

Проект  
вноситься народними  
депутатами України  
**Тимошенко Ю.В.,**

## **ЗАКОН УКРАЇНИ**

### **Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні**

Цей Закон визначає механізм забезпечення конституційних гарантії ефективного та доступного медичного обслуговування, правові та економічні принципи, а також організаційні та фінансові механізми фінансування системи охорони здоров'я та здійснення загальнообов'язкового медичного страхування в Україні.

#### **Розділ I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

##### **Стаття 1. Визначення термінів**

**Медична послуга** – послідовно визначені дії або комплекс дій суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, які мають самостійне значення і використовується як основа визначення їх обсягу та вартості;

**Безоплатна медична послуга** – медична послуга, що надається пацієнтам без попередньої, поточної або наступної оплати пацієнтами надання такої послуги;

**Програма державних гарантій медичного обслуговування населення** (далі - Програма державних гарантій) - програма, що реалізує державні гарантії згідно Конституції України на безоплатне отримання фізичними особами медичної допомоги (медичних послуг), визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за Базовою Програмою медичного забезпечення, Програмою розширеного фінансування та загальнообов'язкового медичного страхування та Програмою боротьби з важкими та рідкісними захворюваннями;

**Базова програма державного медичного забезпечення** (далі – Базова програма) – складова частина Програми державних гарантій яка, гарантує безоплатне отримання фізичними особами медичних послуг в закладах охорони здоров'я за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів;

**Програма розширеного фінансування та загальнообов'язкового медичного страхування** (далі – Програма страхування) – складова частина Програми державних гарантій яка, гарантує безоплатне отримання фізичними особами медичних послуг в закладах охорони здоров'я за рахунок коштів системи загальнообов'язкового медичного страхування;

**Програма боротьби з важкими, рідкісними та соціально небезпечними захворюваннями** (далі – Програма важких захворювань) складова частина Програми державних гарантій яка, гарантує фізичним особам безоплатне отримання медичних послуг та іншу фінансову підтримку при лікуванні тяжких, рідкісних та соціально небезпечних захворювань за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів;

**Уповноважений орган з фінансового забезпечення охорони здоров'я** – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

**Уповноважений орган обов'язкового медичного страхування** - юридична особа, некомерційна самоврядна організація, управління якою здійснюється на паритетній основі державою, представниками застрахованих осіб та роботодавців;

**Страховальники** – особи, які відповідно до цього закону уклали договори загальнообов'язкового медичного страхування;

**Застрахована особа** - особа, на користь якої укладено договір про загальнообов'язкове медичне страхування;

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному у Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», Бюджетного кодексу, Податкового кодексу України та іншого чинного законодавства.

## **Стаття 2. Загальні засади законодавства в сфері фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Законодавство України у сфері фінансового забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкового медичного страхування забезпечує:

установлення гарантій на отримання громадянами України безоплатної медичної допомоги;

запровадження в Україні бюджетно-страхової моделі системи охорони здоров'я;

визначення організаційних, правових та економічних засад фінансове забезпечення охорони здоров'я;

визначення організаційних і фінансових механізмів здійснення загальнообов'язкового медичного страхування в Україні;

сприяння ефективному управлінню ресурсами охорони здоров'я;

сприяння розвитку добровільного медичного страхування та інших джерел фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні.

### **Стаття 3. Законодавство України у сфері фінансового забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Відносини у сфері фінансового забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкового медичного страхування регулюються Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Бюджетним Кодексом України, Податковим Кодексом України, цим Законом, іншими законами України і нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до них.

2. Якщо норми цього Закону передбачають інше, ніж положення інших актів цивільного законодавства України, то застосовуються норми цього Закону.

3. Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України у сфері загальнообов'язкового медичного страхування, то застосовуються правила міжнародного договору.

### **Стаття 4. Надання медичних послуг**

1. Медичні послуги громадянам України, особам без громадянства, іноземним громадянам надаються безоплатно та за плату.

2. Безоплатні медичні послуги надаються:

громадянам України - за кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів відповідно до Базової програми;

громадянам України, які потребують лікування від тяжких та рідкісних захворювань (в тому числі лікування за кордоном) за кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів відповідно до Програми важких захворювань;

особам, застрахованим у системі загальнообов'язкового медичного страхування - за кошти загальнообов'язкового медичного страхування відповідно до Програми страхування;

Безоплатні медичні послуги надаються в державних, комунальних та інших закладах охорони здоров'я, які уклали договори з медичного обслуговування населення з Уповноваженим органом з фінансового забезпечення охорони здоров'я та Уповноваженим органом обов'язкового медичного страхування.

3. Особам без громадянства та іноземним громадянам медичні послуги надаються за умови оплати їх повної вартості.

4. Платні медичні послуги, можуть надаватися закладами охорони здоров'я, які належать до державної та комунальної форми власності за кошти добровільного медичного страхування, а також за кошти фізичних та юридичних осіб та інших джерел не заборонених законодавством.

## **Стаття 5. Права та обов'язки пацієнта**

1. Пацієнт має право на:

безоплатну та своєчасну медичну допомогу (медичну послугу) із дотриманням стандартів якості;

захист від страждань і болю, які пов'язані із захворюванням та медичним втручанням;

особисту недоторканність, на інформовану згоду чи відмову від медичного втручання;

на доступність до якісних медичних послуг;

медичну таємницю;

медичну інформацію та нерозголошення інформації про стан його здоров'я;

свободу вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги;

свободу вибору методу медичного втручання;

вибір особи, якій в інтересах пацієнта може бути передана медична інформація;

проведення медичного консилиуму;

допуск законних представників, близьких родичів, нотаріуса, адвоката, іншого представника для забезпечення його прав, священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;

гідне, чуйне, гуманне та індивідуальне ставлення з боку надавачів медичних послуг;

ознайомлення та отримання за вимогою пацієнта чи уповноважених ним осіб копій медичних документів, що стосуються стану здоров'я пацієнта;

конфіденційність його особистого та сімейного життя;

повагу до його часу;

безпеку;

свідому і виключно добровільну участь у медико-біологічних експериментах, повну поінформованість щодо їх можливих результатів;

скаргу та компенсацію

інші права, встановлені законодавством України про охорону здоров'я.

Випадки відмови від отримання медичних послуг повинні бути узгоджені шляхом оформлення інформованої відмови в установленому порядку.

2. Пацієнт має право на отримання медичних послуг в обсягах передбачених Базовою програмою, Програмою страхування та Програмою важких захворювань, а також за рахунок добровільного медичного страхування або на підставі інших правочинів.

3. Пацієнт зобов'язаний:

надавати правдиву інформацію про стан свого здоров'я, стан здоров'я третіх осіб, який міг (може) вплинути на стан здоров'я пацієнта та/або населення в цілому;

після підписання інформованої згоди виконувати медичні приписи, дотримуватись правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я та виконувати вимоги медичних працівників до режиму лікування, медичних призначень тощо;

отримувати медичні послуги (медичну допомогу), у випадках коли обставини не дозволяють отримати згоду пацієнта або його законного представника і коли є реальна загроза його життю;

виявляти повагу до професійної честі й гідності медичного працівника;

відшкодувати вартість наданих медичних послуг у разі свідомого нанесення шкоди своєму здоров'ю, тілесних ушкоджень або симуляції захворювання;

пацієнти, також, несуть інші обов'язки, встановлені законодавством України про охорону здоров'я.

## **Розділ II. ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **Стаття 6. Державна політика фінансового забезпечення охорони здоров'я**

1. Державна політика фінансового забезпечення охорони здоров'я спрямована на:

поліпшення здоров'я населення України;

забезпечення реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичне страхування та безоплатну медичну допомогу;

створення бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я України;

забезпечення справедливості у розподілі суспільних фінансових ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я;

виконання державних цільових програм у системі охорони здоров'я України;

підвищення якості, доступності та своєчасності надання медичної допомоги населенню;

створення умов для належного та ефективного фінансового забезпечення охорони здоров'я;

створення умов для децентралізації управління та розвитку самостійності закладів охорони здоров'я;

оптимізацію управління та використання ресурсів охорони здоров'я;

підвищення рівня соціальної та професійної захищеності медичних працівників;

посилення зацікавленості та відповідальності громадян за стан свого здоров'я;

забезпечення розвитку та економічної конкуренції у медичній галузі;

забезпечення добробуту громадян.

