

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ
до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України
«Про затвердження Порядку ведення Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу в електронній системі охорони здоров'я»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта
Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я 19.03.2018 № 503, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 347/31799	
<p style="text-align: center;">І. Загальні положення</p> <p>1. <i>Цей Порядок регулює вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу відповідно до частини четвертої статті 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».</i></p> <p>2. <i>Цей Порядок є обов'язковим для виконання усіма надавачами медичних послуг, що надають медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - надавачі ПМД).</i></p>	<p style="text-align: center;">І. Загальні положення</p> <p>1. Цей Порядок регулює процедуру вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - ПМД), пацієнтом (його законним представником).</p> <p>2. Цей Порядок є обов'язковим для виконання суб'єктами господарювання, які надають медичні послуги з ПМД, для оплати цих послуг в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій), та пацієнтами (їх законними представниками) при поданні декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, таким суб'єктам господарювання.</p> <p>Вибір лікаря, який надає ПМД, суб'єкта господарювання, що надає медичні послуги з ПМД, які не оплачуються в рамках програми медичних гарантій, здійснюється відповідно до внутрішніх процедур такого суб'єкта господарювання з урахуванням вимог</p>

3. У цьому Порядку термін «Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (далі - Декларація) означає документ, що підтверджує волевиявлення пацієнта (його законного представника) про вибір лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу (далі - ПМД).

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про інформацію», «Про захист персональних даних», інших законодавчих актах України, спеціальних словниках понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

законодавства.

3. У цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - Декларація) - документ, що підтверджує реалізацію права пацієнта (його законного представника) на вибір лікаря, який надає ПМД, за умови його подання у встановленому порядку;

уповноважена особа надавача ПМД (далі - уповноважена особа) – працівник надавача ПМД, що отримує оплату за надані медичні послуги з ПМД відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі - надавач ПМД), уповноважений приймати Декларації від пацієнтів (їх законних представників) та вносити дані, необхідні для подання Декларації, до електронної системи охорони здоров'я, на якого мають бути покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних;

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в законах України «Основах законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про інформацію», «Про захист персональних даних», Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я від 19 березня 2018 року № 504, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800, інших

	<p>нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я, спеціальних словниках понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.</p>
<p>II. Вибір, зміна та відмова від лікаря, який надає ПМД</p> <p>1. <i>Пацієнт (його законний представник) має право обрати лікаря, який надає ПМД, незалежно від зареєстрованого місця проживання такого пацієнта з числа осіб, які зазначені в договорі про медичне обслуговування населення, укладеному між відповідним надавачем ПМД та Національною службою здоров'я України (далі - НСЗУ).</i></p> <p>2. Пацієнт має право обрати лікаря, який надає ПМД, за умови, що кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до цього Порядку, не перевищує оптимальний обсяг практики ПМД, встановлений у <u>Порядку надання первинної медичної допомоги</u>, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800, або іншу кількість, встановлену відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій), укладеного надавачем ПМД, у якому зазначений такий лікар.</p>	<p>II. Вибір, зміна та відмова від лікаря, який надає ПМД</p> <p>1. Пацієнт (його законний представник) обирає лікаря, який надає ПМД, незалежно від місця проживання/перебування такого пацієнта.</p> <p>2. Пацієнт (його законний представник) має право самостійно (без погодження з надавачем ПМД) обрати лікаря, який надає ПМД, за умови, якщо кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до цього Порядку, не перевищує оптимальний обсяг практики ПМД, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800 (далі - Порядок надання ПМД).</p> <p>У разі, якщо кількість пацієнтів, які вже обрали лікаря, який надає ПМД, перевищує оптимальний обсяг практики ПМД, встановлений у Порядку надання ПМД, - обрання такого лікаря здійснюється за погодженням з надавачем ПМД, у якого працює цей лікар.</p> <p>Пацієнт (його законний представник) має право звернутися до НСЗУ, в тому числі її територіальних органів,</p>

3. У період тимчасової відсутності лікаря, який був обраний пацієнтом відповідно до цього Порядку, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем, пацієнт має право на отримання медичних послуг ПМД у іншого лікаря того самого надавача ПМД без подання нової Декларації.

