



## ЗОЛОТОНІСЬКА МІСЬКА РАДА

### ***Р І Ш Е Н Н Я***

від 17.01.2025 № 59-6/VIII  
м. Золотоноша

Про затвердження Програми поліпшення медичного забезпечення ветеранів на 2025 -2027 роки у новій редакції

З метою поліпшення медичного забезпечення ветеранів війни, враховуючи лист управління праці та соціального захисту населення (08.01.2025 № 75), керуючись п. 22 ч. 1 ст. 26 Закону України „Про місцеве самоврядування України”, -

міська рада вирішила:

1. Затвердити Програму поліпшення медичного забезпечення ветеранів війни на 2025-2027 роки у новій редакції, що додається.
2. Фінансовому управлінню (Коваленко О.В.) передбачити фінансування заходів цієї Програми в межах наявних фінансових ресурсів та пріоритетів, визначених бюджетним законодавством і міською радою.
3. Вважати таким, що втратило чинність рішення міської ради від 19.05.2023 №30-7/VIII „Про затвердження Програми поліпшення медичного забезпечення на 2023-2027 роки”.
4. Координацію роботи з виконання рішення доручити заступнику міського голови Флоренку О.А., контроль за виконанням рішення покласти на постійну комісію міської ради з гуманітарних питань (Денисюк Л.І.).

Секретар ради

Наталія СЬОМАК

## **Програма поліпшення медичного забезпечення ветеранів війни на 2025-2027 роки**

### **Загальні положення**

Програма поліпшення медичного забезпечення ветеранів війни на 2025-2027 роки, (далі Програма), спрямована на виконання завдань щодо зміцнення стану здоров'я учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України.

### **Мета Програми**

Метою Програми є розроблення заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України, забезпечення доступної медичної допомоги та поліпшення їх медичного забезпечення.

### **Основні завдання Програми**

Основними завданнями Програми є:

- задоволення потреб учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України у медичній допомозі;
- забезпечення їх засобами лікування;

### **Учасники програми**

Учасниками програми є:

- учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни, члени сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, члени сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України;
- управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради;
- КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня”;
- Аптечна установа.

### **Реалізація Програми**

- Учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни, члени сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, члени сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України (далі Особи) за необхідності лікування в КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня” особисто звертаються до управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради для отримання путівки на лікування та подають наступні документи:

- заява;
- копія паспорта;
- копія ідентифікаційного номера;
- копія пільгового посвідчення;
- медичний висновок про необхідність лікування (форма 070);
- направлення на лікування (із зазначенням відділення);

На підставі поданих документів управління праці та соціального захисту населення видає путівки для стаціонарного лікування в палатах з підвищеною комфортністю для ветеранів війни в КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня”.

Путівка надається особам з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членам сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України один раз упродовж календарного року.

Термін путівки визначається за медичним висновком, але не може перевищувати 12 календарних днів.

Вартість путівки не може перевищувати 3000 грн. з розрахунку на одну особу. У вартість путівки включаються витрати на забезпечення лікарськими препаратами.

Після отримання путівки особа, що потребує стаціонарного лікування, звертається до лікуючого лікаря з історією хвороби, отримує призначення та безоплатно отримує ліки в аптечній установі в межах визначеної суми.

Разом з путівкою особі з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України видається чотиристоронній Договір «Про надання послуг з лікування» для подальшого підписання його сторонами.

### **Фінансування Програми**

Джерелами фінансування даної програми є кошти бюджету Золотоніської міської територіальної громади передбачені в рамках комплексної Програми щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної реабілітації ветеранів війни, осіб, які здійснювали заходи з оборони та захисту територіальної цілісності, незалежності та суверенітету України, починаючи з 2014 року, та членів їх сімей на 2025-2027 роки.

### **Права та обов'язки учасників Програми**

Управління праці та соціального захисту населення виконавчого

комітету Золотоніської міської ради є стороною договору „ Про надання послуг з лікування на 2025-2027 роки”, за зверненням особи з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) захисників і захисниць України з відповідними документами, видає путівку затвердженої форми для лікування за програмою. Згідно розрахунків та актів виконаних робіт відшкодовує аптечній установі кошти за надані для лікування осіб лікарські препарати.

Учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни, члени сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та члени сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України є стороною договору „Про надання послуг з лікування”, мають право на отримання в аптечній установі лікарських засобів, необхідних для стаціонарного лікування, зобов'язані самостійно доставити їх в КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня” та зобов'язані дотримуватись правил поведінки в лікувальних установах та аптечних закладах.

Аптечна установа є стороною договору „ Про надання послуг з лікування на 2025-2027 роки” та має право на відпуск лікарських засобів за призначеннями лікуючих лікарів особам з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України, що потребують стаціонарного лікування, за пред'явлення ними путівки на лікування у КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня”. Аптечна установа здійснює облік наданих особам лікарських засобів. З метою відшкодування коштів за надані лікарські засоби аптечна установа, після завершення особою лікування, термін якого не перевищує 12 календарних днів, надає управлінню праці та соціального захисту населення розрахунки та Акти виконаних робіт та підписаний сторонами договір.

КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня” є стороною договору „ Про надання послуг з лікування на 2025-2027”, забезпечує якісне лікування осіб з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України, за пред'явлення ними путівки на лікування у КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня”.

Секретар ради

Наталія СЬОМАК

Видається хворому після закінчення лікування для пред'явлення до аптечної установи для долучення до акту виконаних робіт та обов'язкового проведення установі яка видала путівку

**ЗВОРОТНИЙ ТАЛОН ДО ПУТІВКИ**

№ \_\_\_\_\_

*Про лікування ветеранів війни в КНП  
"Золотоніська багатопрофільна лікарня"*

НА ТЕРМІН

з \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

по \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_  
(П.І.Б.)

Перебував на лікуванні

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Вартість лікування \_\_\_\_\_ грн. \_\_\_\_\_ коп.

Підпис

Головного лікаря

М.П.

Управління праці та соціального захисту населення Золотоніського міськвиконкому

**ПУТІВКА**

№ \_\_\_\_\_

*Для лікування ветеранів війни в КНП  
"Золотоніська багатопрофільна лікарня"*

для хворих на \_\_\_\_\_

Відділення \_\_\_\_\_

з \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

по \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Відповідно до рішення міської ради від \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ „Про затвердження Програми поліпшення медичного забезпечення на 2025-2027 роки”, термін путівки визначається за медичним висновком, але не може перевищувати 12 календарних днів. Вартість путівки не може перевищувати 3000 грн. Кошти передбачені програмою використовуються на медикаменти необхідні для лікувальних заходів. Харчування безкоштовне, за рахунок КНП "Золотоніська багатопрофільна лікарня" В т.ч. послуги з охорони здоров'я, які звільнені від оподаткування.

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Статус \_\_\_\_\_

№ посвідчення \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

УПРАВЛІННЯ ПРАЦІ ТА СОЦІАЛЬНОГО  
ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВИКОНАВЧОГО  
КОМІТЕТУ ЗОЛОТОНІСЬКОЇ МІСЬКОЇ  
РАДИ

Путівка видана

<<.....>>.....20 \_\_\_\_ року

Підпис особи яка видала путівку

\_\_\_\_\_

М.П.

Секретар ради

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Статус \_\_\_\_\_

№ посвідчення \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

УПРАВЛІННЯ ПРАЦІ ТА СОЦІАЛЬНОГО  
ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВИКОНАВЧОГО  
КОМІТЕТУ ЗОЛОТОНІСЬКОЇ МІСЬКОЇ  
РАДИ

Путівка видана

<<.....>>.....20 \_\_\_\_ року

Підпис особи яка видала путівку

\_\_\_\_\_

М.П.

