла);

перегляду зображень СКТ, СКТ-ангіографії (далі - СКА), КТП, магнітно-

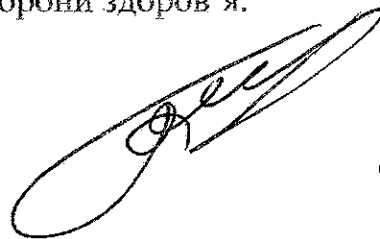
резонансної томографії (далі - МРТ) та магнітно-резонансної ангіографії (далі - МРА) на робочому місці лікаря;

- 2) у ЗОЗ, в якому розміщено ІЦ:
 - проведення лабораторних досліджень;
 - проведення СКТ, включно із проведенням СКТА з візуалізацією екстракраніальних (від дуги аорти) та інтракраніальних судин та проведенням КТП;
 - проведення МРТ, включно з МРА;
 - проведення рентгенодіагностики;
 - проведення ультразвукової діагностики: трансторакальної та транsezофагеальної ехокардіографії, доплерографії судин ший та голови, судин нижніх кінцівок;
 - проведення ендоскопічних обстежень (бронхоскопії, езофагогастродуоденоскопії);
 - проведення тривалого (мінімум протягом 72 годин) холтерівського моніторингу серцевого ритму.

IV. Медичний персонал ІЦ

1. Штатний розпис ІЦ затверджується керівником ЗОЗ і складається з:
 - завідувача ІЦ – лікаря за спеціальністю “Неврологія”;
 - лікарів-невропатологів – не менше 4,75 штатних посад та додатково 1 штатна посада на кожні 8 ліжок ІЦ;
 - сестри медичної старшої/брата медичного старшого;
 - сестер медичних/братів медичних – не менше 4,75 штатних посад на кожні 4 ліжка ІЦ;
 - молодших медичних сестер/ братів медичних молодших з догляду за хворими – не менше 4,75 штатних посад на кожні 8 ліжок ІЦ.
2. Для обстеження пацієнтів та забезпечення виконання завдань та функцій інсультного центру залучаються лікарі-спеціалісти інших структурних підрозділів ЗОЗ;
3. Робочі місця завідувача ІЦ, лікарів ІЦ, медичних сестер/ братів медичних оснащуються засобами зв'язку, персональними комп'ютерами з доступом до електронної системи охорони здоров'я.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

**Типове положення
про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я – інсультний
блок**

I. Загальні положення

1. Це Типове положення визначає вимоги до структури, функцій, завдань інсультного блоку, який створюється у багатопрофільному закладі охорони здоров'я будь-якої форми власності, які уклали договір із Національною службою здоров'я України за пакетом медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» (далі – ЗОЗ) та його працівників.

У своїй діяльності ІБ керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, внутрішніми наказами закладу охорони здоров'я та цим Типовим положенням.

2. У цьому Положенні термін «інсультний блок» визначається у такому значенні – це окремий структурний підрозділ ЗОЗ, що забезпечує надання в стаціонарних умовах медичних послуг пацієнтам із гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ), транзиторною ішемічною атакою (далі – ТІА) або з підозрою на ГМІ, що включає діагностику, лікування, профілактику у режимі 24/7 (цілодобово 7 днів на тиждень) (далі – цілодобово), а також реабілітаційну допомогу відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (далі – ІБ).

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. ЗОЗ забезпечує наявність в ІБ обладнання та засобів, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення, затвердженого ЗОЗ, необхідних для надання медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам із ГМІ.

4. ЗОЗ забезпечує наявність в ІБ подачі кисню до кожного ліжка та безперебійного електропостачання (зокрема від генератора автономного живлення), а також безперебійного доступу до мережі Інтернет.

II. Завдання та функції ІБ

1. Завданнями та функціями ІБ є:

- 1) цілодобова протягом тижня медична допомога пацієнтам з ГМІ, ТІА або підозрою на ГМІ згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я;
- 2) проведення внутрішньовенної тромболітичної терапії пацієнтам не менше 15% з ішемічним інсультом протягом року;
- 3) організація консультації пацієнта з ГМІ лікарем-нейрохірургом відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, із подальшим забезпеченням можливості проведення нейрохірургічного втручання відповідно до затвердженого ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта;
- 4) проведення у всіх пацієнтів ІБ скринінгових досліджень на порушення ковтання, оцінювання ризику виникнення пролежнів та ризику падіння;
- 5) організація первинного реабілітаційного обстеження фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної команди (далі – МДРК) протягом 72 годин з моменту госпіталізації з відповідним документуванням;
- 6) забезпечення реабілітаційної допомоги фахівцями МДРК;
- 7) надання консультативної допомоги медичним працівникам бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарям первинної медичної допомоги та інших ЗОЗ, в тому числі із використанням засобів телемедицини;
- 8) призначення вторинної профілактики з урахуванням визначеного підтипу ГМІ;

9) організація та забезпечення переведення пацієнтів до інших ЗОЗ для проведення ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань та/або відкритих нейрохірургічних операцій при ГМІ;

10) організація та забезпечення переведення пацієнтів до профільних відділень ЗОЗ або інших ЗОЗ відповідно до встановленого діагнозу для подальшого лікування, надання реабілітаційної або паліативної допомоги;

11) організація тривалого спостереження (не менше впродовж перших 12 місяців від початку захворювання) за пацієнтами після ГМІ та ТІА в амбулаторних умовах;

12) проведення щомісячного аналізу показників якості та причин випадків смерті пацієнтів з ГМІ;

13) забезпечення безперервного професійного розвитку медичного персоналу ІБ;

14) проведення інформаційно-просвітницької роботи для членів родин пацієнтів з ГМІ;

15) проведення констатації смерті мозку пацієнта з ГМІ відповідно до встановлених діагностичних критеріїв;

16) ведення облікової та звітної документації, складання звітів та подання їх керівнику ЗОЗ.