## **Стаття 7. Модель та джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я України**

1. В Україні запроваджується багатоканальна бюджетно-страхова модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка включає:

державне медичне забезпечення;

загальнообов'язкове медичне страхування;

добровільне страхування;

інші форми фінансового забезпечення охорони здоров'я, не заборонені законодавством України.

2. Джерелами фінансового забезпечення охорони здоров'я України є:

бюджетні кошти за рахунок яких здійснюється фінансування Базової програми та Програми важких захворювань;

кошти загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок яких здійснюється фінансування Програми страхування;

кошти добровільного страхування, за рахунок яких здійснюється фінансування програм добровільного медичного страхування понад Програму державних гарантій;

кошти юридичних та фізичних осіб, за рахунок яких надаються медичні послуги понад Програму державних гарантій;

інші кошти не заборонені законодавством (благодійництво, меценатство тощо).

3. За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансування програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, та інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

## **Стаття 8. Методи фінансового забезпечення охорони здоров'я України**

1. Для фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, а також фізичних осіб підприємців, що здійснюють господарську діяльність з надання медичної допомоги (медичних послуг) у межах Програми державних гарантій можуть використовуватися такі методи оплати:

подушна оплата, коригована з урахуванням ризиків, особливостей території та характеру розселення (сільська місцевість/місто) з цільовим фінансуванням профілактичних та інших пріоритетних програм;

глобальний бюджет;

глобальний бюджет з плануванням обсягу необхідних коштів з використанням діагностично-споріднених груп;

оплата за випадок визначена із застосуванням діагностично-споріднених груп;

за ліжко-день для фінансового забезпечення надання медичної допомоги при захворюваннях і станах, що потребують тривалого лікування, але не більше ніж встановлено у відповідних медико-технологічних документах.

Порядок застосування зазначених методів оплати для фінансування договорів про медичне обслуговування населення затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

### **Стаття 9. Платні медичні послуги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я**

1. За умови надання послуг належного рівня і якості у межах Програми державних гарантій, державні і комунальні заклади охорони здоров'я можуть надавати платні медичні послуги, а також послуги що є супутніми до послуг з медичного обслуговування і не пов'язані із наданням медичної допомоги.

2. Перелік платних медичних послуг та супутніх послуг, що можуть надаватись державними і комунальними закладами охорони здоров'я за плату, визначається Кабінетом Міністрів України.

3. Порядок надання супутніх послуг, що можуть надаватись державними і комунальними закладами охорони здоров'я за плату затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я разом із центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері економічного розвитку і торгівлі, та центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової, бюджетної, податкової політики.

4. Розмір плати за супутні послуги підлягає оприлюдненню на офіційних веб-сайтах, на інформаційних стендах та в будь-який інший спосіб.

## **Розділ III. СИСТЕМА ДЕРЖАВНИХ ГАРАНТІЙ**



## **Стаття 10. Поняття, мета та принципи державних гарантій**

1. Система державних гарантій на безоплатні медичні послуги (далі - система державних гарантій) - це сукупність державних заходів і методів бюджетного та позабюджетного фінансування, спрямованих на реалізацію конституційних прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги (медичних послуг), забезпечення ліками та засобами медичного призначення.

2. Метою функціонування системи державних гарантій є збереження життя та здоров'я людини, її добробут, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та травматизму.

3. Принципами функціонування системи державних гарантій є:

публічно-правове регулювання надання медичних послуг;

законність та соціальна спрямованість;

гарантованість, рівність та солідарність;

загальнодоступність до якісних медичних послуг, обсяг яких визначається Програмою державних гарантій;

програмна спрямованість та забезпеченість найбільш суспільно важливих напрямів надання медичної допомоги (медичних послуг) громадянам;

профілактична спрямованість.

## **Стаття. 11 Програма державних гарантій**

1. Програма державних гарантій складеться з Базової програми, Програми страхування та Програми важких захворювань;

2. Надання громадянам медичних послуг за Програмою державних гарантій є безоплатним;

3. Кабінет Міністрів України розробляє та затверджує проект Програми державних гарантій на плановий рік за спільним поданням Центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики, Центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, Уповноваженого органу з фінансове забезпечення охорони здоров'я та Уповноваженого органу обов'язкового медичного страхування не пізніше 15 липня поточного року.

4. Програма Державних гарантій затверджується Верховною Радою України одночасно з законом про Державний бюджет України на відповідний бюджетний період.

5. Кабінет Міністрів щорічно звітує перед Верховною Радою України про реалізацію Програми державних гарантій на підставі щорічних консолідованих звітів Центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики, Центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, Уповноваженого органу з фінансове забезпечення охорони здоров'я та Уповноваженого органу обов'язкового медичного страхування.

6. Річний звіт про виконання Програми державних гарантій подається Кабінетом Міністрів України Верховній Раді України, Президенту України та Рахунковій палаті не пізніше 1 квітня року, наступного за звітним.

7. Програмою державних гарантій встановлюються:

перелік видів, форм та умов надання медичних послуг;

перелік захворювань та станів;

Базова програма;

Програма страхування;

Програма важких захворювань;

розрахункові фінансові показники забезпечення в розрізі Базової програми та Програми страхування, які базуються на принципі стійкості фінансового забезпечення на основі еквівалентності забезпечення медичними послугами рівня ресурсного забезпечення.

8. У випадку, якщо Верховна Рада не затвердить Програму державних гарантій на відповідний рік продовжує діяти раніше прийнята Програма державних гарантій.

## **Стаття 12. Базова програма**

1. Проект Базової програми на наступний рік розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я за пропозиціями Уповноваженого органу з фінансове забезпечення охорони здоров'я як частина Програми державних гарантій до першого червня поточного року та передбачає:

напрями, обсяги та джерела фінансування організаційних, наукових і практичних заходів, спрямованих на реалізацію прав громадян на отримання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги;

заходи щодо стратегії медико-санітарного захисту населення та напряму розвитку системи охорони здоров'я;

перелік видів медичної допомоги (медичних послуг) які входять до базової програми для всіх категорії населення;

перелік видів медичної допомоги (медичних послуг), що надається визначеним категоріям населення;

перелік видів медико-соціальної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я за рахунок коштів відповідних бюджетів.

2. До видів медичної допомоги для всіх категорій населення, які входять до Базової програми належать:

а) первинна медична допомога;

б) екстрена медичної допомога та пов'язана з нею медична допомога при невідкладних станах;

в) невідкладна стоматологічна допомога;

г) паліативна медична допомога;

д) медична допомога дітям до 16 років;

е) медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами;

ж) профілактичні щеплення проти інфекційних хвороб, включені до календаря щеплень, та профілактичні щеплення за епідемічними показаннями.

3. До видів медичної допомоги (медичних послуг), що надається визначеним категоріям населення можуть належати:

а) вторинна (спеціалізована) медична допомога;

б) третинна (високоспеціалізована) медична допомога;

в) забезпечення за рецептом чи приписом готовими лікарськими засобами та медичними виробами, необхідними для надання медичної допомоги(реімбурсації);

г) медична реабілітація.

4. Базовою програмою встановлюються медичні стандарти надання медичної допомоги, правила отримання медичних послуг, принципи та методи фінансування наданих за Базовою програмою медичних послуг.

5. Базова програма розробляється на основі розрахунків потреби в медичних послугах та вартості медичних послуг які розробляє Уповноважений орган з фінансове забезпечення охорони здоров'я та затверджує центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

6. Фінансове забезпечення Базової програми здійснюється з Державного бюджету України та відповідних місцевих бюджетів.

7. Фінансове забезпечення Базової програми встановлюється (затверджується) на відповідний бюджетний період законом про Державний бюджет України, але не менше ніж 2% прогнозованого рівня валового внутрішнього продукту на відповідний бюджетний період.

8. Головним розпорядником бюджетних коштів за Базовою програмою є Уповноважений орган з фінансове забезпечення охорони здоров'я.

