



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

хх.08. 2017

м. Київ

№ ХХ

**Про затвердження порядок вибору лікаря
з надання первинної медичної допомоги**

Відповідно до ст. 35-1 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”, абзацу хх частини хх статті хх Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Порядку надання первинної медичної допомоги, планів дій Кабінету Міністрів України та з метою запровадження механізму вибору лікаря з надання первинної медичної допомоги

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:
 - Порядок вибору лікаря з надання первинної медичної допомоги з додатками, що додається.
 - Декларацію про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги (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 (хх), Департаменту нормативно-правового забезпечення (хх) 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 хх.

В.о. Міністра

У. Супрун

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України

xx.08.2017 № xx

ПОРЯДОК ВИБОРУ ЛІКАРЯ**З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

1. Цей Порядок (далі – Порядок) визначає механізм здійснення права пацієнта на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД) в межах державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів.
2. Порядок вибору лікаря з надання первинної медичної допомоги 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 постачальниками медичних послуг, що надають ПМД, та уклали з головним розпорядником бюджетних коштів договір на медичне обслуговування населення (далі – постачальники послуг ПМД), а також на пацієнтів, які обирають такого постачальника чи лікаря, який працює у такого постачальника, як лікаря з надання ПМД.
4. Пацієнт, який досяг чотирнадцяти років, має право самостійно обрати лікаря з надання 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 з надання ПМД шляхом обрання іншого лікаря з надання ПМД відповідно до цього Порядку. Кількість змін пацієнтом лікаря з надання ПМД протягом року не обмежена.
7. Постачальники послуг ПМД зобов'язані надавати пацієнтам доступ до інформації про лікарів з надання ПМД, яких можуть обирати пацієнти. Такий доступ надається шляхом розміщення інформації про лікарів з надання ПМД у місці здійснення господарської діяльності постачальником послуг ПМД та на його веб-сайті (за наявності). Інформація про лікарів з надання 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. Постачальники послуг ПМД можуть розмішувати також додаткову інформацію про лікарів з надання ПМД, яких можуть обрати пацієнти, з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних.
8. Постачальник послуг ПМД зобов'язаний надавати пацієнтам доступ до інформації щодо себе, якщо постачальник є фізичною особою-підприємцем та безпосередньо надає ПМД, та щодо лікарів з надання ПМД, які є працівниками постачальника послуг ПМД.

9. Обрання лікаря з надання ПМД здійснюється шляхом укладання пацієнтом та лікарем з надання первинної медичної допомоги декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги (далі – декларація) за формою, що наведена у додатку 1 до цього Порядку. Декларації про вибір
10. Декларація засвідчує обрання пацієнтом лікаря з надання 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 з надання ПМД або його роботодавцем-постачальником послуг ПМД.
11. Лікар з надання 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 з надання ПМД.
12. Для заповнення полів декларації пацієнт надає обраному лікарю з надання ПМД документи, що посвідчують особу (паспорт у формі книжечки або у формі картки, посвідка на тимчасове/постійне проживання, для осіб, які не досягли 14 років – свідоцтво про народження) та інформацію, що зазначена в Інструкції щодо заповнення декларації про вибір лікаря з надання ПМД (додаток 2).
13. Лікар з надання ПМД або інша особа, уповноважена постачальником 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 з надання ПМД або іншій особі, уповноваженій постачальником 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 документів, що посвідчують особу (паспорт у формі книжечки або у формі картки, посвідка на тимчасове/постійне проживання, для осіб, які не досягли 14 років – свідоцтво про народження) та реєстраційного номеру облікової картки платника податків (за наявності). Пацієнт зобов'язаний надати лікарю з надання 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 з надання ПМД.
17. Заповнена форма декларації роздруковується у двох примірниках та

підписується лікарем надання ПМД та пацієнтом.

18. Один примірник підписаної декларації надається пацієнтові, а інший – залишається у постачальника послуг ПМД. Постачальник 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 з надання ПМД.
20. Пацієнт підтверджує достовірність наданих даних своїм підписом на декларації.
21. Пацієнт надає згоду на обробку і використання його персональних даних 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 з надання ПМД або його роботодавцем-постачальником послуг ПМД.
23. Для зміни лікаря з надання 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 змін, повідомити про це обраного лікаря з надання ПМД. У разі неповідомлення пацієнтом обраного лікаря з надання 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 З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Пацієнт

- 1.1. Прізвище*
- 1.2. Ім'я*
- 1.3. По батькові*
- 1.4. Дата народження*
- 1.5. Стать*

2. Контактні дані

- 2.1. Контактний номер телефону (рекомендовано мобільний)*; позначка “мобільний телефон відсутній”
- 2.2. Слово-пароль для ідентифікації по телефону*
- 2.3. Адреса електронної пошти (за наявності)*

3. Документи, що посвідчують особу

- 3.1. Паперову копію додано (галочка)* не обов'язково при електронному заповненні
- 3.2. Тип документу (паспорт, id-картка, свідоцтво, посвідка)*
- 3.3. Серія, номер документу*
- 3.4. Місце народження (згідно документу, що посвідчує особу)*
- 3.5. Номер облікової картки платника податків (не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номеру платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта)*

4. Адреса проживання - для надання допомоги за місцем проживання або перебування

- 4.1. Поштовий індекс*
- 4.2. Тип та назва вулиці (вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз)*
- 4.3. Будинок*
- 4.4. Квартира*
- 4.5. Тип та назва населеного пункту (м. - місто, с. - село, смт - селище міського типу)*
- 4.6. Район області (не заповнюється для міст обласного значення)*
- 4.7. Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)*

5. Контактна особа на випадок екстреної ситуації з пацієнтом

- 5.1. Прізвище*
- 5.2. Ім'я, по батькові
- 5.3. Контактний номер телефону*

6. Адреса реєстрації

- 6.1. Поштовий індекс*
- 6.2. Тип та назва вулиці (вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз)*
- 6.3. Будинок*
- 6.4. Квартира*
- 6.5. Тип та назва населеного пункту (м. - місто, с. - село, смт - селище міського типу)*
- 6.6. Район області (не заповнюється для міст обласного значення)*
- 6.7. Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)*

7. Лікар

- 7.1. Прізвище*

- 7.2. Ім'я*
- 7.3. По батькові*
- 7.4. Адреса місця надання послуг*
- 7.5. Телефон запису на прийом*
- 7.6. Електронна пошта лікаря*

8. Постачальник послуг первинної медичної допомоги*

- 8.1. Назва*
- 8.2. Адреса місця реєстрації*
- 8.3. Код ЄДР/РНОКПП*
- 8.4. Ліцензія МОЗ України*
- 8.5. Контактний телефон*
- 8.6. Електронна пошта*

9. Дані законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта

- 9.1. Прізвище*
- 9.2. Ім'я*
- 9.3. По батькові*
- 9.4. Дата народження*
- 9.5. Стать*
- 9.6. Тип документу (паспорт, id-картка, посвідка)*
- 9.7. Серія, номер документу*
- 9.8. Місце народження (згідно документу, що посвідчує особу)*
- 9.9. Номер облікової картки платника податків (не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номеру платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта)*
- 9.10. Тип документу*
- 9.11. Серія, номер документу (для рішення суду - **номер рішення**, номер справи)*
- 9.12. Контактний телефон (рекомендовано мобільний)*

10. Дані іншого законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта

- 10.1. Прізвище*
- 10.2. Ім'я*
- 10.3. По батькові*
- 10.4. Дата народження*
- 10.5. Стать*
- 10.6. Тип документу (паспорт, id-картка, посвідка)*
- 10.7. Серія, номер документу*
- 10.8. Місце народження (згідно документу, що посвідчує особу)*
- 10.9. Номер облікової картки платника податків (не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номеру платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта)*
- 10.10. Тип документу*
- 10.11. Серія, номер документу (для рішення суду - **номер рішення**, номер справи)*
- 10.12. Контактний телефон (рекомендовано мобільний)*

Своїм підписом я, _____, підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги, достовірність наданих мною даних, а також надаю згоду на обробку та **використання моїх персональних даних, зокрема щодо здоров'я**, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, **яка працює у дослідній експлуатації**, а також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсюдженням, реалізацією, передачею, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання первинної медичної допомоги,

іншим лікарям за його направленням або лікарю, до якого звернувся пацієнт, в межах, необхідних для надання медичної допомоги та/або медичних послуг, **в рамках промислової експлуатації електронної системи охорони здоров'я**. Я не вимагаю здійснення повідомлення про передачу (поширення) моїх персональних даних, що включені до електронної системи охорони здоров'я, третім особам, якщо така передача (поширення) відбувається в моїх інтересах з метою реалізації вказаних вище правовідносин. Розпорядниками персональних даних є медичні інформаційні системи, підключені до електронної системи охорони здоров'я.

* Підпис лікаря

* Підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника

* Дата підписання декларації

НА ЗАТВЕРДЖЕННІ

Додаток № 2
до Порядку обрання лікаря з
надання ПМД

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги (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 суб'єкта надання ПМД.
4. Усі пункти декларації, що позначені символом «*», – обов'язкові для заповнення.
5. В пунктах розділу:

Пацієнт:

- 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 зазначати 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,
 - ID-картка — паспорт у формі картки,
 - свідоцтво — свідоцтво про народження.
 - посвідка — посвідка на тимчасове проживання,
- 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 За згоди пацієнта отримувати допомогу лише в місці надання первинної медичної допомоги необхідно поставити відповідну позначку та підпис пацієнта.
- Пункт 15 Дані особи, якій необхідно телефонувати у випадку екстреної ситуації з пацієнтом:
- 15.1 ім'я та прізвище особи, якій необхідно телефонувати у випадку екстреної ситуації з пацієнтом;
- 15.2 контактний номер телефону особи за яким необхідно телефонувати у випадку екстреної ситуації з пацієнтом.
- Пункт 16 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 17 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 18-27 Заповнюються за аналогією до пунктів 1-10.

Пункт 28 Обрати (підкреслити) вид чинного документу, що підтверджує факт представництва пацієнта:

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

Пункт 29 Зазначити серію та (або) номер документу, що підтверджує факт представництва пацієнта, тип якого обрано в п. 28. Для рішення суду — дата і 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 30-41 Заповнюються за аналогією до пунктів 18-29

- | | |
|-----|---|
| 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 з надання ПМД. |
| 9. | Для підтвердження згоди пацієнта на обробку і використання його персональних даних, пацієнт власноруч 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 постачальника послуг ПМД: зазначаються найменування постачальника (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) постачальника.

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

НА ЗАТВЕРДЖЕННІ