4. *Пацієнт, який не обрав лікаря та перебуває у невідкладному стані, має право отримати безперервну та безоплатну ПМД у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також звернутися до НСЗУ або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів ПМД для забезпечення можливості реалізувати своє право на вибір лікаря.*

5. Пацієнт (його законний представник) має право змінити лікаря, який надає ПМД, шляхом подання тому самому або іншому надавачу ПМД нової Декларації відповідно до цього Порядку.

6. Пацієнт (його законний представник) має право відмовитись від лікаря, який надає ПМД, без обрання нового лікаря шляхом подання заяви про припинення поданої ним Декларації.

за роз'ясненнями стосовно надавачів ПМД для забезпечення можливості реалізувати своє право на вибір лікаря, який надає ПМД.

3. У період тимчасової відсутності лікаря, який надає ПМД, обраного пацієнтом (його законним представником) відповідно до цього Порядку, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів, пацієнт отримує ПМД у **іншого лікаря, який надає ПМД, визначеного відповідним надавачем ПМД, без подання нової Декларації.**

4. Пацієнт, який не обрав лікаря ПМД та перебуває у невідкладному стані, має право отримати безоплатно ПМД у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

5. Пацієнт (його законний представник) має право змінити лікаря, який надає ПМД, шляхом подання тому самому або іншому надавачу ПМД нової Декларації відповідно до цього Порядку.

6. Пацієнт (його законний представник) має право відмовитись від лікаря, який надає ПМД, без обрання нового лікаря, шляхом подання до НСЗУ заяви про припинення поданої ним Декларації, **у довільній формі в паперовому або електронному форматі, до якої додається:**

- копія документа, що посвідчує особу пацієнта (всі заповнені сторінки);

7. Одночасний вибір двох або більше лікарів, які надають ПМД, не допускається.

8. Надавачі ПМД зобов'язані забезпечити пацієнтам (їх законним представникам) для прийняття ними рішення про вибір лікаря, який надає ПМД, можливість ознайомитись з інформацією про:

1) надавача ПМД:

повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця (далі - ФОП); код ЄДРПОУ;

інформація про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;

2) лікарів, які надають ПМД у такого надавача ПМД, а саме:

- копія реєстраційного номера облікової картки платника податків (далі - РНОКПП) пацієнта за наявності (обов'язково для осіб, які досягли 14 років і є громадянами України, окрім фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) або копія довідки/сторінки паспорту з відміткою про відмову від отримання РНОКПП;

- копії документів, що посвідчують особу та повноваження законного представника пацієнта (усі заповнені сторінки) - у разі якщо заяву написав законний представник пацієнта;

- копія усіх заповнених сторінок документу, що підтверджує зміну прізвища (у разі зміни).

7. Одночасний вибір двох або більше лікарів, які надають ПМД, у надавачів ПМД не допускається.

8. Надавачі ПМД зобов'язані забезпечити пацієнтам (їх законним представникам) для прийняття ними рішення про вибір лікаря, який надає ПМД, можливість ознайомитись з інформацією про:

1) надавача ПМД:

повне найменування юридичної особи або прізвище, **власне** ім'я, по батькові (**за наявності**) фізичної особи - підприємця (далі - ФОП);

код ЄДРПОУ (для юридичних осіб);

інформація про ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;

2) лікарів, які надають ПМД, такого надавача ПМД:

