



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### Н А К А З

xx.04. 2017

м. Київ

№ XX

#### **Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу**

Відповідно до ст. 35-1 Основ законодавства про охорону здоров'я України, абзацу xx частини xx статті xx Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», порядку надання ПМД, планів дій КМУ та з метою запровадження механізму вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу

#### **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити:

Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу з додатками, що додається.

Декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (додаток № 1)

Інструкцію про заповнення декларації (додаток № 2).

2. Начальникам управлінь охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

3. Департаменту лікувально-профілактичної допомоги (xx), Департаменту нормативно-правового забезпечення (xx) забезпечити подання наказу в установленому порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України .

4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра xx.

**В.о. Міністра**

**У.Супрун**

З А Т В Е Р Д Ж Е Н О  
Наказ Міністерства охорони здоров'я  
України  
хх.04.2017 № хх

**ПОРЯДОК ВИБОРУ ЛІКАРЯ,  
ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

1. Цей Порядок (далі – Порядок) визначає механізм здійснення права пацієнта на вільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, (далі – ПМД) в межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення.
2. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, в інших випадках регулюється відповідно до діючого законодавства України.
3. Дія цього Порядку поширюється на всіх фізичних осіб-підприємців та заклади охорони здоров'я, які є надавачами медичних послуг, що надають ПМД, та уклали з головним розпорядником бюджетних коштів договір на медичне обслуговування населення (далі – надавачі послуг ПМД), а також на пацієнтів, які обирають такого надавача чи лікаря, який працює у такого надавача, як лікаря, який надає ПМД.
4. Пацієнт, який досяг чотирнадцяти років, має право самостійно обрати лікаря, який надає ПМД.
5. Вибір лікаря для особи, яка не досягла чотирнадцяти років, є недієздатною або обмежено дієздатною, здійснюється відповідно її законними представниками (батьками або усиновлювачами), опікуном, піклувальником.
6. Пацієнт має право змінити лікаря, який надає ПМД шляхом обрання іншого лікаря, який надає ПМД, відповідно до цього Порядку. Кількість змін пацієнтом лікаря, який надає ПМД, протягом року не обмежена.
7. Надавачі послуг ПМД зобов'язані надавати пацієнтам доступ до інформації про лікарів, які надають ПМД, яких можуть обирати пацієнти. Такий доступ надається шляхом розміщення інформації про лікарів, які надають ПМД, у місці здійснення господарської діяльності надавача послуг ПМД та на його веб-сайті (за наявності). Інформація про лікарів, які надають ПМД, повинна включати: прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря, його спеціальність, стаж роботи або строк здійснення господарської діяльності з медичної практики з надання ПМД, адресу місця надання лікарем ПМД. Надавач послуг ПМД можуть розміщувати також додаткову інформацію про лікарів, які надають ПМД, яких можуть обрати пацієнти, з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних.
8. Надавач послуг ПМД зобов'язаний надавати пацієнтам доступ до інформації щодо себе, якщо надавач є фізичною особою-підприємцем та безпосередньо надає ПМД, та щодо лікарів, які надають ПМД, які є працівниками надавача послуг ПМД.

