Затверджено:

Рішенням Виконавчого комітету Ніжинської міської ради Чернігівської області

від «\_\_\_» червня 2023 року №\_\_\_\_

**ПОРЯДОК**

**надання безоплатного лікування військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії України на період дії військового стану на території України**

**I. Загальні положення**

Порядок надання безоплатного лікування військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії Українирозроблений на основі Конституції України, Законів України: «Основи законодавства України про охорону здоров’я», «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я та забезпечення доступної кваліфікованої невідкладної та ургентної стоматологічної допомоги.

Висока стоматологічна захворюваність призводить до ризику виникнення загальних соматичних захворювань через наявність постійного джерела інфекції. Необхідністю усунення зазначених недоліків та подальшого вдосконалення надання стоматологічної допомоги і зумовлено розроблення даного Порядку.

Послуги з безоплатного лікування, згідно вказаного Порядку, надаються військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії України за місцем проживання на території Ніжинської територіальної громади або місцем дислокації військової частини на території Ніжинської територіальної громади.

**II. Мета Порядку**

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» держава гарантує усім громадянам їх права у сфері охорони здоров’я шляхом фінансування гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів.

Військовослужбовці користуються усіма правами і свободи людини та громадянина, гарантіями цих прав і свобод, закріпленими в Конституції України та законах України, з урахуванням особливостей.

Даний Порядок спрямований на реалізацію права та доступність військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України на весь період дії військового стану на території України у галузі охорони здоров’я, а саме безоплатного лікування при невідкладних та ургентних станах при стоматологічних патологіях.

На місцевому рівні забезпечення державної політики в галузі охорони здоров’я для військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України покладається на органи місцевого самоврядування, які забезпечують розвиток медичної стоматологічної допомоги на місцях.

**III. Порядок надання послуг**

3.1.Послуги з безоплатного лікування військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України здійснюються за рахунок і в межах коштів, передбачених у бюджеті Ніжинської міської територіальної громади на відповідний рік, в межах асигнувань, передбачених на соціальний захист та соціальне забезпечення.

3.2.Безоплатне лікування військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії України проводиться в КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» на підставі документів, що підтверджують право на отримання пільг.

3.3.Перелік документів, необхідних для надання безоплатної стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії України:

- заява;

- копія паспорта (пільги надаються за місцем проживання/реєстрації або дислокації військової частини на території Ніжинської територіальної громади);

- копію ідентифікаційного коду (за наявності);

- копію документу, що надає право на пільгу;

- направлення з медичної (військової) частини (в т.ч. сканкопія).

3.4.Військовослужбовець Збройних Сил України та Національної гвардії України заповнює заяву, надає КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» копії необхідних документів та їх оригінали, після чого відповідальна особа КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» вносить необхідні дані в журнал реєстрації за медичними показаннями лікаря-стоматолога, який провів огляд пацієнта.

Безоплатне лікування військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України проводиться виключно при ургентних та невідкладних станах до повного завершення циклу лікування даного випадку із застосуванням всіх можливих методів та засобів, наявних в КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» на основі діючих протоколів лікування.

3.5. Заява реєструється в журналі реєстрації, який ведеться за формою згідно з Додатком №2 (далі-журнал реєстрації).

3.6. Дата подання заяви разом з документами, зазначеними в пункті 3.3. Порядку, є датою звернення.3.7. Виконані роботи по безоплатному лікуванню оформляються Актом виконаних робіт на відшкодування витрат (згідно Додатку №3). Акт виконаних робіт підписується директором КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» і надається до Виконавчого комітету Ніжинської міської ради.

3.8. Інформація про надання послуг безоплатної стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії України, які проживають/зареєстровані або мають місце дислокації на території Ніжинської міської територіальної громади відображається і зберігається в медичній картці пацієнта у КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка».

3.9. Пільга з безоплатної стоматологічної допомоги військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України не поширюється на членів сім’ї пільговика.

3.10. Цим Порядком запроваджується механізм реалізації права пацієнтів вільно вибирати лікаря-стоматолога серед працівників КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» для надання медичної стоматологічної допомоги за кошти місцевого бюджету.

**IV. Порядок фінансування та відшкодування витрат за послуги з безоплатного лікування** **військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України**

4.1. Відшкодування витрат з бюджету безоплатного лікування військовослужбовців Збройних Сил України та Національної гвардії України здійснюється на підставі Акту виконаних робіт та розрахунку.

4.2.Фінансування витрат здійснюється за рахунок загального фонду міського бюджету, в межах затверджених планових призначень.

4.3.Головний розпорядник – Виконавчий комітет Ніжинської міської ради, перераховує кошти на реєстраційний рахунок одержувача бюджетних коштів КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» відкритий в АТ КБ «Приват Банк».