<p>прізвище, ім'я, по батькові лікаря; освіта; лікарська спеціальність; стаж роботи за спеціальністю; кваліфікаційна категорія; місце (адреса) та графік роботи лікаря; 3) дату, номер та строк дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем ПМД та Уповноваженим органом, а також перелік медичних послуг, які надавач ПМД зобов'язаний надавати за таким договором. 9. Інформація, зазначена у пункті 8 цього розділу, розміщується надавачем ПМД за кожним місцем надання медичних послуг ПМД та на його веб-сайті (у разі наявності) з дотримання вимог законодавства України про захист персональних даних.</p>	<p>прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря; освіта; лікарська спеціальність; стаж роботи за спеціальністю; кваліфікаційна категорія; місце (адреса) та графік роботи лікаря; 3) дату, номер та строк дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного надавачем ПМД (за наявності), а також перелік медичних послуг, які надавач ПМД зобов'язаний надавати за таким договором. 9. Інформація, зазначена у пункті 8 цього розділу, розміщується надавачем ПМД за кожним місцем надання медичних послуг з ПМД та на його вебсайті (у разі наявності) з дотриманням вимог законодавства України про захист персональних даних.</p>
<p><i>III. Заповнення та подання Декларації</i></p> <p>1. Пацієнт (його законний представник) має право подати Декларацію самостійно через електронну систему охорони здоров'я або шляхом звернення до надавача ПМД. 2.—<i>У разі подання пацієнтом (його законним представником) Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я пацієнт (його законний представник) має накласти на неї електронний підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону. У такому випадку надавачі ПМД не</i></p>	<p>III. Подання Декларації</p> <p>1. Пацієнт (його законний представник) подає Декларацію шляхом безпосереднього звернення до надавача ПМД. 2. Подання Декларації здійснюється в такому порядку: 1) пацієнт (його законний представник) надає уповноваженій особі або безпосередньо обраному лікарю, який надає ПМД: документ про присвоєння РНОКШ (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання</p>

мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання Декларації в паперовій формі.

відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) й один з таких документів, що посвідчують особу:

паспорт громадянина України;

тимчасове посвідчення громадянина України;

свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку) або документ, що підтверджує факт народження, виданий компетентними органами іноземної держави, легалізований у встановленому законодавством порядку;

посвідка на постійне проживання в Україні;

посвідчення біженця;

посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;

2) законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника відповідно до законодавства;

3) на підставі документів та інформації, наданих пацієнтом (його законним представником), уповноважена особа або лікар, який надає ПМД, здійснює пошук запису про пацієнта в Реєстрі пацієнтів електронної системи охорони здоров'я (далі - система).

У разі відсутності запису про такого пацієнта, цим надавачем ПМД забезпечується його невідкладна реєстрація відповідно до Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я 30 листопада 2020 року № 2755, зареєстрованого у

Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

4) у разі наявності запису про такого пацієнта в Реєстрі пацієнтів уповноважена особа або лікар, який надає ПМД, вносить інформацію про Декларацію в Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу в систему відповідно до Порядку ведення Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого МОЗ, та роздруковує Декларацію, заповнену за формою, затвердженою МОЗ.

Пацієнт (його законний представник) перевіряє інформацію, що міститься в Декларації та у разі виявлення помилок повідомляє про це особу, яка створювала запит на реєстрацію, для внесення необхідних змін до відповідних реєстрів системи, створення нового запиту із виправленими помилками та формування нової Декларації;

5) декларація вважається поданою за дотриманням умов у такій послідовності:

проставлення підпису пацієнтом (його законним представником) на двох примірниках роздрукованої Декларації, яким підтверджується правильність наданої ним інформації, зазначеної в Декларації, а також надання згоди на доступ до відомостей про нього, що містяться в системі, обраному лікарю, який надає ПМД, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями;

завершення процедури внесення інформації про

3. Подання Декларації шляхом безпосереднього звернення до надавача ПМД здійснюється в такому порядку:

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 яку мають бути покладені обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних;

2) пацієнт (його законний представник) звертається до уповноваженої особи надавача ПМД і надає їй копію документа про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (далі - РНОКПП) (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) й один з таких документів, що посвідчують особу:

паспорт громадянина України;

тимчасове посвідчення громадянина України;

свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-

Декларацію до Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу в електронній системі охорони здоров'я, Декларація вважається поданою;

б) один примірник Декларації залишається у пацієнта (його законного представника), інший - у надавача ПМД, який має зберігатися протягом трьох років з дня припинення такої Декларації.