III. Структура ІБ

1. Розміщення ІБ в ЗОЗ повинно забезпечувати оптимальну взаємодію з відділенням інтенсивної терапії, кабінетом/відділенням нейровізуалізації, іншими діагностичними підрозділами та лабораторією, а також відповідати нормам безбар'єрності.

2. ІБ складається з таких приміщень:

палати з функціональними ліжками для пацієнтів з ГМІ, в яких створені умови для забезпечення моніторингу вітальних функцій. Мінімальна кількість ліжко-місць – 8. Кожне ліжко-місце забезпечується приліжковим монітором, безперебійною подачею кисню, доступом до портативного вакуумного аспіратора, електроживленням (не менше 4 розеток), додатковим освітленням, кнопкою виклику медичного персоналу;

пост медичної сестри/ брата медичного із можливістю спостереження за станом кожного пацієнта;

кімната для зберігання медичних виробів та лікарських засобів;
 кабінет завідувача;
 кабінет старшої медичної сестри/ брата медичного старшого;
 ординаторська;
 кімната відпочинку для медичного персоналу;
 душові та туалети для медичного персоналу;
 інші допоміжні приміщення.

2. ЗОЗ з ІБ забезпечує можливість цілодобового виконання:

- 1) безпосередньо в ІБ:
 - визначення рівня глюкози;
 - визначення міжнародного нормалізованого відношення;
 - проведення електрокардіограми;
 - апаратного приліжкового моніторингу вітальних функцій пацієнта (частоти серцевих скорочень, електрокардіограми, артеріального тиску (неінвазивно), насичення крові киснем, температури тіла);
- 2) у ЗОЗ, в якому розміщено ІБ:
 - проведення лабораторних досліджень;
 - проведення нейровізуалізації: спіральної комп'ютерної томографії, включно із проведенням комп'ютерно-томографічної ангіографії екстракраніальних (від дуги аорти) та інтракраніальних судин, та/або магнітно-резонансної томографії, включно з магнітно-резонансною ангіографією;
 - проведення рентгенодіагностики;
 - проведення ультразвукової діагностики: трансторакальної ехокардіографії, доплерографії судин шийї та голови, судин нижніх кінцівок;
 - проведення ендоскопічних обстежень (езофагогастродуоденоскопії, бронхоскопії), в тому числі із залученням фахівців з інших ЗОЗ.

IV. Медичний персонал ІБ

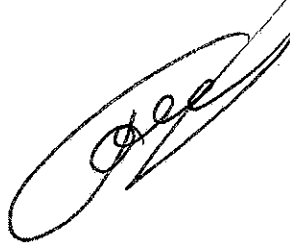
1. Штатний розпис ІБ затверджується керівником ЗОЗ і складається з:
 - завідувача - лікаря за спеціальністю "Неврологія";
 - лікарів-невропатологів – не менше 4,75 штатних посад та додатково 1 штатна посада на кожні 8 ліжок ІБ;
 - сестри медичної старшої/брата медичного старшого;
 - сестер медичних/братів медичних – не менше 4,75 штатних посад на кожні 4 ліжка ІБ;
 - молодших медичних сестер/ братів медичних молодших з догляду за хворими – не менше 4,75 штатних посади на кожні 8 ліжок ІБ.

2. Для обстеження пацієнтів та забезпечення виконання завдань та функцій ІБ лікарем-спеціалістом ІБ залучаються інші лікарі-спеціалісти

структурних підрозділів ЗОЗ;

3. Робочі місця завідувача ІБ, лікарів-спеціалістів ІБ, медичних сестер/братів медичних оснащуються засобами зв'язку, персональними комп'ютерами з доступом до електронної системи охорони здоров'я.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

**Положення про мережу закладів охорони здоров'я,
які надають стаціонарну допомогу пацієнтам із гострим мозковим інсультом**

1. Це Положення визначає механізм функціонування мережі закладів охорони здоров'я (далі – інсультна мережа), які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із гострим мозковим інсультом, а також уклали договір із НСЗУ за пакетом медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» (далі – ГМІ).

2. У цьому Положенні термін «Інсультна мережа» вживається в такому значенні – це сукупність визначених надавачів медичних послуг в межах відповідного госпітального округу, які уклали договори за пакетом медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», включені до маршрутів пацієнтів з ГМІ та забезпечують діагностику, лікування, профілактику у режимі 24/7 (цілодобово 7 днів на тиждень), а також надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ГМІ (далі – ІМ).

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. ІМ визначається обласними, Київською та Севастопольською міськими державними (військовими) адміністраціями щороку за попереднім погодженням з Міністерством охорони здоров'я України.

4. Загальна кількість ліжок для пацієнтів з ГМІ в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які включені до ІМ, визначається із розрахунку не менше 10 ліжок на кожні 100 тисяч населення госпітального округу.

5. В складі ІМ визначаються ЗОЗ, на базі яких функціонують спеціальні підрозділи закладу охорони здоров'я - інсультний або інсультний центр (далі – інсультний блок, інсультний центр).

6. Завдання, функції, структура та кадрові вимоги до інсультного блоку та інсультного центру визначаються Типовим положенням про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я – Інсультний блок та Типовим положенням про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я – Інсультний центр, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____ зареєстрований в Міністерстві юстиції України _____ за № _____;

7. Цільові показники до інсультного блоку ІМ:

мінімальна кількість госпіталізацій з підозрою на ГМІ на рік – не менше 200 пацієнтів;

відсоток проведених процедур внутрішньовенної тромболітичної терапії на рік пацієнтам з діагнозом «Інфаркт головного мозку» (І63) – не менше ніж 15% від загальної кількості госпіталізованих пацієнтів з цим діагнозом.