4.4.Акти виконаних робіт зберігаються в КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» протягом трьох років відповідно до чинного законодавства.

**V. Контроль за використанням коштів.**

5.1.Контроль за цільовим та ефективним використанням бюджетних коштів здійснює головний розпорядник бюджетних коштів – Виконавчий комітет Ніжинської територіальної громади в установленому законодавством порядку. Відповідальність за недостовірність даних в актах виконаних робіт та достовірність оформлення документів, що подається головному розпоряднику несе КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка».

Додаток №1

до Порядку надання безоплатного лікування

військовослужбовців Збройних Сил України

та Національної гвардії України

на період дії військового стану на території України

Директору

КНП «Ніжинська міська

стоматологічна поліклініка»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ)

Зареєстрованого за адресою

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дані паспорта, коли, ким виданий)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заява**

Прошу надати послугу з безоплатного лікування.

Маю статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серія, номер і дата видачі пільгового посвідчення)

Додаю:

- копія паспорта;

- копія ідентифікаційного коду (за наявності);

- копія документа, що надає право на пільгу;

- направлення з медичної частини.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата підпис

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реєстраційний номер заяви дата прийому заяви підпис відповідального працівника

Додаток №2

до Порядку надання безоплатного лікування

військовослужбовців Збройних Сил України

та Національної гвардії України

на період дії військового стану на території України

**Журнал реєстрації заяв на безоплатну стоматологічну допомогу військовослужбовцям Збройних Сил України та Національної гвардії України на період дії військового стану на території України**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата звернення | П.І.Б. | Зареєстрований за місцем проживання | Категорія | Номер та дата направлення з медичної частини | Відмітка про забезпечення безоплатної стоматологічної допомоги | Дата і причина зняття |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Додаток №3

до Порядку надання безоплатного лікування

військовослужбовців Збройних Сил України

та Національної гвардії України

на період дії військового стану на території України

**АКТ №**

**ПРИЙОМУ-ПЕРЕДАЧІ ВИКОНАНИХ РОБІТ**

м. Ніжин від «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Ми, що нижче підписалися, представник Виконавця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з однієї сторони і представник «Замовника» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

з іншої сторони, склали дійсний Акт в тому, що роботи (послуги), передбачені в рахунку №\_\_\_\_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року виконані в повному обсязі і встановлені строки.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Назва робіт (послуг) | Кількість | Ціна | Сума |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Сума з ПДВ | | |  |  |
| В т.ч. ПДВ | | |  |  |
| Сума прописом: | | | | |

**ЗАМОВНИК**

Виконавчий комітет Ніжинської міської ради Чернігівської області

Код ЄДРПОУ 04061783

P/p UA

Адреса: 16600, Чернігівська обл.., м. Ніжин, пл. Івана Франка,1

Тел..:(04631)71696

Керівник:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

**ВИКОНАВЕЦЬ**

КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» Ніжинської міської ради Чернігівської області

Код ЄДРПОУ 05480631

P/p UA

Адреса:16600, Чернігівська обл., м. Ніжин.

Вул. Батюка,7

Тел..:(04631)73010

Директор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

**РАХУНОК №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_року**

Виконавець: КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка»

Код ЄДРПОУ 05480631

P/p UA Замовник: Виконавчий комітет Ніжинської міської ради

Код ЄДРПОУ 04061783

P/p UA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Найменування | Один. вим. | Кількість | Ціна | Сума |
|  |  |  |  |  |  |
| Сума з ПДВ | | | | |  |
| В т.ч. ПДВ | | | | |  |
| Сума прописом: | | | | |  |

Директор Головний бухгалтер

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додаток №4

до Порядку надання безоплатного лікування

військовослужбовців Збройних Сил України

та Національної гвардії України

на період дії військового стану на території України

**НАПРАВЛЕННЯ**

**на безоплатне лікування**

**до КНП «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка»**

Дата видачі «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (назва, № медичної (військової) частини, яка направляє)

**1. П.І.Б. пацієнт**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.Дата народження**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.Сать**: Ж Ч

4**.Місце проживання/ реєстрації пацієнта на території Ніжинської ТГ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_або підтверджуємо, що на момент звернення пацієнт дійсно перебуває (дислокується) на території Ніжинської міської ТГ (***необхідне підкреслити***)

**5.Статус, до якого відноситься пацієнт** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(військовослужбовець Збройних Сил України, військовослужбовець Національної гвардії України)

**6.Діагноз при направлені**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Мета направлення**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начальник медичної частини/   
начальник військової частини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (підпис, МП) П.І.Б.

***\*цим направленням підтверджується, що військовослужбовець дійсно потребує невідкладної стоматологічної допомоги***