9. Порядок розробки, розрахунку обсягів та реалізації Базової програми затверджується Кабінетом міністрів України.

### **Стаття 13. Програма страхування**

1. Програма страхування встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги, забезпечення ліками та медичними виробами та оплати медичних послуг за рахунок страхових виплат за загальнообов'язковим медичним страхуванням, здійснених в порядку, визначеному цим законом.

2. Проект Програми страхування на наступний рік розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я за пропозиціями Уповноваженого органу обов'язкового медичного страхування як частина Програми державних гарантій до першого червня поточного року та передбачає:

а) перелік страхових ризиків (визначення груп захворювань, травм або їх наслідків, за якими медична послуга (медична допомога) за рахунок страхових виплат за загальнообов'язковим медичним страхуванням;

б) правила загальнообов'язкового медичного страхування;

в) види надання медичної допомоги;

г) перелік страхових випадків та перелік виключень зі страхових випадків;

д) визначення обсягів, методів та строків лікування, профілактичних та реабілітаційних заходів, що забезпечуються Програмою страхування;

е) перелік критеріїв визначення якості наданих послуг;

ж) порядок здійснення контролю за наданням медичних послуг (медичної допомоги) та її якістю;

з) порядок дії при настанні страхового випадку, перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та порядок обміну документами між суб'єктами;

и) розмір страхових внесків, який може відрізнятися для окремих видів застрахованих осіб;

к) порядок і умови здійснення страхової виплати, строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

л) підстави для відмови у здійсненні страхової виплати;

м) права та обов'язки сторін.

3. Програма страхування може містити: перелік медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, які компенсуються за рахунок коштів загальнообов'язкового медичного страхування частково.

4. До видів медичної допомоги які входять до Програми страхування належать:

а) вторинна (спеціалізована) медична допомога;

б) третинна (високоспеціалізована) медична допомога;

в) забезпечення за рецептом чи приписом готовими лікарськими засобами та медичними виробами, необхідними для надання медичної допомоги (реімбурсації);

г) медична реабілітація.

5. Програма страхування розробляється на наступний період на підставі потреби в медичних послугах, вартості медичних послуг та статистики страхових виплат за попередні роки. Програма страхування має забезпечувати стійкість фінансової системи загальнообов'язкового медичного страхування, стійкість функціонування мережи медичних закладів та доступність медичних послуг.

6. Джерелом фінансування Програми страхування є:

а) страхові внески, що сплачуються страхувальниками на умовах та в порядку, який визначає Кабінет Міністрів України;

б) кошти державного та місцевих бюджетів;

в) благодійні та добровільні внески підприємств, установ, організацій та фізичних осіб;

г) інші надходження, не заборонені законодавством.

7. Для часткового або повного покриття вартості страхових внесків держава може надавати застрахованим особам медичну субсидію. Розмір медичної субсидії визначається у Програмі страхування.

8. Розмір страхових внесків повинен забезпечити фінансове забезпечення Програми страхування на рівні не менше ніж 3,5% від прогнозованого рівня валового внутрішнього продукту на відповідний бюджетний період.

9. Головним розпорядником коштів за Програмою страхування є Уповноважений орган обов'язкового медичного страхування.

#### **Стаття 14. Програма важких захворювань**

1. Програма важких захворювань реалізує комплексний програмно-цільовий підхід до стабілізації рівня захворюваності, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих на соціально-небезпечні хвороби (СНІД, туберкульоз, гепатит тощо) та заходи спрямовані на повну або часткову компенсацію витрат на лікування важких та рідкісних захворювань (в тому числі при лікуванні за кордоном), які не покриваються за рахунок Базової програми та Програми страхування шляхом надання громадянам медичної субсидії.

2. Проект Програми важких захворювань на наступний рік розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я до першого червня поточного року.

3. Фінансове забезпечення Програми важких захворювань здійснюється з Державного бюджету України та відповідних місцевих бюджетів;

4. Фінансове забезпечення Програми важких захворювань встановлюється (затверджується) на відповідний бюджетний період законом про Державний бюджет України, але не менше ніж 1% від прогнозованого рівня валового внутрішнього продукту на відповідний бюджетний період;

5. Головним розпорядником бюджетних коштів за Програмою важких захворювань є органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

6. Порядок розробки та реалізації Програми важких захворювань затверджується Кабінетом міністрів України.

#### **Розділ IV. ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

## **Глава I. МЕТА І ПРИНЦИПИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **Стаття 15. Поняття і мета загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Загальнообов'язкове медичне страхування - це вид обов'язкового страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування.

2. Загальнообов'язкове медичне страхування є формою фінансового забезпечення витрат на користь населення України, що можуть бути понесені на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію, забезпечення ліками та засобами медичного призначення тощо у разі хвороби, нещасного випадку, в межах, визначених Програмою страхування, за рахунок грошових фондів загальнообов'язкового медичного страхування), що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) за договорами загальнообов'язкового медичного страхування, у тому числі за рахунок асигнувань з державного та місцевих бюджетів, отримання доходів від розміщення коштів цих фондів та з інших, передбачених цим законом джерел.

3. Метою загальнообов'язкового медичного страхування є:

1) встановлення гарантій для захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів загальнообов'язкового медичного страхування;

2) забезпечення рівних прав громадян на одержання безоплатної медичної допомоги належного обсягу та якості;

3) підвищення якості надання медичної допомоги, сприяння ефективному розвитку системи охорони здоров'я та створення умов для її належного використання;

4) створення умов для розвитку ринкових відносин в системі охорони здоров'я.

### **Стаття 16. Принципи загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Загальнообов'язкове медичне страхування здійснюється на таких принципах:

- 1) законодавчого визначення умов і порядку здійснення загальнообов'язкового медичного страхування;
- 2) солідарності;
- 3) соціальної рівності;
- 4) субсидування;
- 5) цільового використання коштів загальнообов'язкового медичного страхування;
- 6) встановлення договірних відносин між страхувальниками, страховиками, закладами охорони здоров'я та застрахованими особами;
- 7) конкуренції між закладами охорони здоров'я, які отримують кошти відповідно до обсягів та якості наданої медичної допомоги (медичних послуг);
- 8) установа державних гарантій для реалізації застрахованими особами своїх прав на отримання безоплатної медичної допомоги (медичних послуг);
- 9) відповідності встановленим медико-економічним стандартам надання медичної допомоги (медичних послуг) в разі настання страхового випадку;
- 10) відповідальності суб'єктів загальнообов'язкового медичного страхування за вчинені правопорушення;
- 11) безоплатності надання застрахованим особам медичних послуг при настанні страхового випадку в обсязі та на умовах, передбачених Програмою страхування на всій території України;
- 12) обов'язковості сплати страхувальниками страхових внесків за договорами загальнообов'язкового медичного страхування, на умовах і в розмірах, передбачених законодавством;
- 13) встановлення державних гарантій дотримання прав застрахованих осіб на отримання медичних послуг за програмою страхування незалежно від фінансового стану страховика, з яким було укладено договір страхування;
- 14) стійкості фінансової системи загальнообов'язкового медичного страхування, що забезпечується на основі еквівалентності страхового забезпечення грошовим коштом системи загальнообов'язкового медичного страхування;
- 15) забезпечення доступності та належної якості безоплатної медичної допомоги застрахованими особами.



## **Глава II. СУБ'ЄКТИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **Стаття 17. Суб'єкти загальнообов'язкового медичного страхування.**

1. Суб'єктами загальнообов'язкового медичного страхування є:

застраховані особи;

страхувальники;

Уповноважений орган обов'язкового медичного страхування;

заклади охорони здоров'я.

