

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 2025 р. №

ЗМІНИ,
що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України від 17 лютого
2023 р. № 149 і від 29 березня 2024 р. № 358

1. У постанові Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2023 р. № 149:

1) назву постанови викласти в такій редакції:

“Про затвердження Порядку проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров’я”;

2) другий абзац викласти в такій редакції:

“Затвердити Порядок проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров’я.”;

3) у Порядку проведення верифікації інформації про освіту, кваліфікацію та професійний досвід медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров’я, затвердженому зазначеною постановою:

назву викласти в такій редакції:

“ПОРЯДОК
проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію,
професійний досвід та репутацію працівників сфери охорони здоров’я”;

пункт 1 викласти у такій редакції:

“1. Цей Порядок визначає механізм проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію (далі - інформація про професійну кваліфікацію) працівників сфери охорони здоров’я, які працевлаштовуються за кордоном.”;

у пункті 2 слова “медичних, фармацевтичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров’я (фахівців з реабілітації, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров’я)” замінити словами “працівників сфери охорони здоров’я”;

у пункті 8 слова “Про адміністративні послуги” замінити словами “Про адміністративну процедуру”;

у пункті 9:

в абзаці третьому слова “чи післядипломної”, “та/або професійної громадської організації у разі, коли працівник сфери охорони здоров’я є членом такої організації” виключити;

доповнити новим абзацом такого змісту:

“З метою підтвердження інформації про професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров’я відповідальний верифікатор може звернутися до суб’єкта (-ів) господарювання (його (їх) правонаступника (-ів) (за наявності)), з яким (-и) працівник сфери охорони здоров’я перебував у трудових відносинах останні 5 років до виїзду з України. Такий суб’єкт до відповіді додає заповнений опитувальний аркуш керівника закладу охорони здоров’я згідно з додатком 4.”;

пункт 10 виключити;

в абзаці першому пункту 11:

після слів “про освіту та” доповнити словом “професійну”;

слова “чи післядипломної” виключити;

слово “Мінреінтеграції” замінити словом “Мінрозвитку”;

пункт 14 виключити;

доповнити новим пунктом 17 такого змісту:

“17. Відмову у видачі довідки про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров’я може бути оскаржено.

Подання та розгляд таких скарг здійснюється з дотриманням вимог розділу VI Закону України “Про адміністративну процедуру”. ”;

у тексті Порядку слово “освіту” та слова “освіту, кваліфікацію та професійний досвід” у всіх відмінках замінити словами “професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію” у відповідному відмінку;

додатки 1–5 до Порядку викласти в такій редакції:

“

Додаток 1
до Порядку

ЗАЯВА

про верифікацію інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров’я

Я _____,
(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності))

прошу провести верифікацію інформації про мою професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію з метою отримання дозволу на працевлаштування/тимчасове працевлаштування в _____.
(потрібне підкреслити) (назва країни)

- Додаток: 1. Заповнена верифікаційна анкета працівника сфери охорони здоров'я.
2. Копії документів, що посвідчують особу та підтверджують громадянство України або законні підстави перебування на території України (для іноземців та осіб без громадянства).
3. Копія картки платника податків або копія сторінки паспорта з відміткою про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу) – для громадян України.
4. Копії документів про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я.

Кваліфікований електронний підпис працівника сфери охорони здоров'я;

Додаток 2
до Порядку

ВЕРИФІКАЦІЙНА АНКЕТА працівника сфери охорони здоров'я

1.	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
2.	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)	заповнюється державною мовою
		заповнюється латинськими літерами відповідно до правил транслітерації
3.	Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)	
4.	Дата та рік народження	

5.	Серія (за наявності) та номер документу/ів, що посвідчують особу (паспорт громадянина України; для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах: паспортний документ, посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, посвідка на тимчасове проживання – необхідне підкреслити)	
6.	Адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання або адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб) до виїзду з України	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
7.	Адреса електронної пошти	
8.	Контактний номер мобільного телефону	
9.	Місце перебування за кордоном – країна та населений пункт	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
10.	Найменування закладу фахової передвищої чи вищої освіти, випускником якого Ви є	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
10.1.	Здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в документі про освіту	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
10.2.	Серія, номер та дата видачі документа про освіту	
11.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, наукової установи (місця проходження	заповнюється державною мовою