8. Мінімальні вимоги до інсультного центру ІМ:

мінімальна кількість госпіталізацій на рік пацієнтів – не менше 400;

відсоток проведених процедур внутрішньовенної тромболітичної терапії на рік пацієнтам з діагнозом «Інфаркт головного мозку» (І63) – не менше ніж 15% від загальної кількості госпіталізованих пацієнтів з цим діагнозом;

кількість проведених ендоваскулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій (механічна тромбектомія) на рік пацієнтам з діагнозом «Інфаркт головного мозку» (І63) – не менше ніж 3% від загальної кількості госпіталізованих пацієнтів з цим діагнозом;

кількість проведених ендоваскулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій на рік при геморагічному інсульті – не менше ніж 10;

кількість проведених відкритих нейрохірургічних операцій на рік при ГМІ – не менше ніж 20.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

**Типове положення
про відділення/блок інтервенційної нейрорадіології**

I. Загальні положення

1. Це Положення визначає вимоги до структури, функцій, завдань відділення/блоку інтервенційної нейрорадіології, який створюється у багатопрофільних закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності (далі – відділення/блок ІНР), які уклали договір із НСЗУ за пакетом медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» (далі – ЗОЗ) та його працівників.

У своїй діяльності відділення/блок ІНР керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, внутрішніми наказами закладу охорони здоров'я та цим Положенням.

2. Відділення ІНР є окремим структурним підрозділом ЗОЗ, який забезпечує надання медичної допомоги у вигляді проведення нейроінтервенційних ендovasкулярних втручань пацієнтам із гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ) у режимі 24/7 (цілодобово 7 днів на тиждень) (далі – цілодобово) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я а також проведення планових ендovasкулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій пацієнтам з патологією судин голови, ший, судин спинного мозку та забезпечує не менше ніж 50 ендovasкулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій протягом року на відділення, 20 ендovasкулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій або асистенцій під час операцій на лікаря-спеціаліста.

3. Блок ІНР входить до складу іншого відділення ЗОЗ (нейрохірургічного або інсультного) та забезпечує не менше ніж 40 ендovasкулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій протягом року

на відділення, 15 ендovasкулярних нейроінтервенційних лікувальних операцій або асистенцій під час операцій на лікаря.

4. ЗОЗ забезпечує наявність в відділенні/блоці ІНР централізованої подачі кисню та безперебійне електропостачання (зокрема від генератора автономного живлення), а також безперебійного доступу до мережі Інтернет та доступу до перегляду даних нейровізуалізації на робочому місці лікаря.

II. Завдання та функції відділення/блоку ІНР

1. Завданнями та функціями відділення/блоку ІНР є:

1) організація надання та проведення цілодобової невідкладної медичної допомоги у вигляді ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань пацієнтам з ГМІ;

2) організація надання та проведення планової медичної допомоги у вигляді ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань;

3) ведення облікової та звітної документації, складання звітів та подання їх керівнику ЗОЗ;

4) забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників відділення/блоку ІНР;

5) надання консультативної допомоги іншим структурним підрозділам ЗОЗ або іншим ЗОЗ.

III. Структура відділення/блоку ІНР

1. Розміщення відділення/блоку ІНР в ЗОЗ повинно забезпечувати взаємодію з відділенням анестезіології та інтенсивної терапії, кабінетом/відділенням нейровізуалізації, інсультним блоком/центром та відповідати нормам безбар'єрності.

2. Відділення/блок ІНР складається з таких приміщень:

операційна для проведення рентген-ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань, в тому числі під загальною анестезією;

передопераційна;

кімната керування;

приміщення для розміщення блоків цифрової рентгенівської ангіографічної системи та джерела безперебійного живлення;

приміщення для зберігання медичних виробів та лікарських засобів;

кабінет завідувача (для відділення ІНР);

ординаторська;
кабінет сестри медичної старшої / брата медичного старшого (для відділення ІНР).

3. ЗОЗ з відділенням/блоком ІНР забезпечує можливість цілодобового протягом тижня проведення:

електрокардіограми;
апаратного приліжкового моніторингу вітальних функцій пацієнта (частоти серцевих скорочень, електрокардіограми, артеріального тиску (неінвазивно), насичення крові киснем, температури тіла);

проведення лабораторних досліджень;
проведення нейровізуалізації: спіральної комп'ютерної томографії, включно із проведенням комп'ютерно-томографічної ангіографії з візуалізацією екстракраніальних (від дуги аорти) та інтракраніальних судин, та комп'ютерно-томографічною перфузією головного мозку та/або магнітно-резонансної томографії, включно з магнітно-резонансною ангіографією;

проведення рентгенодіагностики;
проведення ультразвукової діагностики: трансторакальної ехокардіографії, доплерографії магістральних судин шиї та голови, судин нижніх кінцівок.

IV. Медичний персонал відділення/блоку ІНР

1. Штатний розпис відділення/блоку ІНР затверджується керівником ЗОЗ і складається з:

завідувача відділення ІНР – лікаря за спеціальністю «Нейрохірургія» або «Неврологія», який пройшов підготовку за напрямом «Інтервенційна нейрорадіологія»;

лікарів-спеціалістів: за спеціальністю «Нейрохірургія» та/або «Неврологія», та/або «Судинна хірургія» та/або «Рентгенологія», які пройшли підготовку за напрямом «Інтервенційна нейрорадіологія» – не менше 4 штатних посад у відділенні ІНР/ не менше 2 штатних посад у блоці ІНР;

лікарів-анестезіологів – не менше 5 штатних посад у відділенні/ блоці ІНР або у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії;

сестри медичної старшої/брата медичного старшого;

сестер медичних операційних/ братів медичних операційних – не менше 5,5 штатних посад у відділенні/ блоці ІНР;

сестер медичних-анестезисток/ братів медичних-анестезистів – не менше 5,5 штатних посад у відділенні/ блоці ІНР або у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії;

санітар/санітарка-прибиральниця – не менше 4 штатні посади у відділенні/ блоці ІНР.

