

Редакція:

27.12.2023

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 27 грудня 2023 р. N 1393

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 р. N 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., N 30, ст. 1184; 2018 р., N 20, ст. 653; 2019 р., N 24, ст. 867; 2022 р., N 18, ст. 176), 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. N 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., N 30, ст. 1184), з урахуванням змін, внесених пунктом 1 цієї постанови.
3. Ця постанова набирає чинності через три місяці з дня її опублікування.

Прем'єр-міністр України

Д. ШМИГАЛЬ

Інд. 73

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України
від 27 грудня 2023 р. N 1393

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

1. У пункті 6:

1) друге речення абзацу першого виключити;

2) абзац четвертий після слів "подається у двох примірниках" доповнити словами "у разі подання документів у паперовій формі".

2. Пункт 7 викласти в такій редакції:

"7. У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії, визначених частиною сьомою статті 15 Закону, фізична особа - підприємець, яка є спадкоємцем ліцензіата, зобов'язана протягом одного місяця з дати набуття такого права подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою згідно з додатком 4.

До заяви про переоформлення ліцензії додаються:

засвідчені спадкоємцем копії (фотокопії) документів, що підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії;

документ, визначений абзацом першим пункту 6 цих Ліцензійних умов, з метою встановлення відповідності спадкоємця вимогам цих Ліцензійних умов."

3. Доповнити Ліцензійні умови пунктами 7¹ і 7² такого змісту:

"7¹. 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.

7². 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 або іншою уповноваженою на це особою.

У разі оформлення на паперовому носії документи складаються за допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт розміром 12 друкарських пунктів) або рукописним способом (друкованими буквами та цифрами), а сторінки відомостей про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня нумеруються.

Документи, що подаються в електронній формі, оформляються згідно з вимогами законодавства у сфері електронного документообігу.

У разі підписання та/або подання документів уповноваженою особою здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця до заяв про отримання та переоформлення ліцензії додається оригінал документа або засвідчена копія, що підтверджує його повноваження."

4. Підпункти 3 і 27 пункту 13 виключити.

5. Пункт 23 викласти в такій редакції:

"23. У разі коли ліцензіат має намір:

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;

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.

У разі зупинення повністю дії ліцензії до відновлення повністю її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю медичну практику."

6. Доповнити Ліцензійні умови пунктом 37 такого змісту:

"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 такого обстеження."

7. У додатках до Ліцензійних умов:

1) додатки 1 - 4 викласти в такій редакції:

"Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від 27 грудня 2023 р. N 1393)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії _____

(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

_____ по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання

(перебування) фізичної особи - підприємця)

_____ (місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)*

_____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців -

_____ реєстраційний номер облікової картки платника податків 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)

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

Дата і номер реєстрації заяви (підпис особи, яка прийняла заяву) _____
(власне ім'я та прізвище)
____ 20__ р. N ____

* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від 27 грудня 2023 р. N 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: _____

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

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської	Вид медичної допомоги,	Лікарські спеціальності, спеціальності	Методи, що застосовуються у реабілітаційній практиці

	діяльності з медичної практики	реабілітаційна допомога	молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації	методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації
--	--------------------------------	-------------------------	--	---------------------	--------------------	------------------	---------------------

3. 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)

4. 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)

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

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

6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики 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	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,	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)	бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності)	
--	--	---	--

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

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

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

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

Кадрові вимоги

9. 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, ім'я, по батькові	Найменування посади (зокрема посади, на яку	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер,	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер,	п/п
------------------	-----------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------	--	-----

* 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.

Додаток 3
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від 27 грудня 2023 р. N 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. N _____

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

Прийняв

_____ (кількість документів (цифрами і словами)

_____ 20__ року

_____ (підпис відповідальної особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

_____ (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

_____ 20__ р.

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Я, спадкоємець _____

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

(інформація про задеклароване (zareestrovane) місце проживання
(перебування)

фізичної особи - підприємця)

(місце (місця) 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)

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. N ____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та
прізвище)";

2) доповнити Ліцензійні умови додатками 5 і 6 такого змісту:

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про зупинення повністю дії ліцензії 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 (zareestrovane) місце проживання

(перебування) фізичної особи - підприємця)

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

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

реєстраційний номер облікової картки платника податків 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)

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

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

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

строком до ____ 20__ р. у зв'язку з _____

(причина зупинення повністю дії ліцензії)

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.

Про відновлення повністю дії ліцензії зобов'язуюсь повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або його
уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

М. П.
(за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви: ____ 20__ р. N ____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

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

Додаток 6
до Ліцензійних умов

(_____
(найменування органу
ліцензування)

ЗАЯВА

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

Ліцензіат _____

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

фізичної особи - підприємця)

(місцезнаходження юридичної особи / інформація про задеклароване (zareєстроване)
місце проживання

(перебування) фізичної особи - підприємця)

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

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

реєстраційний номер облікової картки платника податків, 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)

Адреса електронної пошти: _____

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)

М. П.

(за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. N _____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

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