9. Обрання лікаря, який надає ПМД, здійснюється шляхом укладання пацієнтом та лікарем, який надає первинну медичну допомогу декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – декларація) за формою, що наведена у додатку 1 до цього Порядку.
10. Декларація засвідчує обрання пацієнтом лікаря, який надає ПМД, а також намір пацієнта як третьої особи скористатися своїми правами за договором про медичне обслуговування населення, укладеним між головним розпорядником бюджетних коштів та обраним пацієнтом лікарем, який надає ПМД, або його роботодавцем - надавачем послуг ПМД.
11. Лікар, який надає ПМД, якого бажає обрати пацієнт, має право відмовитися від укладання декларації лише у випадку, якщо цього лікаря уже обрали не менш як 2000 (дві тисячі) пацієнтів як лікаря, який надає ПМД.
12. Для заповнення полів декларації пацієнт надає обраному лікарю, який надає ПМД, документи, що посвідчують особу (паспорт у формі книжечки або у формі картки, посвідка на тимчасове проживання, для осіб, які не досягли 14 років – свідоцтво про народження) та інформацію, що зазначена в Інструкції щодо заповнення декларації про вибір лікаря, який надає ПМД (додаток 2).
13. Лікар, який надає ПМД, або інша особа, уповноважена надавачем послуг ПМД, вносить інформацію до полів декларації шляхом заповнення електронної форми декларації в електронній системі охорони здоров'я або заповнення паперової форми декларації з подальшою реєстрацією такої декларації в електронній системі охорони здоров'я відповідно до цього Порядку.
14. Після заповнення полів електронної форми декларації щодо даних пацієнта в електронній системі охорони здоров'я на номер мобільного телефону пацієнта, наданий ним при заповненні декларації, автоматично надсилається коротке текстове повідомлення, що містить унікальний код пацієнта для реєстрації декларації в електронній системі охорони здоров'я. Пацієнт після отримання такого коду зобов'язаний невідкладно повідомити його обраному лікарю, який надає ПМД, або іншій особі, уповноваженій надавачем послуг ПМД здійснювати реєстрацію декларацій в системі. Повідомлений пацієнтом унікальний код вноситься до електронної системи охорони здоров'я для реєстрації декларації в системі.
15. Якщо пацієнт не має мобільного телефону, то з метою реєстрації декларації в системі здійснюється завантаження до електронної системи охорони здоров'я сканованих або фото копій паспорту у формі книжки або у формі картки та реєстраційного номеру облікової картки платника податків. Пацієнт зобов'язаний надати лікарю, який надає ПМД, зазначені документи для реєстрації декларації в електронній системі охорони здоров'я.
16. Реєстрація декларації в електронній системі охорони здоров'я завершується її підписанням електронним цифровим підписом (далі – ЕЦП) лікаря, який надає ПМД.
17. Заповнена форма декларації роздруковується у двох примірниках та підписується лікарем, який надає ПМД, та пацієнтом.
18. Один примірник підписаної декларації надається пацієнтові, а інший – залишається у надавача послуг ПМД. Надавач послуг ПМД має зберігати

- декларації протягом 5 років з дати набрання чинності.
19. Декларація набирає чинності з моменту її підписання пацієнтом та обраним ним лікарем, який надає ПМД.
  20. Пацієнт підтверджує достовірність наданих даних своїм підписом на декларації.
  21. Пацієнт надає згоду на обробку і використання його персональних даних лікарем, який надає ПМД або його роботодавцем-надавачем послуг ПМД, шляхом підписання декларації.
  22. З моменту набрання чинності декларацією пацієнт набуває право на отримання ПМД відповідно до умов договору про медичне обслуговування населення, укладеним між головним розпорядником бюджетних коштів та обраним пацієнтом лікарем, який надає ПМД або його роботодавцем-надавачем послуг ПМД.
  23. Для зміни лікаря, який надає ПМД, пацієнт укладає нову декларацію. З моменту набрання чинності новою декларацією попередня декларація цього пацієнта втрачає чинність.
  24. У разі зміни інформації про пацієнта, яка вносилася до декларації, пацієнт зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів від дати настання таких зміни, повідомити про це обраного лікаря, який надає ПМД. У разі неповідомлення пацієнтом обраного лікаря, який надає ПМД, про зміну інформації про пацієнта, внесеної до декларації, протягом вказаного строку, пацієнт самостійно несе ризик настання негативних наслідків у зв'язку з таким неповідомленням.

**В.о. начальника Управління  
координації центрів реформ**

**Л.Г.Карпінська**

**Додаток № 1**  
**до Порядку обрання лікаря з**  
**надання ПМД**

**ДЕКЛАРАЦІЯ № \_\_\_\_\_**  
**ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ, ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

**1-А. Дані пацієнта**

1. Прізвище\*
2. Ім'я\*
3. По батькові\*
4. Контактний номер телефону\*; позначка “відсутній мобільний телефон”
5. Стать\*
6. Дата народження\*
7. Місце народження\*
8. Документ, що посвідчує особу (паспорт / картка / свідоцтво / посвідка)\*
9. Серія та (або) номер документу, що посвідчує особу\*
10. Номер облікової картки платника податків\*
11. Адреса електронної пошти (за наявності)
12. Адреса місця реєстрації:
  - 12.1 Індекс\*
  - 12.2 Тип та назва вулиці\*
  - 12.3 Будинок\*
  - 12.4 Квартира\*
  - 12.5 Тип та назва населеного пункту\*
  - 12.6 Район області\*
  - 12.7 Область\*
13. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (перебування), якщо не збігається із місцем реєстрації:
  - 13.1 Індекс\*
  - 13.2 Тип та назва вулиці
  - 13.3 Будинок
  - 13.4 Квартира
  - 13.5 Тип та назва населеного пункту
  - 13.6 Район області
  - 13.7 Область
14. Контактні дані особи на випадок екстреної ситуації з пацієнтом:
  - 14.1 Ім'я та прізвище
  - 14.2 Контактний номер телефону
15. Слово-пароль для ідентифікації по телефону\*
16. Дата заповнення декларації\*