2. Медичний персонал, який працює у відділенні/ блоці ІНР безпосередньо під дією іонізуючого випромінювання, прирівнюється за умовами праці в зоні іонізуючого опромінення до категорії «А» згідно з державними санітарними правилами «Основні санітарні правила забезпечення радіаційної безпеки України», затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 лютого 2005 року № 54, зареєстрованими у Міністерстві юстиції України 20 травня 2005 року за № 552/10832.

3. Для обстеження пацієнтів та забезпечення виконання завдань та функцій відділення/ блоку ІНР залучаються інші лікарі-спеціалісти інших структурних підрозділів ЗОЗ.

4. Робочі місця завідувача відділення/блоку ІНР, лікарів-спеціалістів, медичних сестер/ братів медичних оснащуються засобами зв'язку, персональними комп'ютерами з доступом до електронної системи охорони здоров'я та доступом до перегляду даних нейровізуалізації на робочому місці лікаря-спеціаліста.

В.о. директора Департаменту
медичних послуг



Євгеній ГОНЧАР

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України
«Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із
гострим мозковим інсультом»

1. Мета

Проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом» (далі – проєкт наказу) розроблено з метою удосконалення надання медичної допомоги особам з гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ).

2. Обґрунтування необхідності прийняття акта

Прийняття проєкту наказу обумовлено необхідністю удосконалення медичної допомоги особам з ГМІ відповідно до сучасних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Це сприятиме зменшенню соціально-економічного тягаря, пов'язаного з інсультом, та забезпечить доступність сучасної медичної допомоги в усіх регіонах України.

Інсульт залишається однією з головних причин смертності, інвалідності та значних соціально-економічних втрат у країнах Європи, включаючи Україну. План дій боротьби з інсультом в Європі до 2030 року (далі – План), розроблений Європейською організацією інсульту у співпраці з Всесвітньою організацією, визначає ключові цілі для зниження тягаря інсульту та покращення якості догляду. Для реалізації Плану та пункту 59 Операційного плану заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р, необхідно впровадження чіткого порядку моніторингу прогресу досягнення передбачених показників, що потребує прийняття відповідного наказу.

Для забезпечення швидкого та рівномірного доступу пацієнтів до якісної медичної допомоги при інсульті, що знижує смертність і рівень інвалідності необхідно визначити інсультну мережу закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу пацієнтам із гострим мозковим інсультом, що дасть можливість забезпечити швидку маршрутизацію пацієнтів до найближчих спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що дозволить надавати медичну допомогу пацієнтам з інсультом в межах «золотого часу». Створення стандартів для інсультних центрів та інсультних блоків забезпечить рівномірний доступ до сучасного лікування та реабілітації в усіх регіонах. Це також сприятиме впровадженню міжнародних стандартів охорони здоров'я, рекомендованих ВООЗ та Європейською організацією інсульту.

З метою стандартизації надання високоспеціалізованої допомоги пацієнтам з патологіями судин головного мозку, такими як інсульт, аневризми, мальформації та інші, необхідно затвердити положення про блок інтервенційної нейрорадіології. Це забезпечить чіткі вимоги до оснащення та

кваліфікації персоналу, що сприятиме покращенню результатів втручань і зниженню смертності та інвалідизації.

Крім того, положення дозволить інтегрувати сучасні методи (інтервенційної) нейрорадіології в систему охорони здоров'я.

Проектом наказу передбачено встановлення механізму функціонування Інсультної мережі закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із ГМІ та уклали договір із Національною службою здоров'я України за відповідним пакетом медичних послуг для забезпечення населення доступною, якісною та безоплатною медичною допомогою при ГМІ, а також встановлення вимог до структури, функцій, завдань інсультного центру, інсультного блоку та блоку інтервенційної нейрорадіології що функціонують на базі закладів охорони здоров'я, визначених у складі зазначеної мережі.

Проект наказу розроблено відповідно до статей 8, 33, 37 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», пункту 59 Операційного плану заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р.

3. Основні положення проекту акта

Проектом наказу передбачено затвердження Положення про мережу закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу пацієнтам із гострим мозковим інсультом, Типового положення про відділення/блок інтервенційної нейрорадіології, Типового положення про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я – інсультний блок та Типового положення про спеціалізований підрозділ закладу охорони здоров'я – Інсультний центр та Порядок моніторингу прогресу досягнень показників, передбачених Планом дій боротьби з інсультом в Європі до 2030 року.

4. Правові аспекти

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

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

Закон України «Про екстрену медичну допомогу»;

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2023 року № 1091 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 03 липня 2023 року за № 1118/40174;

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 березня 2021 року № 583 «Про затвердження Правил виклику бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та Порядку транспортування пацієнтів (постраждалих) бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги у заклади охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 8 липня 2021 року за № 892/36514;

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07 жовтня 2022 року

№ 1832 «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 - 2025 роки».

5. Фінансово-економічне обґрунтування

Реалізація проекту наказу не потребує додаткового фінансування з державного та/або місцевих бюджетів.

6. Позиція заінтересованих сторін

Проект наказу потребує проведення публічних консультацій, відповідно до Порядку проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2010 року № 996.

Проект наказу не стосується питань функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, соціально-трудової сфери, прав осіб з інвалідністю, функціонування і застосування української мови як державної, зазначається позиція відповідних заінтересованих сторін: уповноважених представників всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування чи відповідних органів місцевого самоврядування, уповноважених представників всеукраїнських профспілок, їх об'єднань та всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців, Урядового уповноваженого з прав осіб з інвалідністю та всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю, їх спілок, Уповноваженого із захисту державної мови.