Наталія СЬОМАК

**ДОГОВІР №**  
**про надання послуг з лікування**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 року

**м. Золотоноша**

Управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради (надалі - Замовник), в особі начальника управління \_\_\_\_\_, що діє на підставі Положення про Управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради, затвердженого рішенням Золотоніської міської ради, Комунальне некомерційне підприємство «Золотоніська багатoproфільна лікарня» Золотоніської міської ради, (далі - Надавач послуг) в особі директора \_\_\_\_\_, що діє на підставі статуту комунального некомерційного підприємства «Золотоніська багатoproфільна лікарня» Золотоніської міської ради, аптечна установа в особі директора \_\_\_\_\_, що діє на підставі Статуту, ліцензії на реалізацію лікарських засобів, (далі - Виконавець) та \_\_\_\_\_, особа з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України (далі – Отримувач послуг), уклали цей договір про наступне:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ**

1.1. З метою забезпечення виконання міської програми «Поліпшення медичного забезпечення на 2025-2027 роки», а саме: поліпшення медичного забезпечення ветеранів війни, «Замовник», «Надавач послуг», «Виконавець» та «Отримувач послуг» уклали цей Договір.

**2. ОBOB'ЯЗКИ УЧАСНИКІВ ДОГОВОРУ**

**2.1. Обов'язки Замовника:**

- 2.1.1. Надавати путівки ветеранам війни, які потребують термінового лікування. Термін лікування не може перевищувати 12 (дванадцять) календарних днів.
- 2.1.2. Своєчасно перерахувати аптечній установі кошти за надані лікарські препарати.

**2.2. Обов'язки Надавача послуг:**

- 2.2.1. Визначити потреби ветеранів війни у медичній допомозі та надавати до міського управління праці та соціального захисту населення іменні довідки ф.№0 70 для отримання путівок.
- 2.2.2. Проводити огляд ветеранів війни, що потребують лікування у відділеннях КНП «Золотоніської багатoproфільної лікарні».

2.2.3. Забезпечити лікувально-діагностичний процес оздоровлення ветеранів війни.

### **2.3.Обов'язки Виконавця:**

2.3.1 Забезпечити відпуск лікарських препаратів за призначеннями лікуючих лікарів особам з числа учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, учасників війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України, що потребують стаціонарного лікування, за пред'явлення ними путівки на лікування у КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня”.

2.3.2 Здійснювати облік наданих особам лікарських препаратів.

2.3.3. Після завершення особою лікування та пред'явлення Виконавцю зворотного талону, Виконавець протягом трьох днів складає та передає управлінню праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради зворотний талон до путівки, Реєстр відпущених лікарських засобів за рецептами лікарів та акт виконаних робіт. Зазначені талон, Реєстр відпущених лікарських засобів та акт виконаних робіт підтверджують факт надання особі Виконавцем лікарських препаратів та факт надання особі Надавачем лікувальних послуг і є підставою для оплати Замовником Виконавцю послуг. Акт виконаних робіт підписується всіма сторонами, що уклали Договір.

### **2.4. Обов'язки Отримувача послуг:**

2.4.1. Отримати в управлінні праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради путівку для проходження стаціонарного лікування.

2.4.2. Отримати в аптечній установі лікарські засоби необхідні для стаціонарного лікування, самостійно доставити їх в КНП „Золотоніська багатопрофільна лікарня”

2.4.3. Отримати реабілітаційно-лікувальні послуги згідно призначення у терміни визначені цим Договором.

2.4.4. По закінченню лікування пред'явити аптечній установі зворотній талон до путівки

2.4.5. Дотримуватися правил внутрішнього розпорядку та правил поведінки в лікувальних установах та аптечних закладах.

## **3. ПРАВА УЧАСНИКІВ ДОГОВОРУ**

### **3.1. Замовник послуг має право:**

3.1.1. Достроково розірвати Договір у разі невиконання зобов'язань однією зі сторін договору, повідомивши сторони про це не пізніше ніж за 10 робочих днів до дати розірвання;

3.1.2 Повернути Виконавцю послуг рахунок без оплати в разі неналежного оформлення документів для оплати наданих послуг для усунення недоліків.