## **1-Б. Дані законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта**

1. Прізвище
2. Ім'я
3. По батькові
4. Контактний номер телефону
5. Стать
6. Дата народження
7. Місце народження
8. Документ, що посвідчує особу [паспорт / картка / посвідка]
9. Серія та (або) номер документу, що посвідчує особу
10. Номер облікової картки платника податків
11. Документ, що підтверджує факт представництва (свідоцтво про народження / посвідчення / рішення суду)
12. Серія та (або) номер документу, що підтверджує факт представництва (для рішення суду — дата та номер справи)

## **1-В. Дані (іншого) законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта**

0. Прізвище
0. Ім'я
0. По батькові
0. Контактний номер телефону
0. Стать
0. Дата народження
0. Місце народження
0. Документ, що посвідчує особу [паспорт / картка / посвідка]
0. Серія та (або) номер документу, що посвідчує особу
0. Номер облікової картки платника податків
0. Документ, що підтверджує факт представництва (свідоцтво про народження / посвідчення / рішення суду)
0. Серія та (або) номер документу, що підтверджує факт представництва (для рішення суду — дата та номер справи)

## **Обраний метод підтвердження наміру створити декларацію\*:**

1. Миттєвий: СМС-повідомлення на вказаний мобільний телефон пацієнта (для дитини до 14 років на номер законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта з розділу 1-Б)
2. Віддалений: Скан/фотокопії документів

Своїм

підписом

я,

(ПІБ),

підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я лікарем, який надає ПМД, або його роботодавцем-надавачем послуг ПМД, а саме: на вчинення будь-яких дій, пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

## **2. Дані лікаря**

Прізвище\*

Ім'я\*

По батькові\*

Адреса місця надання послуг\*

Запис на прийом\*:

Телефон\*

Адреса електронної пошти\*

## **3. Дані надавача послуг ПМД**

Назва\*

Адреса місця реєстрації\*

Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*

Серія, номер та дата видачі ліцензії\*

Номер телефону адміністратора\*

Адреса електронної пошти\*

**Додаток № 2**  
**до Порядку обрання лікаря з**  
**надання ПМД**

**ІНСТРУКЦІЯ**

**щодо заповнення декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу**

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі, відповідно – декларація, ПМД).
2. Декларація заповнюється українською мовою, за винятком пунктів, що потребують використання латинської абетки.
3. Декларація заповнюється у двох примірниках: для пацієнта та надавача послуг ПМД.
4. Усі пункти декларації, що позначені символом «\*», – обов'язкові для заповнення.
5. В пунктах розділу 1-А зазначається наступна інформація:

- Пункти 1-3: Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта згідно з даними чинного документу, що посвідчує особу. Для особи, що не досягла 14 років – згідно з даними свідоцтва про народження.
- Пункт 4: Контактний номер телефону — рекомендовано зазначити номер мобільного телефону. За відсутності мобільного телефону — поставити відповідну позначку
- Пункт 5: Стать, відмітити: Ч — для чоловічої, Ж — для жіночої;
- Пункт 6: Дата народження – зазначається у послідовності: день (дві цифри), місяць (дві цифри), рік народження (чотири цифри).
- Пункт 7: Місце народження — зазначається назва країни та назва населеного пункту народження пацієнта згідно з даними документу, що посвідчує особу;
- Пункт 8: Обрати (підкреслити) тип документу, дані якого використані для заповнення пунктів 1-3, 5-7:
- паспорт — паспорт у формі книжечки,
  - картка — паспорт у формі картки,
  - посвідка — посвідка на тимчасове проживання,
  - свідоцтво — свідоцтво про народження.
- Пункт 9: Зазначити серію та (або) номер документу, тип якого обрано в п. 8.
- Пункт 10: Реєстраційний номер облікової картки платника податків. Цей пункт не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта.
- Пункт 11: Адреса електронної пошти пацієнта, за наявності.
- Пункт 12: Адреса зареєстрованого місця проживання пацієнта, згідно з даними чинного документу, що посвідчує особу, а для особи, що не досягла 14 років – згідно інформації отриманої від законного представника, опікуна чи піклувальника:
- 12.1 П'ятизначний поштовий індекс;
  - 12.2 Тип (вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз тощо) та назва вулиці;
  - 12.3 номер будинку;
  - 12.4 номер квартири (за наявності);
  - 12.5 тип (скорочено: м. – місто, смт – селище міського типу, с. – село) та назва населеного пункту;
  - 12.6 назва району області, в якому розташовано населений пункт (не зазначається для міст обласного значення);
  - 12.7 назва області, в якій розташовано населений пункт .
- Пункт 13: Адреса для надання допомоги за фактичним місцем проживання (перебування), якщо воно не збігається із зареєстрованим місцем проживання пацієнта, який