Проект наказу не стосується сфери наукової та науково-технічної діяльності, тому не потребує надсилання його на розгляд Наукового комітету Національної ради з питань розвитку науки і технологій.

Проект наказу потребує погодження з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини, Національною службою здоров'я України, Державною регуляторною службою України, Центром громадського здоров'я України.

Проект наказу потребує здійснення державної реєстрації в Міністерстві юстиції України.

7. Оцінка відповідності

Проект наказу не містить положень, 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.

Громадська антикорупційна, громадська антидискримінаційна та громадська гендерно-правова експертизи не проводилися.

Проект наказу не стосується питань інформатизації, електронного урядування, формування та використання національних електронних інформаційних ресурсів, розвитку інформаційного суспільства, електронної демократії, надання адміністративних послуг, або цифрового розвитку, тому не

потребує проведення цифрової експертизи в Міністерстві цифрової трансформації України.

8. Прогноз результатів

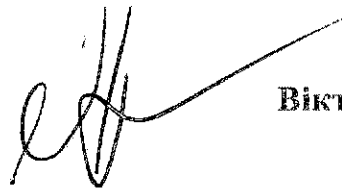
Реалізація проекту наказу не матиме впливу на ринкове середовище, забезпечення захисту прав та інтересів суб'єктів господарювання, громадян і держави; розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад; ринок праці, рівень зайнятості населення; громадське здоров'я, покращення чи погіршення стану здоров'я населення або його окремих груп; екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного повітря, води, земель, зокрема забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

Вплив на інтереси заінтересованих сторін:

Заінтересована сторона	Вплив реалізації акта на заінтересовану сторону	Пояснення очікуваного результату
Населення України, яке потребує екстреної медичної допомоги	Позитивний	Зниження смертності і кількості випадків набуття інвалідності пацієнтів завдяки якісного отримання медичної допомоги особам з ГМІ.
заклади охорони здоров'я, що уклали договір з НСЗУ щодо надання медичних послуг з надання медичної допомоги при ГМІ	Позитивний	Надання медичної допомоги відповідно до сучасних стандартів.

Міністр охорони здоров'я України

_____ 2025 р.



Віктор ЛЯШКО

ДОВІДКА

щодо відповідності зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції та праву Європейського Союзу (acquis EC) проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом»

Проект акта розроблено Міністерством охорони здоров'я України.

1. Належність проєкту акта до сфер, правовідносини в яких регулюються правом Європейського Союзу (acquis EC)

Проект акта за предметом правового регулювання не належить до пріоритетних сфер, правовідносини в яких регулюються правом Європейського Союзу (acquis EC).

2. Зобов'язання України у сфері європейської інтеграції (у тому числі міжнародно-правові)

Проект акта за предметом правового регулювання не стосується міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції.

3. Програмні документи у сфері європейської інтеграції

Програмні документи у сфері європейської інтеграції Президента України та / або Кабінету Міністрів України щодо предмета правового регулювання проєкту акта відсутні.

4. Порівняльно-правовий аналіз

Проект акта за предметом правового регулювання не належить до сфер правовідносини в яких регулюються правом Європейського Союзу (acquis EC) та не стосуються міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції.

5. Очікувані результати

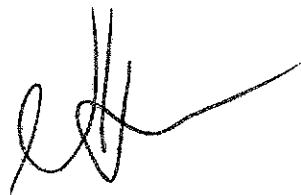
Прийняття проєкту акта забезпечить удосконалення надання медичної допомоги особам з гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ).

6. Узагальнений висновок

Положення проєкту акта не суперечать зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції, у тому числі міжнародно-правовим, та праву Європейського Союзу (acquis EC).

Міністр охорони здоров'я України

«___» _____ 2025 року



Віктор ЛЯШКО

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом»

I. Визначення проблеми

Прийняття проєкту наказу «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом» (далі – проєкт наказу) обумовлено необхідністю удосконалення медичної допомоги особам з гострим мозковим інсультом (далі – ГМІ) відповідно до сучасних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Це сприятиме зменшенню соціально-економічного тягаря, пов'язаного з інсультом, та забезпечить доступність сучасної медичної допомоги в усіх регіонах України.

Інсульт залишається однією з головних причин смертності, інвалідності та значних соціально-економічних втрат у країнах Європи, включаючи Україну. План дій боротьби з інсультом в Європі до 2030 року (далі – План), розроблений Європейською організацією інсульту у співпраці з Всесвітньою організацією, визначає ключові цілі для зниження тягаря інсульту та покращення якості догляду. Для реалізації Плану та пункту 59 Операційного плану заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р. необхідно впровадження чіткого порядку моніторингу прогресу досягнення передбачених показників, що потребує прийняття відповідного наказу.

За перші 10 днів з моменту виникнення симптомів помирає 20% пацієнтів з інсультом в Україні. Упродовж перших 30 днів відсоток померлих від інсульту збільшується до 30–40%, а протягом року від початку захворювання вже до 50%.

Приблизно 30% осіб з ГМІ, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя.

В Україні рівень захворюваності та смертності від інсульту суттєво вищий (в певних вікових категоріях — в рази), порівняно з країнами ЄС (захворюваність в Україні складає 300 нових випадків інсульту на 100 тисяч населення на рік, в середньому в країнах ЄС ця цифра складає 240 на 100 тисяч населення). Це пов'язано, передусім, з дуже низьким рівнем обізнаності населення щодо причин (включно з факторами ризику, на які можна вплинути – підвищений артеріальний тиск, цукровий діабет, гіподинамія тощо), симптомів (перших ознак) та наслідків інсульту, в той час, як це – життєво необхідні знання. Адже від того, як швидко та ефективно буде надана медична допомога людині з інсультом, залежить те, чи повернеться вона до повноцінного життя.