### **Стаття 18. Застраховані особи**

1. Особами, що підлягають страхуванню згідно цього Закону є:

1) працюючі на умовах трудового договору (контракту) громадяни, в тому числі керівники організацій, з єдиним учасником (засновником), який є керівником;

2) засновники (учасники) господарських товариств (крім публічних акціонерних товариств), якщо вони не застраховані як особи, визначені п. 1

ч. 1 цієї статті;

3) працюючі за цивільно - правовими договорами на виконання робіт (послуг), по договорам авторського замовлення, а також автори творів, які отримують виплати або іншу винагороду за договорами відчуження виключних прав на твори науки, літератури, мистецтва, видавницькими ліцензійними договорами, ліцензійними договорами на інші права, якщо вони не застраховані як особи, визначені пунктом першим частини першої цієї статті;

4) фізичні особи - підприємці, в тому числі ті, які обрали спрощену систему оподаткування, якщо вони не застраховані як особи, визначені пунктом першим частини першої цієї статті;

5) особи, які провадять незалежну професійну діяльність, а саме: наукову, літературну, артистичну, художню, освітню або викладацьку, а також медичну, юридичну практику, в тому числі адвокатську, нотаріальну діяльність, або особи, які провадять релігійну (місіонерську) діяльність, іншу подібну діяльність та отримують дохід від цієї діяльності, члени фермерських господарств, якщо вони не застраховані як особи, визначені пунктом першим частини першої цієї статті;

6) військовослужбовці Збройних Сил України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ, Національної гвардії, Державної прикордонної служби, особи начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ, інших збройних формувань в разі, якщо вони утворені згідно законодавства;

7) непрацюючі пенсіонери;

8) непрацюючі інваліди та інші особи, що утримуються або отримують допомогу за рахунок фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування;

9) діти віком до 16 років;

10) учні та студенти, які навчаються на очній формі в середніх та вищих навчальних закладах;

11) безробітні громадяни, зареєстровані відповідно до законодавства;

12) один з батьків (опікун) при догляді за дитиною до 3-х років;

13) інші непрацюючі громадяни.

2. Застраховані особи мають право отримання медичної допомоги, ліків, засобів медичного призначення, наданих їм, за рахунок коштів загальнообов'язкового медичного страхування, у разі настання страхового випадку в межах та на умовах Програми страхування.

3. Не підлягають загальнообов'язковому медичному страхуванню іноземці та особи без громадянства, що перебувають в Україні, надання медичної допомоги для яких регулюється спеціальним законодавством.

4. Інші особи, які не зазначені в частині першій цієї статті та перебувають в Україні на законних підставах, можуть отримувати в Україні медичну допомогу за загальнообов'язковим медичним страхуванням за власним бажанням добровільно уклавши договір загальнообов'язкового медичного страхування у встановленому цим законом порядку.

5. Громадяни України, які працюють за межами України та не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають, можуть укласти договори за загальнообов'язковим медичним страхуванням в Україні тільки за умови подання документів про країну перебування та характер роботи, яка буде виконуватись. В залежності від зазначених обставин такому громадянину може бути відмовлено в укладанні договору.

6. Інформація про Застраховану особу вноситься Уповноваженим органом обов'язкового медичного страхування в Інформаційну систему загальнообов'язкового медичного страхування.

## **Стаття 19. Страхувальники**

1. Страхувальниками визнаються юридичні особи, фізичні особи-підприємці та дієздатні фізичні особи, які відповідно до закону уклали із Уповноваженим органом обов'язкового медичного страхування договори загальнообов'язкового медичного страхування.

2. Відповідно до цього закону особами, що зобов'язані укласти договір загальнообов'язкового медичного страхування визнаються:

1) роботодавці:

підприємства, установи та організації, інші юридичні особи, утворені відповідно до законодавства України, незалежно від форми власності, виду діяльності та господарювання, які використовують працю фізичних осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством, чи за цивільно-правовими договорами (крім цивільно-правового договору, укладеного з фізичною особою - підприємцем, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, відповідно до відомостей з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань), у тому числі філії, представництва, відділення та інші відокремлені підрозділи зазначених підприємств, установ і організацій, інших юридичних осіб, які мають окремий баланс і самостійно ведуть розрахунки із застрахованими особами;

фізичні особи - підприємці, які використовують працю інших осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством про працю, чи за цивільно-правовим договором (крім цивільно-правового договору, укладеного з фізичною особою - підприємцем, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, відповідно до відомостей з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань);

дипломатичні представництва і консульські установи України, філії, представництва, інші відокремлені підрозділи підприємств, установ та організацій (у тому числі міжнародні), утворені відповідно до законодавства України, які мають окремий баланс і самостійно здійснюють розрахунки із застрахованими особами;

дипломатичні представництва і консульські установи іноземних держав, філії, представництва та інші відокремлені підрозділи іноземних підприємств, установ та організацій (у тому числі міжнародні), розташовані на території України;

інвестор (оператор) за угодою про розподіл продукції (у тому числі постійне представництво інвестора-нерезидента), що використовує працю фізичних осіб, найнятих на роботу в Україні на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством, чи за цивільно-правовими договорами (крім цивільно-правового договору, укладеного з фізичною особою - підприємцем в Україні, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, зазначеним у витягу з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб - підприємців);

2) фізичні особи – підприємці, які не використовують працю інших осіб – щодо себе;

3) військові частини та органи, які виплачують грошове забезпечення військовослужбовцям (в тому числі військовослужбовцям строкової військової служби), особам рядового і начальницького складу; особам, які проходять строкову військову службу у Збройних Силах України, інших утворених відповідно до закону військових формуваннях, Служби безпеки України, органах Міністерства внутрішніх справ України та службу в органах і підрозділах цивільного захисту;

4) особи, які провадять незалежну професійну діяльність, а саме наукову, літературну, артистичну, художню, освітню або викладацьку, а також медичну, юридичну практику, в тому числі адвокатську, нотаріальну діяльність, або особи, які провадять релігійну (місіонерську) діяльність, іншу подібну діяльність та отримують дохід від цієї діяльності, члени фермерського господарства, особистого селянського господарства, якщо вони не є найманими працівниками – щодо себе;

6) Органи місцевого самоврядування.

## **Стаття 20. Заклади охорони здоров'я**

1. Заклади охорони здоров'я, можуть стати суб'єктами системи загальнообов'язкового медичного страхування за умови укладання відповідного договору із Уповноваженим органом обов'язкового медичного страхування.

2. Заклади охорони здоров'я є надавачами медичних послуг в системі загальнообов'язкового медичного страхування.

3. Заклад охорони здоров'я має право на отримання оплати за надані медичні послуги застрахованим особам за рахунок страхових виплат з загальнообов'язкового медичного страхування після проходження акредитації в системі загальнообов'язкового медичного страхування.

4. Заклади охорони здоров'я надають медичні послуги відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та медико-економічних стандартів.

5. Заклади охорони здоров'я ведуть окремий облік коштів, отриманих як страхові виплати за загальнообов'язковим медичним страхуванням за надані застрахованим особам медичні послуги.

## **Стаття 21 Уповноважений орган обов'язкового медичного страхування**

1. Загальнообов'язкове страхування здійснює Уповноважений орган обов'язкового медичного страхування (далі Страховик).

2. Страховик є некомерційною самоврядною організацією, що діє на підставі статуту, який затверджується Кабінетом Міністрів України.

3. Управління Страховиком здійснюється на паритетній основі державою, представниками застрахованих осіб та роботодавців.

4. Органами управління Страховика є його наглядова рада, правління та виконавча дирекція.

5. Правління Страховика складається з представників від держави, застрахованих осіб і роботодавців, які виконують свої обов'язки на громадських засадах.

6. Порядок формування Правління та його Положення Затверджуються Кабінетом Міністрів України.

7. Нагляд за додержанням Страховиком законодавства у сфері загальнообов'язкового медичного страхування, виконанням завдань, що стоять перед Страховиком, і цільовим використанням його коштів здійснює Наглядова рада, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу.

8. До складу Наглядової ради входять по п'ять представників від держави, застрахованих осіб і роботодавців.

9. Порядок формування Наглядової ради та її Положення Затверджуються Кабінетом Міністрів України

## **Глава III. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СУБ'ЄКТІВ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **Стаття 22. Права та обов'язки Застрахованої особи**

#### 1. Застрахована особа має право:

1) безоплатно, за рахунок коштів загальнообов'язкового медичного страхування, отримувати медичні послуги в закладах охорони здоров'я України на умовах та в обсязі, визначених Програмою страхування;

2) на отримання у Страховика консультацій про порядок та умови надання медичної допомоги, сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань загальнообов'язкового медичного страхування;

3) брати участь в управлінні загальнообов'язковим медичним страхуванням шляхом участі у об'єднаннях застрахованих осіб особисто або через своїх представників.