вказаний у пункті 12. Підпункти 13.1 – 13.7 заповнюються за аналогією до підпунктів 12.1 – 12.7.

- Пункт 14 Дані особи, якій необхідно телефонувати у випадку екстреної ситуації з пацієнтом:
- 14.1 ім'я та прізвище особи, якій необхідно телефонувати у випадку екстреної ситуації з пацієнтом;
  - 14.2 контактний номер телефону особи за яким необхідно телефонувати у випадку екстреної ситуації з пацієнтом.
- Пункт 15 Слово-пароль для ідентифікації пацієнта по телефону (наприклад, дівоче прізвище матері); слово-пароль може містити тільки літери української абетки та цифри, всього не менше шести знаків.
- Пункт 16 Дата заповнення даних про пацієнта зазначається числами у послідовності: день (дві цифри), місяць (дві цифри), рік (чотири цифри).

6. В пунктах розділу 1-Б зазначається наступна інформація щодо даних законного представника, опікуна та піклувальника. *Розділ підлягає заповненню у разі наявності у пацієнта законного представника, опікуна чи піклувальника.*

Пункти 17-26 Заповнюються за аналогією до пунктів 1-10.

Пункт 27 Обрати (підкреслити) вид чинного документу, що підтверджує факт представництва пацієнта:

- свідоцтво про народження,
- посвідчення ,
- рішення суду;

Пункт 28 Зазначити серію та (або) номер документу, що підтверджує факт представництва пацієнта, тип якого обрано в п. 27. Для рішення суду — дата та номер справи

7. В пунктах розділу 1-В зазначається наступна інформація щодо даних іншого законного представника, опікуна та піклувальника. *В цей розділ декларації дані вносяться лише за умови наявності у пацієнта іншого законного представника, опікуна чи піклувальника, що підтверджується відповідними документами, та за бажанням такої особи.*

Пункти 29-40 Заповнюються за аналогією до пунктів 17-28

8. У розділі «Обраний метод реєстрації декларації» необхідно поставити будь-яку відмітку навпроти одного із запропонованих методів реєстрації декларації в електронній системі охорони здоров'я. Особливості кожного із методів зазначені в Порядку вибору лікаря, який надає ПМД.
9. Для підтвердження згоди пацієнта на обробку і використання його персональних даних, пацієнт власноручно зазначає своє ім'я, прізвище та по батькові у відповідному розділі декларації з подальшим її підписанням.
10. У розділі II. **Дані лікаря:** зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) згідно з даними чинного паспорту обраного лікаря; адреса місця надання первинної медичної допомоги (індекс, тип та назва вулиці, номер будинку, населений пункт, район області та область); номер телефону та адреса електронної пошти (за наявності) для запису на прийом до лікаря.
11. У розділі III. **Дані надавача послуг ПМД:** зазначаються найменування надавача (повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця); зареєстроване місцезнаходження юридичної особи або зареєстроване місце проживання фізичної особи-підприємця; ідентифікаційний код юридичної особи (код ЄДР) або реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи-підприємця; серія, номер та дата видачі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; номер телефону та адреса електронної пошти (за наявності) надавача.



12. Декларація підписується лікарем, який надає ПМД, та пацієнтом або його законним представником, опіком чи піклувальником (для осіб, що не досягли 14 років).