### **3.2. Надавач послуг має право:**



3.2.1. Достроково розірвати Договір у разі невиконання зобов'язань однією зі сторін договору, повідомивши сторони про це не пізніше ніж за 10 робочих днів до дати розірвання;

### **3.3 Виконавець послуг має право:**

3.3.1. Достроково розірвати Договір у разі невиконання зобов'язань однією зі сторін договору, повідомивши сторони про це не пізніше ніж за 10 робочих днів до дати розірвання;

### **3.4. Отримувач послуг має право:**

3.4.1. Отримати послуги належної якості відповідно до умов цього Договору.

3.4.2. Достроково розірвати Договір у разі невиконання зобов'язань однією зі сторін договору, повідомивши сторони про це не пізніше ніж за 10 робочих днів до дати розірвання;

## **4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН:**

4.1. За невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим договором сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством.

## **5. ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ ТА ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ РОЗРАХУНКІВ:**

5.1. Гранична вартість реабілітаційно-лікувальних послуг на 1 особу становить 3000 грн.

5.2. Розрахунки за надані послуги проводяться шляхом безготівкового перерахування коштів на банківський рахунок виконавця послуг протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання акту наданих послуг за умови підписання Акту виконаних робіт усіма Сторонами за наявності відповідних коштів, на рахунок Замовника.

## **6. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ:**

6.1. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, які не існували при укладанні Договору та виникли поза волею сторін (аварія, катастрофа, стихійне лихо, епідемія, війна, інша небезпечна подія).

6.2. Сторона, що не може виконувати зобов'язання за Договором унаслідок дії обставин непереборної сили, повинна не пізніше ніж протягом 10 днів з моменту їх виникнення повідомити про це інші сторони у письмовій формі.

6.3. Доказом виникнення обставин непереборної сили (із зазначенням строку їх дії) є довідка, яка видається органом, що може підтвердити факт виникнення зазначених обставин.

6.4. Якщо обставини непереборної сили продовжуються більше ніж 10 днів, кожна зі сторін в установленому порядку має право розірвати Договір, або продовжити строк його дії. У такому разі сторона не має права вимагати від іншої сторони відшкодування збитків.

## **7. ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ:**

7.1. Зміни, у тому числі доповнення, що вносяться до цього Договору, викладаються в письмовій формі та оформляються додатковими угодами,

завіреними сторонами Договору.

## 8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ:

8.1. Договір укладено і підписано у чотирьох примірниках, що мають однакову юридичну силу. Один примірник зберігається у Замовника послуг, другий - у Надавача послуг, третій у Виконавця, а четвертий у Отримувача послуг.

8.2. Договір набирає чинності з дня його підписання сторонами і діє до 31.12.202\_ року, а в частині виконання зобов'язань до повного та належного їх виконання за цим договором.

## 9. РЕКВІЗИТИ СТОРІН:

9.1. Про зміну своїх реквізитів сторони повідомляють одна одну в письмовій формі протягом десяти днів.

## 10. ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ СТОРІН:

### Замовник

Управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Золотоніської міської ради  
19702 Черкаська область,  
вул. Шевченка, 70, м. Золотоноша  
МФО 820172,  
ЄДРПОУ 25213412  
Державна казначейська служба  
України  
UA448201720344210052000048481  
Начальник управління  
М.П.

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ініціали)

### Отримувач послуг

ПІП \_\_\_\_\_  
Зареєстроване місце проживання  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Серія та номер паспорта \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Виданий \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Серія та номер посвідчення пільговика  
\_\_\_\_\_  
Ідент. номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ініціали)

### Надавач послуг

КНП «Золотоніська багатопрофільна лікарня» 19702, Черкаська область  
м. Золотоноша  
вул. Лікарняна, 2  
МФО 354377  
ЄДРПОУ 02005303  
р/рUA513052990000026003001604922  
в АТ КБ «Приватбанк»

Директор  
М.П.

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ініціали)

### Виконавець

АПТЕЧНА УСТАНОВА

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

Директор  
М.П.

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ініціали)

Секретар ради

Наталія СЬОМАК