Україна посідає друге місце в світі за кількістю смертей на 100 тисяч населення, і саме перелічені причини пояснюють цей трагічний показник.

Для забезпечення швидкого та рівномірного доступу пацієнтів до якісної медичної допомоги при інсульті, що знижує смертність і рівень інвалідності інсультну мережу закладів охорони здоров'я, які надають пацієнтам із гострим мозковим інсультом, що дасть

30 151250130239 04001



АСУД "ДОК ПРОФ 3"
Міністерство охорони здоров'я України
Підписання КЕП Ляшко Віктор Кирилович
3FAA9288358EC003040000001D9A2D000061CB00
Мітка часу: 26.03.2025 18:28:52

можливість забезпечити швидку маршрутизацію пацієнтів до найближчих спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що дозволить надавати медичну допомогу пацієнтам з інсультом в межах «золотого часу». Створення стандартів для інсультних центрів та інсультних блоків забезпечить рівномірний доступ до сучасного лікування та реабілітації в усіх регіонах. Це також сприятиме впровадженню міжнародних стандартів охорони здоров'я, рекомендованих ВООЗ та Європейською організацією інсульту.

З метою стандартизації надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з патологіями судин головного мозку, такими як інсульт, аневризми, мальформації та інші, необхідно затвердити положення про блок інтервенційної нейрорадіології. Це забезпечить чіткі вимоги до оснащення та кваліфікації медичного персоналу, що сприятиме покращенню результатів втручань і зниженню смертності та інвалідизації.

Крім того, положення дозволить інтегрувати сучасні методи (інтервенційної) нейрорадіології в систему охорони здоров'я.

Проектом наказу передбачено встановлення механізму функціонування Інсультної мережі закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із ГМІ та уклали договір із Національною службою здоров'я України за відповідним пакетом медичних послуг для забезпечення населення доступною, якісною та безоплатною медичною допомогою при ГМІ, а також встановлення вимог до структури, функцій, завдань інсультного центру, інсультного блоку та блоку інтервенційної нейрорадіології що функціонують на базі закладів охорони здоров'я, визначених у складі зазначеної мережі.

Проект наказу розроблено відповідно до статей 8, 33, 37 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», пункту 59 Операційного плану заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р.

Основні групи на які проблема справляє вплив:

Групи (підгрупи)	так	ні
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;

діючих регуляторних актів, оскільки законодавством порушені питання не врегульовані.

II. Цілі державного регулювання



Основними цілями державного регулювання є:

зниження рівня інвалідності та смертності внаслідок гострого мозкового інсульту;

зменшення економічних втрат, спричинених тимчасовою та стійкою непрацездатністю внаслідок гострого мозкового інсульту, збереження здоров'я людей;

надання своєчасної якісної медичної допомоги пацієнтам з ГМІ відповідно до сучасних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час.	Не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, передбачених у розділі II аналізу.
Альтернатива 2. Прийняти наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом»	Така альтернатива визначатиме: організацію медичної допомоги пацієнтам із ГМІ у закладах охорони здоров'я, в яких у цілодобовому режимі здійснюється нейровізуалізація головного мозку, проводиться лабораторна діагностика, виконується моніторинг вітальних функцій та виконуються реваскуляризаційні втручання. Така альтернатива сприятиме: посиленню спроможності держави забезпечити порятунок життя пацієнтів з ГМІ; зменшенню смертності та інвалідності населення, зростанню середньої тривалості життя українців та якості життя в цілому; більш ефективному використанню бюджетних коштів, а також зменшенню кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш дорогого лікування).

2. Оцінка обраних альтернативних способів досягнення цілей



Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні	Зберігається ситуація, при якій не буде створено єдину систему надання медичної допомоги пацієнтам з ГМІ, що може вплинути на її якість та доступність і відповідно не буде забезпечено рівний доступ пацієнтів до такої медичної послуги, держава в особі НСЗУ не зможе контролювати якість надання такої послуги. Тому це призведе до зволікань з наданням медичної допомоги, збільшенням кількості інвалідизацій та смертей пацієнтів з ГМІ
Альтернатива 2.	Посилення спроможності держави забезпечити порятунок життя при гострому мозковому інсульті; ефективне використання бюджетних коштів (за рахунок ефективнішого надання спеціалізованої медичної допомоги та зменшення кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш дорогого лікування.	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1	Відсутні.	Витрати на додаткові лікарські засоби, лікування та реабілітацію після ускладнень, пов'язаних з несвоєчасним наданням



		медичної допомоги при ГМІ, витрати на догляд пов'язані із тимчасовою та стійкою непрацездатністю.
Альтернатива 2.	Зменшення смертності, зниження інвалідизації населення, кількості ускладнень, зростання середньої тривалості життя українців та якості життя в цілому.	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання:

Кількість закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з НСЗУ за пакетом медична допомога пацієнтам з гострим мозковим інсультом (да даними НСЗУ: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>).

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання, одиниць станом на 01.11.2022	-	194		-	194
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	-	100		-	100

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1.	Відсутні.	Відсутні.
Альтернатива 2.	Запровадження чіткого порядку надання медичної допомоги пацієнтам з ГМІ. Посилення спроможності закладу охорони здоров'я у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГМІ.	Витрати пов'язані з необхідністю ознайомлення з новими вимогами регулювання. Витрати на організацію виконання вимог нормативно-правового акта: прийняття внутрішніх документів, які регламентуватимуть роботу команди ІБ та ІЦ, оновлення штатного розпису та посадових інструкцій, графіків роботи тощо.