#### 2. Застрахована особа зобов'язана:

1) додержуватися вимог законодавства України в сфері загальнообов'язкового медичного страхування;

2) піклуватись про своє здоров'я, свідомо не створювати ризику для свого здоров'я;

3) проходити профілактичні медичні огляди та щеплення у передбачених Програмою страхування, випадках;

4) протягом 30 днів з дати зміни статусу (працевлаштування, звільнення, призначення пенсії, тощо) повідомляти Страховика в порядку, визначеному Страховиком;

5) виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством.

3. надати згоду на укладання щодо них договорів загальнообов'язкового медичного страхування або самостійно ініціювати укладання такого договору зі Страховиком шляхом подання відповідної заяви.

### **Стаття 23. Права та обов'язки страхувальника**

#### 1. Страхувальник має право:

1) отримувати консультації про порядок та умови сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань загальнообов'язкового медичного страхування;

2) отримувати інформацію, щодо надання медичних послуг, передбачених Програмою страхування згідно з договором загальнообов'язкового медичного страхування, якщо надання такої інформації не суперечить чинному законодавству або не є медичною таємницею;

3) будь-яким не забороненим законом способом захищати права та законні інтереси застрахованих таким страхувальником осіб згідно з чинним законодавством;

4) брати участь в управлінні загальнообов'язковим медичним страхуванням шляхом участі об'єднаннях страхувальників особисто або через своїх представників.

## 2. Страхувальник зобов'язаний:

1) сплачувати страхові внески в розмірах та порядку, встановленому законодавством;

2) надавати на вимогу застрахованої особи відомості про сплачені страхові внески;

3) на вимогу Страховика надавати відомості про застрахованих осіб, сплачені за таких застрахованих страхові платежі, а також всю наявну інформацію про отримання застрахованими особами медичної допомоги та медичних послуг;

4) виконувати інші обов'язки, що встановлені чинним законодавством, договорами страхування, рішеннями Страховика;

3. Для набуття статусу страхувальників особи, зобов'язані укласти договори загальнообов'язкового медичного страхування зі Страховиком.

4. Страхувальнику забороняється вчиняти будь-які дії, в тому числі за згодою застрахованої особи, які можуть унеможливити або ускладнити реалізацію застрахованої особи та/або членам її сім'ї права на отримання медичних послуг відповідно до встановленого цим законом порядку.

## **Стаття 24. Права та обов'язки закладів охорони здоров'я в системі загальнообов'язкового медичного страхування**

### 1. Заклади охорони здоров'я мають право:

1) отримувати страхові виплати від Страховика за надання медичної допомоги (медичних послуг) застрахованим особам згідно Програми страхування;

2) самостійно використовувати кошти страхових виплат за договорами загальнообов'язкового медичного страхування, відповідно до затвердженої структури тарифу, для забезпечення надання медичної допомоги застрахованим особам відповідно до вимог цього закону, Програми страхування та вимог Страховика;

3) брати участь у розробці та підготовці Програми страхування, вносити пропозиції щодо формування та впровадження цінової політики загальнообов'язкового медичного страхування – через об'єднання закладів охорони здоров'я;

4) отримувати компенсацію збитків, завданих іншими суб'єктами загальнообов'язкового медичного страхування внаслідок порушення договору або закону.

## 2. Заклади охорони здоров'я зобов'язані:

1) укласти договір із Страховиком про надання медичних послуг відповідно до Програми страхування.

2) надавати медичні послуги застрахованим особам відповідно до стандартів, в обсязі та на умовах, передбачених цим законом, Програмою страхування та договором про надання медичних послуг;

3) у разі неможливості надання застрахованим особам медичної допомоги залучати, в межах власної компетенції, відповідних фахівців або направляти застрахованих осіб для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в інші заклади охорони здоров'я, повідомивши про це Страховика;

4) вести облік, встановлений цим законом, іншими нормативно-правовими актами та договором про надання медичних послуг, в Інформаційній системі загальнообов'язкового медичного страхування, виконувати інші умови договору;

5) вчасно надавати інформацію Страховику, щодо змін умов медичного обслуговування застрахованих осіб;

6) виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством, договорами про надання медичних послуг, рішеннями Уповноваженого органу.

3. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я в обов'язковому порядку беруть участь у системі загальнообов'язкового медичного страхування та підключенні до Інформаційної системи, після проходження акредитації в Страховика.

4. Приватні заклади охорони здоров'я можуть брати добровільну участь в системі загальнообов'язкового медичного страхування.

## **Глава IV. ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ. ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**



## **Стаття 25. Договір загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Договір загальнообов'язкового медичного страхування – це угода між страхувальником і Страховиком, укладена відповідно до чинного законодавства, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату застрахованій особі, шляхом оплати отриманих медичних послуг при наданні медичної допомоги за Програмою страхування, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені договором страхування та цим законом строки і виконувати інші умови договору.

2. Договір загальнообов'язкового медичного страхування укладається у електронному або паперовому вигляді, за типовою формою та у порядку, що затверджується Кабінетом Міністрів України,

3. Форма Договору загальнообов'язкового медичного страхування яка розміщується на веб-сайті Страховика.

4. Договір загальнообов'язкового медичного страхування може бути договором публічної оферти.

4. Укладання договору підтверджується свідоцтвом про медичне страхування, або відповідним електронним записом в Інформаційній системі загальнообов'язкового медичного страхування.

7. Страховик не може відмовити в укладанні договору страхувальнику, який звернувся до нього з відповідною заявою.

## **Стаття 26. Договір про надання медичних послуг за загальнообов'язковим медичним страхуванням**

1. Договір про надання медичних послуг за загальнообов'язковим медичним страхуванням (далі – Договір про надання медичних послуг) укладається між Страховиком та закладом охорони здоров'я, як надавачем медичних послуг, та визначає їх взаємні права і обов'язки, а також – обов'язки перед застрахованою особою (пацієнтом) та страхувальником в процесі надання послуг застрахованим особам (пацієнтам) за рахунок коштів страхових виплат.

2. Договір про надання медичних послуг укладається на умовах договору приєднання одночасно з акредитацією суб'єкта загальнообов'язкового медичного страхування. Умови Договору про надання медичних послуг та порядок його укладення встановлюються Кабінетом Міністрів України.

3. Договір про надання медичних послуг підлягає опублікуванню на офіційному веб-сайті Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту його укладення.

## **Глава V. УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЬ У СФЕРІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **Стаття 27. Державний нагляд та контроль в системі загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Державний нагляд за дотриманням вимог законодавства в системі загальнообов'язкового медичного страхування здійснюють центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетентності.

2. Державний нагляд та контроль за додержанням вимог законодавства у сфері загальнообов'язкового медичного страхування здійснюється шляхом:

1) ліцензування господарської діяльності з медичної практики та акредитації закладів охорони здоров'я;

2) контролю за укладанням договорів загальнообов'язкового медичного страхування, своєчасністю, достовірністю, повнотою нарахування та сплати страхових платежів страхувальниками;

3) здійснення контролю за цільовим та ефективним використанням коштів страхового резерву та страхових виплат, в тому числі шляхом проведення перевірок діяльності Страховика та закладів охорони здоров'я;

3. Страховик в системі загальнообов'язкового медичного страхування не відповідає за зобов'язаннями держави.

4. Держава в системі загальнообов'язкового медичного страхування відповідає за зобов'язаннями Страховика виключно в межах його фінансування з Державного бюджету України.

5. Держава гарантує дотримання і захист майнових та інших прав і законних інтересів суб'єктів загальнообов'язкового медичного страхування.

Втручання в діяльність суб'єктів загальнообов'язкового медичного страхування з боку державних органів забороняється. Не вважається втручанням в діяльність суб'єктів дії органів державної влади, передбачені законодавством.

## **Стаття 28. Орган державного нагляду в системі загальнообов'язкового медичного страхування**

1. Органом, що здійснює державний нагляд та контроль в системі загальнообов'язкового медичного страхування є центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (далі Уповноважений орган).

2. Основними функціями Уповноваженого органу є:

1) акредитація закладів охорони здоров'я на роботу в системі загальнообов'язкового медичного страхування;

2) проведення перевірок Страховика та закладів охорони здоров'я в межах своєї компетенції на предмет дотримання законодавства про загальнообов'язкове медичне страхування;

3) розроблення нормативних та методичних документів з загальнообов'язкового медичного страхування у сфері, що віднесена цим Законом до компетенції Уповноваженого органу;

4) прийняття у межах своєї компетенції нормативно-правових актів з питань загальнообов'язкового медичного страхування;

5) затвердження структури тарифу медичної послуги;

6) здійснення контролю за платоспроможністю Страховика відповідно до взятих ним страхових зобов'язань перед страхувальниками та застрахованими особами;

7) проведення і координація у визначеному законодавством порядку навчання, підготовки і перепідготовки кадрів та встановлення кваліфікаційних вимог до посадових осіб та медичних спеціалістів Страховика, вимог до закладів охорони здоров'я та медичних експертів;

8) участь у міжнародному співробітництві у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, вивчення, узагальнення, поширення світового досвіду, організація виконання міжнародних договорів України з цих питань;

9) здійснення організаційно-методичного забезпечення проведення актуарних розрахунків.

3. Уповноважений орган може здійснювати інші функції, необхідні для виконання покладених на нього завдань.

4. Права та обов'язки Уповноваженого органу, які необхідні для виконання його функцій в системі загальнообов'язкового медичного страхування визначаються Кабінетом Міністрів України.

- 1) ведення єдиних державних реєстрів:
    - а) закладів охорони здоров'я,
    - б) застрахованих осіб,
    - в) страхувальників;
  - 2) ведення єдиної інформаційної бази даних страхових виплат та наданих медичних послуг;
- забезпечення функціонування єдиної інформаційної системи.

## **Глава VI. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ОБМІНУ У СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, СВДОЦТВО ПРО МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

### **Стаття 29. Поняття та мета створення Інформаційної системи загальнообов'язкового медичного страхування.**

1. Для забезпечення ефективного, прозорого та оперативного управління в сфері загальнообов'язкового медичного страхування створюється Єдина інформаційна система загальнообов'язкового медичного страхування (далі - Інформаційна система).

2. Технічні вимога та порядок функціонування Інформаційної системи затверджується Уповноваженим органом.

3. Інформаційна система існує в електронній формі.

4. Власником та розпорядником Інформаційної системи є Страховик.

5. Страховик забезпечує функціонування Інформаційної системи.

6. Обліку в Інформаційній системі підлягають усі послуги, що надаються за рахунок Програми страхування.

7. Уповноважений орган забезпечує безперебійне функціонування Інформаційної системи та збереження інформації, що міститься у ній.

8. Для розробки впровадження, та забезпечення функціонування Інформаційної системи можуть залучатися кошти державного і місцевого бюджетів, кошти Уповноваженого органу обов'язкового медичного страхування, кошти інших суб'єктів та учасників загальнообов'язкового

медичного страхування, а також кошти з інших не заборонених законом джерел.

### **Стаття 30. Опис Інформаційної системи.**

1. Інформаційна система забезпечує:

1) автоматизований облік:

а) страховиків

б) закладів охорони здоров'я;

в) страхувальників;

г) застрахованих осіб;

г) сплачених страхових платежів;

д) звернень застрахованих осіб за отриманням медичних послуг та наданих медичних послуг, що підпадають під дію договору з загальнообов'язкового медичного страхування;

е) страхових виплат;

є) рахунків медичних закладів, відкритих для отримання коштів страхових виплат, рух коштів за рахунками;

ж) напрямків використання коштів страхових виплат закладами охорони здоров'я;

з) рахунків, відкритих страховиками для отримання страхових платежів та розміщення коштів страхових резервів, рух коштів за рахунками, залишки на рахунках.

2) формування та подання банку електронних платіжних документів з підписами уповноважених осіб Страховика та Уповноваженого органу на:

а) перерахування страхової виплати закладу охорони здоров'я;

б) перерахування частини страхового платежу, що належить Страховику (нормативних витрат на ведення справи) з рахунків, відкритих для отримання страхових платежів на інші рахунки Страховика.

### **Стаття 31. Реєстри в Інформаційній системі**

1. Відомості про заклади охорони здоров'я, страхувальників та застрахованих осіб існують в Інформаційній системі у вигляді відповідних реєстрів.

2. Положення про реєстр закладів охорони здоров'я, реєстр страхувальників та реєстр застрахованих осіб затверджуються Уповноваженим органом та визначають: перелік відомостей, що містяться у реєстрах, порядок внесення змін та доповнень до реєстрів права та обов'язки суб'єктів загальнообов'язкового медичного страхування щодо подання відомостей до реєстрів, перелік таких відомостей.

3. Страховик забезпечує оприлюднення реєстру закладів охорони здоров'я на своєму веб-сайті.

4. Пенсійний фонд на запит Страховика безоплатно передає йому наступні відомості з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування:

1) прізвище, ім'я, по-батькові застрахованої особи

2) дата народження;

3) стать;

4) громадянство;

5) номер телефону (за наявності);

6) Реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків);

7) рік, за який внесені відомості;

8) іншу інформацію, необхідну для виконання Страховиком своїх функцій.

5. Пенсійний фонд на запит Страховика безоплатно передає йому наступні відомості з реєстру страхувальників Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування:

1) реєстраційний номер облікової картки платника податків або інформацію, що особа, через релігійні або інші переконання відмовилася від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та має у паспорті відмітку або відповідний запис у безконтактному електронному носії паспорта громадянина України про наявність у них права здійснювати будь-які платежі за серією і номером паспорта;

2) найменування (для фізичних осіб - підприємців та фізичних осіб, які використовують найману працю, - прізвище, ім'я, по батькові);

3) місцезнаходження (для юридичної особи) та місце реєстрації місця проживання або місце фактичного проживання (для фізичної особи);

4) форма власності;

5) кількість працівників на дату подання звітності та осіб, які виконують роботи (надають послуги) за цивільно-правовими договорами;

6) іншу інформацію, наявну у реєстрі.

6. Уповноважений орган, державне підприємство "Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України" на запит Страховика безоплатно передають йому наступні відомості з Державного реєстру акредитованих закладів охорони здоров'я:

1) загальні відомості про заклад охорони здоров'я (область, повна назва, тип закладу, ідентифікаційний код юридичної особи в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України, підпорядкованість, форма власності, адреса закладу, в т. ч. його філій та відокремлених структурних підрозділів (за наявності);

2) відомості про керівника закладу охорони здоров'я (прізвище, ім'я, по батькові, назва посади, робочий телефон);

3) відомості про державну акредитацію закладу охорони здоров'я (дата видачі сертифіката, термін дії, реєстраційний номер, акредитаційна категорія, назва акредитаційної комісії, що прийняла рішення про проведення державної акредитації, дата затвердження рішень Головною акредитаційною комісією при Центральному органі виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (для комунальних закладів охорони здоров'я) та віднесення закладу до певної категорії).

4) іншу інформацію, наявну у реєстрі.

7. Міністерства та відомства, центральні органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування зобов'язані безоплатно надавати на запит Уповноваженого органу відомості, необхідні для виконання ним своїх повноважень.

8. Страховик забезпечує ведення реєстрів як невід'ємної складової частини Інформаційної системи, своєчасне оновлення відомостей у реєстрах, а також захист конфіденційної інформації, що не підлягає оприлюдненню відповідно до цього чинного законодавства.

9. З метою здійснення контролю за своєчасністю та повнотою сплати страхувальниками страхових платежів доступ до Реєстрів в Інформаційній системі надається центральному органу виконавчої влади, який реалізує

державну податкову політику, в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

## **Глава VII. СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ОБСЯГІВ, ТЕРМІНІВ, ЯКОСТІ ТА УМОВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ) В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **Стаття 32. Організація контролю обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг.**

1. Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в обсягах та на умовах, встановлених Програмою страхування та договором про надання медичних послуг за загальнообов'язковим медичним страхуванням, здійснюється відповідно до порядку організації та проведення контролю обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг, що затверджується Уповноваженим органом.

2. Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг здійснюється шляхом проведення медико-економічного контролю, медико-економічної експертизи та експертизи якості медичної допомоги.

### **Стаття 33. Медико-економічний контроль**

1. Медико-економічний контроль – процедура встановлення відповідності відомостей про обсяги наданих медичних послуг застрахованим особам умовам договорів на надання медичних послуг та Положенню про структуру тарифу медичної послуги.

2. Медико-економічний контроль здійснюється:

1) на первинному рівні – Страховиком при ухваленні рішення про здійснення страхової виплати чи про відмову у її здійсненні;

2) на вторинному рівні – Уповноваженим органом в межах його повноважень при виконанні функції державного нагляду та контролю в системі загальнообов'язкового медичного страхування.

### **Стаття 34. Медико-економічна експертиза**



1. Медико-економічна експертиза – це процедура встановлення відповідності фактичних термінів надання медичних послуг та обсягу пред’явлених до оплати медичних послуг записів у первинній медичній документації і обліково-звітної документації закладу охорони здоров’я.

2. Медико-економічна експертиза може проводитися:

1) фахівцем-експертом Страховика, який має стаж роботи за лікарською спеціальністю не менше п’яти років і які пройшов відповідне навчання з питань експертної діяльності в сфері загальнообов’язкового медичного страхування.

2) незалежним експертом, який має стаж роботи за лікарською спеціальністю не менше п’яти років і який пройшов відповідне навчання з питань експертної діяльності в сфері обов’язкового медичного страхування та включений до Реєстру незалежних експертів в сфері загальнообов’язкового медичного страхування.

3. Порядок проведення медико-економічної експертизи, вимоги до підготовки експертів, порядок ведення Реєстру незалежних експертів в сфері загальнообов’язкового медичного страхування, а також випадки, коли проведення медико-економічної експертизи незалежним експертом є обов’язковим, визначаються Уповноваженим органом.

4. Уповноважений орган може призначити медико-економічну експертизу будь-якому експерту з числа наявних у Реєстрі незалежних експертів в сфері загальнообов’язкового медичного страхування у випадку виникнення обґрунтованих сумнівів в відповідності фактичних термінів надання медичних послуг обсягу послуг, пред’явлених до оплати.

5. Заклад охорони здоров’я не має права перешкоджати доступу експертів до матеріалів, необхідних для проведення медико-економічної експертизи, експертизи якості медичної допомоги, і зобов’язаний надавати експертам запитувану ними інформацію.

### **Стаття 35. Експертиза якості медичної допомоги**

1. Експертиза якості медичної допомоги - це процедура виявлення порушень при наданні медичної допомоги, в тому числі оцінка своєчасності її надання, правильності вибору методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, ступеня досягнення запланованого результату.

2. Експертиза якості медичної допомоги проводиться експертом якості медичних послуг, включеним до Реєстру незалежних експертів якості медичної допомоги. Експертом якості медичної допомоги є лікар - фахівець, який має вищу освіту, свідоцтво про акредитацію фахівця або сертифікат фахівця, стаж

роботи за відповідною лікарською спеціальністю не менше 10 років і пройшов підготовку з питань експертної діяльності в сфері загальнообов'язкового медичного страхування за програмою, затвердженою Уповноваженим органом.

3. Страховик, Уповноважений орган або заклад охорони здоров'я мають право замовити експертизу якості медичної допомоги будь-якому експерту, включеному до Реєстру незалежних експертів якості медичної допомоги. Підставою для замовлення експертизи якості медичної допомоги Уповноваженим органом є у тому числі надходження скарги від застрахованої особи на якість або обсяг наданих медичної допомоги.

4. Порядок проведення експертизи якості медичної допомоги, вимоги до підготовки експертів, порядок ведення Реєстру незалежних експертів якості медичної допомоги, визначаються Уповноваженим органом.

5. Заклад охорони здоров'я не має права перешкоджати доступу експертів до матеріалів, необхідних для проведення медико-економічної експертизи, експертизи якості медичної допомоги, і зобов'язана надавати експертам запитувану ними інформацію.

## **Глава VIII. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

**Стаття 36. Загальні засади відповідальності за порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.**

1. Особи, винні в порушенні законодавства про загальнообов'язкове медичне страхування, несуть відповідальність, передбачену цим Законом та іншими нормативно-правовими актами.

2. Посадові, інші фізичні особи винні в порушенні законодавства про загальнообов'язкове медичне страхування, несуть дисциплінарну, адміністративну, цивільно-правову або кримінальну відповідальність згідно з законодавством.

3. Особи, що порушили умови договорів загальнообов'язкового медичного страхування та договорів про надання медичних послуг за загальнообов'язковим медичним страхуванням несуть відповідальність, передбачену такими договорами.

**Стаття 37. Відповідальність страхувальників за порушення законодавства про загальнообов'язкове медичне страхування.**

1. Особи, які не уклали договори загальнообов'язкового медичного страхування щодо осіб, які мають бути застрахованими відповідно до цього закону, сплачують штраф у розмірі суми всіх страхових платежів, які підлягали б сплаті за застрахованих осіб з моменту, коли договори страхування мали бути укладені до дати виявлення правопорушення.

2. Страхувальники, які не сплатили страхові платежі за застрахованих осіб в порядку, передбаченому укладеними договорами страхування, сплачують штраф у розмірі суми всіх несплачених страхових платежів.

3. За неподання, несвоєчасне подання або подання завідомо недостовірної інформації на запит Уповноваженого органу страхувальники сплачують штраф у розмірі 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

4. Сплата штрафу, передбаченого частиною третьою цієї статті не звільняє від обов'язку усунути порушення.

5. Штрафи, передбачені частиною першою цієї статті, накладаються Уповноваженим органом.

6. Штрафи, передбачені частинами першою - другою цієї статті, накладаються органом, до компетенції якого віднесено здійснення контролю за наявністю договорів загальнообов'язкового медичного страхування та своєчасністю сплати страхових платежів.

7. Рішення про застосування штрафних санкцій може бути оскаржено в суді.

8. Рішення Уповноваженого органу про застосування штрафних санкцій є виконавчим документом.

**Стаття 38. Відповідальність закладів охорони здоров'я за порушення законодавства про загальнообов'язкове медичне страхування.**

1. За неподання, несвоєчасне подання або подання завідомо недостовірної інформації Уповноваженому органу заклади охорони здоров'я сплачують штраф у розмірі 10000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

2. Сплата штрафу, передбаченого частиною третьою цієї статті, не звільняє від обов'язку усунути порушення.

3. Штрафи, передбачені частиною першою цієї статті, накладаються Уповноваженим органом.

4. Рішення про застосування штрафних санкцій може бути оскаржено в суді.

5. Рішення Уповноваженого органу про застосування штрафних санкцій є виконавчим документом.

## **Розділ V. ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА ІНШІ ДЖЕРЕЛА ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

### **Стаття 39. Добровільне медичне страхування в Україні**

Добровільне медичне страхування в Україні є системою локально-солідарного, соціально спрямованого забезпечення громадян медичними послугами, ліками, товарами медичного призначення, профілактичними, реабілітаційними, оздоровчими заходами рівня додаткового попиту та сервісу, що забезпечується фінансовими установами, які отримали ліцензію на добровільне медичне страхування.

Медичні послуги, що надаються за договорами про добровільне медичне страхування та за цивільно-правовими договорами, підлягають реєстрації у єдиній системі обліку інформації охорони здоров'я України.

Держава сприяє розвитку добровільного медичного страхування та інших джерел фінансове забезпечення охорони здоров'я України.

### **Стаття 40. Механізми взаємодії загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування**

Страховики та інші організації, які діють у системі добровільного медичного страхування, мають право включати до переліку медичних послуг, що надаються за їх програмами, послуги, визначені Програмою страхування.

За узгодженням з Уповноваженим органом обов'язкового медичного страхування страховики та інші організації, які діють у системі добровільного медичного страхування, мають право на комбіноване відшкодування встановленої вартості отриманих застрахованими особами медичних послуг відповідно до Програми страхування, на умовах і принципах затверджених Уповноваженим органом обов'язкового медичного страхування.