	Вами освітньої (очної) частини підготовки в інтернатурі)	заповнюється англійською мовою
11.1.	Найменування закладу охорони здоров'я (місця проходження практичної (заочної) частини підготовки в інтернатурі)	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
11.2.	Спеціальність в інтернатурі (первинна спеціалізація) та здобута професійна кваліфікація	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
11.3.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за спеціальністю (після інтернатури)	
12.	Найменування закладу/ів вищої чи післядипломної освіти, наукової установи, в яких Ви проходили вторинну спеціалізацію в лікарській резидентурі та/або на циклах спеціалізації*	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
12.1.	Спеціальність/ості та професійна кваліфікація, здобуті Вами після проходження вторинної спеціалізації у лікарській резидентурі та/або на циклах спеціалізації*	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
12.2.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері	

	охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за відповідною спеціальністю (після вторинної спеціалізації)*	
13.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, на базі якого Ви проходили цикл стажування / спеціалізації (для підтвердження кваліфікації або відновлення медичної / професійної практики)	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
13.1.	Спеціальність та професійна кваліфікація, за якими Ви проходили цикл стажування / спеціалізації (для підтвердження кваліфікації або відновлення медичної / професійної практики)	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
13.2.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста після проходження циклу стажування / спеціалізації	
14.	Рівень професійної кваліфікації (кваліфікаційна категорія або інший рівень професійної кваліфікації) за спеціальністю/тями станом на дату подання заяви*	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
14.1.	Дата присвоєння / підтвердження рівня професійної кваліфікації, зазначеного у пункті 13, строк наступної атестації на підтвердження професійної кваліфікації / присвоєння наступного рівня професійної кваліфікації*	
15.	Інформація про перенесення строку атестації у зв'язку із	

	встановленими законодавством підставами (період дії карантину, режиму воєнного стану, інше)*	
16.	Загальний стаж роботи за спеціальністю*	
17.	Інформація про місця роботи за останні 5 років до виїзду з України (за наявності): найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому Ви працювали, та/або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, з якою Ви перебували у трудових відносинах*	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
17.1.	Найменування посади, яку Ви займали до виїзду з України за останнім місцем роботи (із зазначенням підрозділу у разі наявності)*	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
17.2.	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та контактний номер телефону керівника або іншої посадової особи закладу охорони здоров'я, в якому Ви працювали до виїзду з України, та/або фізичної особи – підприємця, з якою Ви перебували у трудових відносинах, і які можуть підтвердити інформацію, зазначену в цій анкеті*	

18.	Місце (місця) провадження господарської діяльності, дата видачі, серія, номер ліцензії або дата та номер наказу МОЗ, яким затверджено рішення про видачу ліцензії (інформація зазначається у разі, якщо до виїзду з України Ви були зареєстровані як фізична особа– підприємець) та провадили господарську діяльність в сфері охорони здоров'я	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою
18.1.	Види господарської діяльності / спеціальності, на провадження яких отримано ліцензію (для фізичної особи – підприємця)	заповнюється державною мовою
		заповнюється англійською мовою

* Вказується інформація за кожною спеціальністю та кожним роботодавцем.

Кваліфікований електронний підпис працівника сфери охорони здоров'я;

Додаток 3
до Порядку

ПЕРЕЛІК

документів про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я, копії яких надаються, для проведення верифікації інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я

1. Документ, що посвідчує особу:

1) паспорт громадянина України;

2) для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах, один (або кілька) з таких документів:

паспортний документ;

посвідка на постійне проживання в Україні;

посвідчення біженця;

посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;

посвідка на тимчасове проживання.

2. Картка платника податків або сторінка паспорта з відміткою про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків (для

фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу) – для громадян України.

3. Документ / документи про освіту, в тому числі документ про науковий ступінь, документ про вчене звання.

4. Сертифікат / сертифікати лікаря (фармацевта / провізора)–спеціаліста, спеціаліста або сертифікат про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я, що видається у встановленому законодавством порядку (подається у разі наявності).

5. Посвідчення про кваліфікаційну категорію (подається у разі наявності).

6. Трудова книжка (за наявності) або відомості про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування або довідка про проходження військової служби (трудову діяльність) для військовослужбовців медичних (фармацевтичних) спеціальностей.

7. Витяг з інформаційно-аналітичної системи «Облік відомостей про притягнення особи до кримінальної відповідальності та наявності судимості» (повний), виданий не раніше ніж протягом півроку до подання заяви про верифікацію інформації про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника сфери охорони здоров'я;

Додаток 4
до Порядку

ОПИТУВАЛЬНИЙ АРКУШ

керівника закладу охорони здоров'я (фізичної особи – підприємця), в якому працював (з яким перебував у трудових відносинах) працівник сфери охорони здоров'я, інформація про якого верифікується

Дата заповнення _____

1. Повна назва закладу охорони здоров'я (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця) _____

2. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) керівника закладу охорони здоров'я _____

3. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) працівника сфери охорони здоров'я, інформація про якого верифікується (далі – працівник) _____