		Прогнозовані витрати одного суб'єкта господарювання у перший рік складуть 672 грн (96 грн на ознайомлення з документом і 576 грн на грн на організацію виконання його вимог).
--	--	--

Оцінка сумарних витрат за альтернативами

Сумарні витрати за альтернативами	Сума витрат, гривень
Альтернатива 1	
Витрати держави	0,00
Витрати суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва	0,00
Витрати суб'єктів господарювання малого та мікро підприємництва	0,00
Альтернатива 2	
Витрати держави	0,00
Витрати суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва	130368 грн
Витрати суб'єктів господарювання малого та мікро підприємництва	0,00

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

За результатами опрацювання альтернативних способів досягнення цілей державного регулювання здійснено вибір оптимального альтернативного способу з урахуванням системи бальної оцінки ступеня досягнення визначених цілей.

Вартість балів визначається за чотирибальною системою оцінки ступеня досягнення визначених цілей, де:

4 – цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті повною мірою (проблема більше існувати не буде);

3 – цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті майже повною мірою (усі важливі аспекти проблеми існувати не будуть);

2 – цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті частково (проблема значно зменшиться, деякі важливі та критичні аспекти проблеми залишаться невирішеними);

1 – цілі прийняття регуляторного акта, які не можуть бути досягнуті (проблема продовжує існувати).

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного бала
Альтернатива 1.	1	Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі 1 Аналізу
Альтернатива 2.	4	Така альтернатива сприятиме зниженню рівня інвалідності та смертності внаслідок ГМІ; зменшенню економічних втрат, спричинених тимчасовою та стійкою непрацездатністю внаслідок ГМІ, збереження здоров'я людей; наданню своєчасної якісної медичної допомоги пацієнтам з ГМІ відповідно до сучасних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я

Рейтинг Результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
Альтернатива 1. Відсутність регулювання	<i>Для держави:</i> відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні. <i>Для громадян:</i> відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні. <i>Для суб'єктів господарювання:</i> наявні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.	<i>Для держави:</i> Зберігається ситуація, при якій не буде створено єдину систему надання медичної допомоги пацієнтам з ГМІ, що може вплинути та її якість та доступність і відповідно не буде забезпечено рівний доступ пацієнтів до такої медичної послуги, держава в особі НСЗУ не	Ця альтернатива Не забезпечує розв'язання проблеми та не створює умов для досягнення поставлених цілей державного регулювання, встановлених у розділі II Аналізу.

		зможе контролювати якість надання такої послуги. <i>Для громадян:</i> витрати на додаткові лікарські засоби, лікування та реабілітацію після ускладнень, пов'язаних з несвоєчасним наданням медичної допомоги при ГМІ, витрати на догляд пов'язані із тимчасовою та стійкою непрацездатністю. <i>Для суб'єктів господарювання:</i> Відсутні.	
Альтернатива 2. Прийняття проекту акта	<i>Для держави:</i> високі. Посилення спроможності держави забезпечити порятунок життя при ГМІ; ефективне використання бюджетних коштів (за рахунок ефективнішого надання спеціалізованої медичної допомоги, а зменшення кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш дорогого лікування. <i>Для громадян:</i> високі.	<i>Для держави:</i> відсутні. <i>Для громадян:</i> відсутні. <i>Для суб'єктів господарювання:</i> витрати, пов'язані з необхідністю ознайомлення з новим нормативним документом, витрати на організацію його виконання. Близько 672 грн на одного суб'єкта господарювання.	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки забезпечить створення та впровадження дієвої комплексної системи медичної допомоги пацієнтам з ГМІ і дозволить вирішити проблему, що зазначена у розділі I Аналізу та дозволить

	Зменшення смертності, зниження інвалідизації населення, кількості ускладнень, зростання середньої тривалості життя українців та якості життя в цілому. <i>Для суб'єктів господарювання:</i> високі. Запровадження чіткого порядку надання медичної допомоги пацієнтам з ГМІ. Посилення спроможності ЗОЗ у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГМІ.		досягти цілей державного регулювання, передбачених у Розділі II Аналізу.
--	--	--	---

Рейтинг	Аргументи щодо переваги обраної альтернативи/причини відмови від альтернативи	Оцінка ризику зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акту
Альтернатива 1	Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми зазначені у Розділі I Аналізу	Відсутні.
Альтернатива 2	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки прийняття проекту наказу дозволить вирішити проблеми, що зазначені у Розділі I Аналізу та дозволить досягти цілі державного регулювання, передбачені у Розділі II Аналізу.	Відсутні.

V. Механізм та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Механізмом, який забезпечить розв'язання проблеми, є прийняття проекту наказу.

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування державними органами.

Для впровадження вимог державного регулювання Міністерству охорони здоров'я України необхідно забезпечити інформування про вимоги регуляторного акта шляхом оприлюднення регуляторного акта на своєму офіційному вебсайті. Суб'єктам господарювання у разі необхідності впровадження вимог регулювання необхідно: ознайомитися з вимогами регулювання (пошук та опрацювання регуляторного акту в мережі Інтернет) та організувати його виконання.

VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні впроваджувати 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, що додається.

Розрахунок витрат для суб'єктів малого (мікро) підприємництва згідно з Додатком 4 До Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта не проводився.

Оцінка виконання вимог регулювання, а саме, вигод і витрат суб'єктів господарювання та держави здійснена в рамках розділу III цього Аналізу (Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей).

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

Строк дії цього регуляторного акта встановлюється на необмежений термін, оскільки він регулює відносини, які мають пролонгований характер. Зміна строку дії регуляторного акта можлива в разі зміни міжнародно-правових актів чи законодавчих актів України вищої юридичної сили на виконання яких розроблений цей проект регуляторного акта.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з 01 січня 2026 року для кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я та з 01 січня 2027 для інших видів закладів охорони здоров'я.

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Прогнозними значеннями показників результативності регуляторного акта є:

1. Розмір витрат з державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – додаткових витрат з державного бюджету не передбачається.