### **Стаття 41. Благодійні внески та пожертви**

З метою розвитку закладу охорони здоров'я, удосконалення його діяльності, а також надання медичної допомоги окремим громадянам або групам хворих, проведення профілактичних санітарно-епідеміологічних та інших заходів заклади охорони здоров'я мають право отримувати від фізичних та юридичних осіб благодійні внески та пожертви.

Благодійні внески та пожертви не можуть заміняти оплату за надані медичні послуги.

Забороняється використання благодійних внесків та пожертв на фінансування надання медичних послуг, що фінансуються іншим чином.

Благодійні внески та пожертви, що надаються закладам охорони здоров'я, мають використовуватися на визначені благодійником цілі.

Заклади охорони здоров'я публічного права, що утримуються за рахунок державного або місцевого бюджету методом глобального бюджету, не можуть отримувати благодійні внески та пожертви на утримання закладу та забезпечення його діяльності.

У закладах охорони здоров'я дозволяється використання всіх видів спонсорської допомоги.

#### **Стаття 42. Інші джерела.**

Медичні послуги додаткового попиту можуть надаватись закладами охорони здоров'я державної та комунальної власності за рахунок інших, не заборонених законодавством фінансових джерел.

### **Розділ VI. ПРИКІНЦЕВІ ТА ПЕРЕХІДНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1. Цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.

2. Кабінету Міністрів України:

1) протягом місяця з моменту набрання чинності цього Закону підготувати та затвердити Положення про Уповноважений орган обов'язкового медичного страхування та внести відповідні зміни у положення центрального органу виконавчої влади що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я та центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

2) протягом місяця з моменту набрання чинності цього Закону розробити та подати Верховній Раді України на затвердження зміни до Бюджетного кодексу України щодо визначення:

- видатків на Базову програму захищеними видатками бюджету;
- конкретних постійних джерел доходів Державного бюджету України, які спрямовуватимуться на фінансове забезпечення Базової програми.

2) у шестимісячний строк з дня публікації цього Закону створити та забезпечити функціонування Страховика.

3) разом із проектом Закону України про Державний бюджет України на 2021 рік подати на розгляд Верховної Ради України Програму державних гарантій та в її складі Базову програму, Програму страхування та Програму важких захворювань.

3. Страховику спільно з Уповноваженим органом протягом шести місяців з дня свого утворення:

1) розробити та затвердити нормативно-правові акти, передбачені цим законом, інші нормативно-правові акти, ухвалення яких віднесено до компетенції Уповноваженого органу, необхідні для виконання цього закону.

2) забезпечити розробку та функціонування Інформаційної системи загальнообов'язкового медичного страхування.

4. Кабінету Міністрів України, Національному банку України, Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг та Національній комісії з цінних паперів та фондового ринку протягом року з дня опублікування цього Закону:

1) підготувати і подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність із цим Законом;

2) привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;

3) забезпечити прийняття нормативно-правових актів, необхідних для реалізації цього Закону;

4) забезпечити приведення міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів у відповідність з цим Законом.

5. Державним та комунальним закладам охорони здоров'я:

1) не пізніше двох місяців з дня набуття чинності Положенням про акредитацію закладів охорони здоров'я пройти акредитацію в Уповноваженому органі;

2) не пізніше одного року з дати отримання першої страхової виплати за договором загальнообов'язкового медичного страхування привести свою матеріально-технічну базу у відповідність до вимог цього Закону, інших нормативно-правових актів, що регулюють здійснення загальнообов'язкового медичного страхування.

6. Внести зміни до таких законодавчих актів України:

1) Частину сьому статті 7 Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (Відомості Верховної Ради України, 2011 р., № 2-3, ст. 11 із наступними змінами) викласти в такій редакції:

«7. Перелік видів виплат, на які не нараховується єдиний внесок, затверджується Кабінетом Міністрів України. Не нараховується на виплати та не утримується єдиний внесок з виплат, що компенсуються з бюджету в межах середнього заробітку працівників, призваних на строкову військову службу, військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період або прийнятих на військову службу за контрактом у разі виникнення кризової ситуації, що загрожує національній безпеці, оголошення рішення про проведення мобілізації та/або введення воєнного стану. Єдиний внесок не нараховується та не утримується зі страхових платежів та страхових виплат сплачених за договорами загальнообов'язкового медичного страхування.»

2) у Законі України «Про страхування» (Відомості Верховної Ради України, 2002 р., № 7, ст. 50 із наступними змінами):

- У тексті Закону слова «обов'язкове медичне страхування» в усіх відмінках замінити словами «загальнообов'язкове медичне страхування» у відповідних відмінках.

3) Доповнити Кодекс України про адміністративні правопорушення (Відомості Верховної Ради УРСР, 1984 р., додаток до № 51, ст. 1122) новою статтею 1656 такого змісту:

«Стаття 1656. Порушення законодавства про загальнообов'язкове медичне страхування.

Порушення обов'язків щодо укладання договорів загальнообов'язкового медичного страхування особами, які зобов'язані укласти такі договори відповідно до Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні», -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу - підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від 20 до 30 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Ті самі дії, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за правопорушення, зазначене у частині першій цієї статті, -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу -

підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від 40 до 60 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Несплата або несвоєчасна сплата страхових платежів за договорами загальнообов'язкового медичного страхування, -

тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу - підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від сорока до вісімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Дії, передбачені частиною третьою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за такі ж порушення, -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу - підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від 20 до 30 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Порушення встановленого порядку використання та здійснення операцій з коштами системи загальнообов'язкового медичного страхування -

тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб від 100 до 150 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Дії, передбачені частиною п'ятою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за такі ж порушення, -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб від 100 до 150 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

4) Частину 2 статті 7 Закону України «Про захист персональних даних» (Відомості Верховної Ради України, 2010 р., № 34, ст. 481) доповнити новим пунктом 9 такого змісту:

«9) здійснюється страховиком, який має право здійснювати загальнообов'язкове медичне страхування, відповідно до закону».

5) В Основах законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19 із наступними змінами)

- частину дванадцяту статті 3 викласти в такій редакції:

«послуга з медичного обслуговування населення - послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення



можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт;»

- частину першу статті 3 після абзацу четвертого доповнити новим абзацом п'ятим такого змісту:

«медична послуга – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на надання медичної допомоги, забезпечення ліками та засобами медичного призначення, який здійснюється закладами охорони здоров'я та має вартісну оцінку;»

У зв'язку з цим абзаци п'ятий - п'ятнадцятий вважати відповідно абзацами шостим - шістнадцятим.

б) У Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31)

- Пункт перший частини першої статті 2 викласти в такій редакції:

«Базова програма державного медичного забезпечення (далі – Базова програма) – складова частина Програми державних гарантій яка, гарантує безоплатне отримання фізичними особами медичних послуг в закладах охорони здоров'я за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів.»

- частину другу статті 2 викласти в такій редакції:

«2. Інші терміни вживаються в цьому Законі у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» та інших законодавчих актах України.»

- частину першу статті 4 викласти в такій редакції:

«1. У межах Базової програми держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів пов'язаних з наданням:

а) первинної медичної допомоги;

б) екстреної медичної допомоги та пов'язаної з нею ургентної медичної допомоги;

в) невідкладної стоматологічної допомоги;

г) паліативної медичної допомоги;

д) медичної допомоги дітям до 16 років;

е) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами;

ж) профілактичних щеплень проти інфекційних хвороб, які включені до календаря щеплень, та профілактичних щеплень за епідемічними показаннями.

- У тексті Закону слова «програма медичних гарантій» в усіх відмінках замінити словами «Базова програма» у відповідних відмінках.

**Голова Верховної Ради  
України**



СЕДО ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ

Підписувач: Тимошенко Юлія Володимирівна  
Сертифікат: 20B4E4ED0D30998C04000000EA92280066BC6700  
Дійсний до: 13.09.2020 0:00:00

Апарат Верховної Ради України  
№ 162д9/1-2020/45940 від 12.05.2020



75781