4. Посада / посади, які обіймав працівник (протягом 5 останніх років роботи) _____

5. Чи мав працівник незняте дисциплінарне стягнення до моменту звільнення із закладу охорони здоров'я? Відповідь «Ні» або «Так» (якщо «Так»,

надати копію наказу чи інший підтверджуючий документ)

6. Чи було відмовлено працівнику у підтвердженні професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації за результатами проведення атестації протягом 5 останніх років роботи у цьому закладі охорони здоров'я без доступу до професійної діяльності до її відновлення? Відповідь «Ні» або «Так» із зазначенням причин відмови (якщо «Так», надати копію наказу чи інший підтверджуючий документ) _____

посада керівника закладу охорони здоров'я
(фізична особа - підприємець)

підпис

власне ім'я та прізвище

МП (за наявності)

*Опитувальний аркуш заповнюється комп'ютерним набором або від руки;

Додаток 5
до Порядку

НАЗВА УПОВНОВАЖЕНОГО ОРГАНУ ВЕРИФІКАЦІЇ /NAME OF
AUTHORIZED VERIFICATION BODY

Дата видачі / Date of issue

ДОВІДКА / CERTIFICATE Nr. _____

про професійну кваліфікацію, професійний досвід та репутацію працівника
сфери охорони здоров'я / of professional qualification, professional experience and
standing of a health care worker

1.	Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) / Surname, first name, and patronymic (if available)	
2.	Дата та рік народження / Date of birth	
3.	Серія (за наявності) та номер документу/ів, що посвідчують особу (паспорт громадянина України; для іноземців та осіб без громадянства, які перебували в Україні на законних підставах: паспортний документ, посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового	

	захисту, посвідка на тимчасове проживання – необхідне підкреслити) / Series (if available) and number of the document/s that identifies the person (passport of a citizen of Ukraine; for foreigners and stateless persons who were in Ukraine legally: passport document, permanent residence permit in Ukraine, refugee certificate, certificate of a person in need of additional protection, temporary residence permit – need to be emphasized)	
3.1.	Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) / Taxpayer Registration Card Number (if available)	
4.	Громадянство / Citizenship	
5.	Найменування закладу фахової передвищої, вищої освіти, випускником якого є працівник, здобутий освітній ступінь, спеціальність та кваліфікація, зазначені в дипломі, серія, номер та дата видачі диплому про освіту / Name of the institution of professional pre-higher or higher education from which the healthcare worker graduated; obtained educational degree, specialty, and qualification as stated in the diploma; series, number, and date of issuance of the diploma	
6.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти, наукової установи (місце проходження освітньої (очної) частини підготовки в інтернатурі), спеціальність в інтернатурі та професійна кваліфікація / Name of the institution of higher or postgraduate education, or scientific	

	institution (place of completion of the educational (full-time) component of internship training); specialty pursued during the internship; and professional qualification	
6.1.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за спеціальністю (після інтернатури) / Number, date of issuance, and validity period of the specialist certificate, or series, number, and date of issuance of the certificate on awarding/confirming professional qualification/level of professional qualification in the field of healthcare, as well as the period for confirmation of professional qualification in the specialty (post-internship)	
7.	Найменування закладу вищої чи післядипломної освіти або наукової установи (місце проходження вторинної спеціалізації у лікарській резидентурі або на циклах спеціалізації або місце проходження циклу стажування), спеціальність та професійна кваліфікація після проходження вторинної спеціалізації та/або циклу стажування (Name of the institution of higher or postgraduate education or scientific institution	

	(place of secondary specialization through medical residency or specialization courses or place of internship cycle); specialty and professional qualification obtained after completion of the secondary specialization and/or internship cycle)	
7.1.	Номер, дата видачі та строк дії сертифіката спеціаліста або серія, номер, дата видачі сертифіката про присвоєння / підтвердження професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації у сфері охорони здоров'я та строк підтвердження професійної кваліфікації за відповідною спеціальністю (після вторинної спеціалізації та/або циклу стажування) / Number, date of issuance, and validity period of the specialist certificate, or series, number, and date of issuance of the certificate on awarding/confirming professional qualification/level of professional qualification in the field of healthcare, as well as the period for confirmation of professional qualification in the relevant specialty (after secondary specialization and/or internship cycle)	
8.	Наявність рівня професійної кваліфікації (кваліфікаційної категорії або іншого рівня професійної кваліфікації) за спеціальністю, дата присвоєння/підтвердження рівня професійної кваліфікації, строк наступної атестації на підтвердження професійної кваліфікації / присвоєння	

	наступного рівня професійної кваліфікації / Availability of a level of professional qualification (qualification category or other level of professional qualification) in the specialty; date of awarding/confirmation of the professional qualification level; and the date of the next certification for confirmation of the professional qualification or awarding of the next level of professional qualification	
8.1.	Інформація про перенесення строку атестації у зв'язку із встановленими законодавством підставами (період дії карантину, режиму воєнного стану, інше) / Information on the postponement of the certification period due to grounds established by legislation (such as the duration of quarantine, martial law, or other reasons)	
9.	Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, в якому працював працівник до виїзду з України, найменування посади, яку займав працівник або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, з якою працівник перебував у трудових відносинах до виїзду з України, або місце (місця) провадження господарської діяльності, вид господарської діяльності / спеціальності, дата видачі, серія, номер ліцензії або дата та номер наказу МОЗ, яким затверджено рішення про видачу ліцензії / Name and location of the healthcare facility where the healthcare worker worked prior to leaving Ukraine; job	

	title held by the healthcare worker or surname, given name, and patronymic (if available) of the individual entrepreneur with whom the healthcare worker had an employment relationship prior to leaving Ukraine; or the place(s) of business activity, types of business activities / specialties, date of issue, series, license number or date and number of the order of the Ministry of Health approving the decision to issue the license	
10.	Наявність незнятих дисциплінарних стягнень, накладених на працівника, до моменту звільнення / The presence of outstanding disciplinary sanctions imposed on the employee prior to dismissal (employer's feedback)	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>
11.	Наявність незнятої або непогашеної в установленому законом порядку судимості, кримінальних правопорушень, заборони займати відповідні посади або провадити певні види діяльності / The presence of an unexpunged or unserved conviction, as well as criminal offenses or prohibitions to hold relevant positions or engage in certain types of activities	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>
12.	Відсторонення від професійної діяльності за результатами атестації (відгук роботодавця) / Suspension from professional activity based on the results of certification (employer's feedback)	<i>Робиться запис: Так / Yes або Ні / No</i>
13.	Наявність доброї репутації та	<i>Робиться запис:</i>

	відповідність критерію доброчесності (узагальнений висновок) / Having a good standing and meeting the integrity criteria (general conclusion)	<i>Так / Yes</i> <i>(у разі негативних відповідей за пунктами 10-12 цієї довідки)</i> <i>або</i> <i>Ні / No</i> <i>(у разі позитивної відповіді за одним з пунктів 10-12 цієї довідки)</i>
14.	Відповідність професійному стандарту або єдиним кваліфікаційним вимогам, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я, затверджену наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117 (узагальнений висновок) / Compliance with the professional standard or unified qualification requirements defined in the Directory of Qualification Characteristics of Occupations of Employees. Issue 78. Healthcare, approved by Order of the Ministry of Health of March 29, 2002, No. 117 (general conclusion)	<i>Робиться запис:</i> <i>Відповідає вимогам до професійної кваліфікації за професією «_____» /</i> <i>Meets the requirements for professional qualification by profession</i>
15.	Відсутність професійної діяльності в Україні 3 роки і більше поспіль або з перервами протягом останніх 5 років проживання (перебування) в Україні / Lack of professional activity in Ukraine for 3 years or more in a row or with interruptions during the last 5 years of residence (stay) in Ukraine	<i>Робиться запис:</i> <i>Так / Yes</i> <i>або</i> <i>Ні / No</i>

(найменування посади відповідального верифікатора /
the job title of the responsible verifier)

(власне ім'я та прізвище)
(name and surname)

(найменування посади керівника (уповноваженої особи)
уповноваженого органу верифікації / the job title of the

(власне ім'я та прізвище)
(name and surname)

head (authorized person) of the authorized verification body)

(адреса, номер телефону, адреса електронної пошти, веб-сайт уповноваженого органу верифікації / address, telephone number, e-mail, website of the authorized verification body)

Кваліфікований електронний підпис керівника (уповноваженої особи) уповноваженого органу верифікації

”.

2. У постанові Кабінету Міністрів України від 29 березня 2024 р. № 358:

1) абзац перший пункту 3 викласти в такій редакції:

“3. Установити, що проведення добору на вакантні посади у державних та комунальних закладах охорони здоров’я, крім закладів охорони здоров’я МВС, Міноборони, військових формувань, а також правоохоронних органів спеціального призначення, утворених відповідно до закону, зокрема проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров’я, здійснюється з використанням Єдиного веб-порталу.”;

2) абзац другий пункту 1 Положення про Єдиний веб-портал вакантних посад у державних та комунальних закладах охорони здоров’я, затвердженого зазначеною постановою, викласти в такій редакції:

“За потреби заклади охорони здоров’я МВС, Міноборони, військових формувань, а також правоохоронних органів спеціального призначення, утворених відповідно до закону, можуть здійснювати добір на вакантні посади відповідно до вимог цього Положення.”.