2. Кількість суб'єктів господарювання, на яких поширюється дія акта – 194.

3. Розмір коштів, які витрачатимуться суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – 672 грн у перший рік його дії, всього за п'ять років 672 грн.

4. Кількість часу, який буде витрачати суб'єкт господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – близько 2 годин на ознайомлення з проектом документа та близько 12 годин на організацію виконання його вимог.

5. Результативність проекту наказу буде відслідковуватися шляхом аналізу таких кількісних показників:

кількість суб'єктів господарювання, які будуть забезпечувати надання медичної допомоги пацієнтам з ГМІ;

кількість госпіталізованих пацієнтів з ГМІ;

рівень смертності внаслідок ГМІ на госпітальному етапі.

кількість пролікованих пацієнтів у кожному визначеному ЗОЗ;

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

6. Рівень поінформованості із основними положеннями проекту регуляторного акта – високий, оскільки зазначений проект акта розміщений на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України. Після прийняття регуляторного акта він буде опублікований у засобах масової інформації та розміщений на вебсайті Міністерства охорони здоров'я України.

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

Строки проведення базового відстеження результативності дії регуляторного акта: через рік після набрання чинності.

Строки проведення повторного відстеження результативності дії регуляторного акта: не пізніше двох років після набрання ним чинності.

Строки проведення періодичного відстеження результативності дії регуляторного акта: кожні два роки, починаючи з дня закінчення заходів з повторного відстеження результативності цього акта.

Метод проведення відстеження результативності: у разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення не врегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

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

Строк виконання заходів – 30 робочих днів.

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

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснюватись Міністерством охорони здоров'я України.

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

_____ 2025 р.

Додаток 2 до Методики проведення
аналізу впливу регуляторного акта

ВИТРАТИ
на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва,
які виникають внаслідок дії регуляторного акта (за Альтернативою 2)

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	0,00 грн.	0,00 грн.
2	Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів), гривень	0,00 грн.	0,00 грн.
3	Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням звітності державним органам, гривень	0,00 грн.	0,00 грн.
4	Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/ приписів тощо), гривень	0,00 грн.	0,00 грн.
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	0,00 грн.	0,00 грн.
6	Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо), гривень	0,00 грн.	0,00 грн.
7	Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу, гривень	0,00 грн.	0,00 грн.
8	Інше (уточнити), гривень: отримання первинної інформації про вимоги регулювання та організація виконання вимог	672 грн* (48 грн*14 год.)	672 грн
9	РАЗОМ (сума рядків: 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8), гривень	672 грн.	672 грн.
10	Кількість суб'єктів господарювання великого	194	194

	та середнього підприємництва, на яких буде поширено регулювання, одиниць		
11	Сумарні витрати суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва, на виконання регулювання (вартість регулювання) (рядок 9 x рядок 10), гривень	130368 грн	130368 грн

* Для ознайомлення з вимогами акта потрібно 2 години. Для організації виконання вимог регулювання потрібно 12 годин. Для обрахунку за основу беремо мінімальну заробітну плату, визначену у погодинному розмірі, що відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2025 рік» становить 48 грн.

Розрахунок відповідних витрат на одного суб'єкта господарювання

Вид витрат	У перший рік	Періодичні (за рік)	Витрати за п'ять років
Витрати на придбання основних фондів, обладнання та приладів, сервісне обслуговування, навчання/підвищення кваліфікації персоналу тощо	-	-	-

Вид витрат	Витрати на сплату податків та зборів (змінених/нововведених) (за рік)	Витрати за п'ять років
Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів)	-	-

Вид витрат	Витрати* на ведення обліку, підготовку та подання звітності (за рік)	Витрати на оплату штрафних санкцій за рік	Разом за рік	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням звітності державним	-	-	-	-

органам (витрати часу персоналу)				
----------------------------------	--	--	--	--

Вид витрат	Витрати* на адміністрування заходів державного нагляду (контролю) (за рік)	Витрати на оплату штрафних санкцій та усунення виявлених порушень (за рік)	Разом за рік	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/ приписів тощо)	-	-	-	-

Вид витрат	Витрати на проходження відповідних процедур (витрати часу, витрати на експертизи, тощо)	Витрати безпосередньо на дозволи, ліцензії, сертифікати, страхові поліси (за рік - стартовий)	Разом за рік (стартовий)	Витрати за п'ять років
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)	-	-	-	-

Вид витрат	За рік	Періодичні	Витрати
------------	--------	------------	---------

	(стартовий)	(за наступний рік)	за п'ять років
Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо)	-	-	-

Вид витрат	Витрати на оплату праці додатково найманого персоналу (за рік)	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу	-	-

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ОПРИЛЮДНЕННЯ

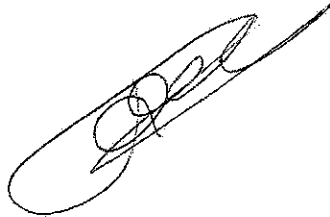
Міністерством охорони здоров'я України на громадське обговорення пропонується проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом» (далі – проєкт акта).

Проєктом акта передбачається удосконалення надання медичної допомоги особам з гострим мозковим інсультом.

З метою забезпечення вивчення та врахування думки громадськості, на виконання статті 9 Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності», проєкт акта та супровідні документи до нього оприлюднено для громадського обговорення на офіційному веб-сайті МОЗ України www.moz.gov.ua.

Зауваження та пропозиції приймаються Департаментом медичних послуг протягом одного місяця з дня оприлюднення проєкту акта на офіційному вебсайті МОЗ України у письмовому або електронному вигляді на адреси: Міністерство охорони здоров'я України, 01601, м. Київ, вул. Грушевського, 7; e-mail: o.m.harmata@moz.gov.ua.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР