



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Н А К А З**

Київ

Про внесення змін до наказу  
МОЗ України від 19 березня  
2018 року № 503

Відповідно до частини четвертої статті 35<sup>1</sup> Основ законодавства України про охорону здоров'я, частин другої – четвертої статті 9 Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” з метою уточнення механізму вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу,

**НАКАЗУЮ:**

1. Внести зміни до пункту 5 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799, замінивши в абзаці четвертому цифру «2019» на цифру «2020».

2. Затвердити зміни до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799, що додаються.

3. Затвердити зміни до форми Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженої наказом Міністерства охорони

здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799, виклавши її у новій редакції, що додається.

4. Встановити, що декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, подані до моменту набрання чинності цим наказом за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799, залишаються чинними та не анулюються.

5. Керівнику експертної групи з питань реформування системи охорони здоров'я Директорату медичних послуг Орабіні Т.М. забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

6. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Ковтонюка П.А.

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

**В.о. Міністра**

**У. СУПРУН**

**Зміни до Порядку вибору лікаря,  
який надає первинну медичну допомогу**

1. У підпункті 1 пункту 8 розділу II слова «або реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) ФОП» виключити.

2. У розділі III:

1) підпункт 1 пункту 3 викласти у такій редакції:

«1) надавач ПМД має визначити особу, уповноважену приймати Декларації від пацієнтів (їх законних представників) та вносити дані до електронної системи охорони здоров'я (далі – уповноважена особа). На таку особу має бути покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних;»;

2) абзац перший підпункту 2 пункту 3 викласти у такій редакції:

«2) пацієнт (його законний представник) звертається до уповноваженої особи надавача ПМД і надає облікову картку платника податків (крім фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) й один з таких документів, що посвідчують особу:»;

3) підпункт 8 пункту 3 викласти у такій редакції:

«8) надавач ПМД зобов'язаний зберігати один примірник Декларації, підписаний пацієнтом (його законним представником), протягом трьох років з дня припинення (анулювання) такої Декларації.»;

4) пункт 6 викласти у такій редакції:

«6. Декларація заповнюється українською мовою, за винятком пунктів, що потребують використання літер латинської абетки та спеціальних символів (адреса електронної пошти, тощо), з урахуванням таких особливостей:

1) у пунктах 1.7.2 та 4.5 зазначається адреса електронної пошти у разі її наявності;

2) у пунктах 1.7.3 та 4.6 зазначається або «телефон» або «електронна пошта»;

3) у пунктах 1.8.1 та 1.8.2 зазначаються реквізити одного із документів, вказаних в підпункті 2 пункту 3 Розділу III цього Порядку, який використовувався під час самостійного подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я або пред'являвся уповноваженій особі надавача ПМД;

4) у пункті 1.9 серія та номер паспорту зазначається лише для тих фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовились від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті;

5) у пункті 1.10 унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі зазначається за наявності;

6) у пункті 1.11 зазначається адреса для надання допомоги за місцем проживання або перебування та листування;

7) у пункті 1.12 для осіб віком до 18 років обов'язково зазначаються дані одного з батьків;

8) у пунктах 2.1 – 2.4 зазначаються дані лікаря-терапевта (для пацієнтів від 18 років), лікаря-педіатра (для пацієнтів до 17 років включно), лікаря загальної практики - сімейного лікаря), якого обрав пацієнт (його законний представник);

9) пункти 4.1 – 4.6 заповнюються тільки для недієздатних осіб та осіб, які не досягли 14-річного віку.»;

5) пункт 7 після слова «дані» доповнити словами «самостійно через Систему».

3. У розділі IV:

1) підпункт 3 пункту 1 викласти у такій редакції:

«3) внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань запису про припинення юридичної особи, яка є надавачем ПМД, або про припинення підприємницької діяльності фізичної особи-підприємця (далі – ФОП), яка є надавачем ПМД, крім випадків перетворення юридичної особи;»;

2) у підпункті 8 пункту 1 слово «трудового» виключити.

**Керівник експертної групи з питань  
реформування системи охорони здоров'я  
Директорату медичних послуг**

**Т. Орабіна**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України від  
19 березня 2018 р. № 530

(у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я  
України від \_\_\_\_ травня 2018  
року № \_\_\_\_\_)

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

**1. ПАЦІЄНТ**

1.1. Прізвище

1.2. Ім'я

1.3. По батькові

1.4. Дата  
народження

1.5. Місто, країна  
народження

1.6. Стать

1.7. Контактні дані

1.7.1. Номер  
телефону

**3. НАДАВАЧ ПМД**

3.1. Повне  
найменування / П.І.Б.

3.2. Код ЄДРПОУ

3.3. Контактний номер  
телефону

3.4. Адреса електронної пошти

3.5. Адреса місця надання  
медичних послуг лікарем, який  
надає ПМД

**4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК  
ПАЦІЄНТА**

4.1. Прізвище, ім'я, по  
батькові

4.2. Тип, серія (за  
наявності), номер,

**1.7.2.** Адреса електронної пошти

**1.7.3.** Бажаний спосіб зв'язку

**1.8.** Документ, що посвідчує особу

**1.8.1.** Тип документу

**1.8.2.** Серія (*за наявності*), номер, дата та орган видачі документа, термін дії документа (*за наявності*)

**1.9.** Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта

**1.10.** Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі

**1.11.** Адреса місця фактичного проживання або перебування

**1.12.** Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі

дата та орган видачі документа, що посвідчує особу законного представника

**4.3.** Тип, серія (*за наявності*), номер, дата та орган видачі, термін дії документа (*за наявності*), що засвідчує повноваження законного представника

**4.4.** Номер телефону

**4.5.** Адреса електронної пошти

**4.6.** Бажаний спосіб зв'язку

## **5. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)**

Своїм підписом:

підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних;

підтверджую, що мене повідомлено про мої права відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», про мету збирання та обробки моїх персональних даних, зазначених в цій Декларації;

надаю згоду на обробку, в тому числі, збір, зберігання, передачу, знеособлення моїх (пацієнта,

---

**настання екстреного випадку з пацієнтом**

**1.12.1.** Прізвище, ім'я, по батькові

**1.12.2.** Контактний номер телефону

**2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД**

2.1. Прізвище, ім'я, по батькові

2.2. Контактний номер телефону

2.3. Адреса електронної пошти

2.4. Посада лікаря-спеціаліста

законним представником якого я є) персональних даних, зазначених в цій Декларації, та інформації, необхідної в цілях охорони здоров'я, з метою встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування, функціонування електронної системи охорони здоров'я, надавачу ПМД, за умови, що такі дані обробляються медичними працівниками або іншими уповноваженими особами надавача ПМД, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних, та органам державної влади, які обробляють персональні дані відповідно до закону, виключно для здійснення їх повноважень.

**6. ДАТА ПОДАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ**

**Керівник експертної групи з питань реформування системи охорони здоров'я  
Директорату медичних послуг**

**Т. Орабіна**