3. Надавачам ПМД забороняється відмовляти у прийнятті Декларації з будь-яких підстав, в тому числі, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, етнічного походження, матеріального становища, місця проживання/перебування тощо, крім досягнення оптимального обсягу практики ПМД для відповідного лікаря, який надає ПМД.

При розрахунку оптимального обсягу практики ПМД враховуються усі пацієнти, яким лікар надає ПМД, незалежно від кількості суб'єктів господарювання, з якими цей лікар має трудові відносини.

4. Пацієнт має право на отримання медичних послуг з ПМД, у надавача ПМД відповідно до поданої Декларації з моменту її подання та до припинення її дії.

річного віку);

посвідка на постійне проживання в Україні;

посвідчення біженця;

посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;

3) законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника (свідоцтво про народження, посвідчення) відповідно до законодавства;

4) на підставі документів та інформації, наданих пацієнтом (його законним представником), уповноважена особа зобов'язана заповнити Декларацію в електронній формі, роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику);

5) пацієнт (його законний представник) перевіряє інформацію, внесenu до Декларації, та у разі виявлення помилок повідомляє про це уповноважену особу. Уповноважена особа зобов'язана виправити помилки в Декларації в електронній формі, повторно роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику);

б) у разі відсутності помилок у Декларації пацієнт (його законний представник) підписує два примірники Декларації та надає їх уповноваженій особі. На двох примірниках уповноважена особа надавача ПМД проставляє відмітку з датою отримання такої Декларації надавачем ПМД та повертає один примірник пацієнту (його законному представнику). Інший примірник Декларації залишається у надавача ПМД;

7) уповноважена особа надсилає Декларацію у встановленому законодавством порядку до електронної

системи охорони здоров'я;

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

4. За зверненням пацієнта (його законного представника) уповноважена особа зобов'язана допомогти пацієнту (його законному представнику) заповнити та самостійно подати Декларацію через електронну систему охорони здоров'я за допомогою комп'ютера або іншого засобу зв'язку, що належить такому пацієнту (його законному представнику).

5. Надавачам ПМД забороняється відмовляти у прийнятті Декларації та веденні пацієнта, зокрема на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо.

~~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 підпункті 1.7.3 пункту 1.7 зазначається номер телефону або адреса електронної пошти;~~

~~2) у підпунктах 1.8.1 та 1.8.2 пункту 1.8 зазначаються реквізити одного із документів, що посвідчують особу, вказаних у підпункті 2 пункту 3 цього розділу, який~~

~~використовувався під час самостійного подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я або пред'являвся уповноваженій особі надавача ПМД;~~

~~3) у пункті 1.9 серія та номер паспорта зазначаються лише для тих фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний конт.ролюючий орган і мають відмітку в паспорті;~~

~~4) у пункті 1.11 зазначається адреса для надання ПМД за місцем проживання (перебування) та листування;~~

~~5) у пункті 1.12 для пацієнтів віком від 14 до 18 років обов'язково зазначаються дані одного з батьків (законних представників);~~

~~6) 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);~~

~~7) пункти 4.1-4.6 заповнюються тільки для пацієнтів, які є недієздатними або не досягли 14-річного віку;~~

~~8) у пункті 4.6 зазначається номер телефону або адреса електронної пошти.~~

~~7. У разі зміни інформації, що міститься в пунктах 1.1-1.11, 4 Декларації, пацієнт (його законний представник) зобов'язаний уточнити змінені дані самостійно через електронну систему охорони здоров'я або шляхом звернення до надавача ПМД, якому було подано Декларацію.~~

8. Пацієнт має право на отримання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, у надавача ПМД з моменту подання

<p>йому Декларації та до її припинення.</p>	
<p>IV. Припинення та тимчасове призупинення дії Декларації</p> <p>1. Підставами для припинення Декларації є:</p> <p>1) подання пацієнтом (його законним представником) Декларації про вибір іншого лікаря, який надає ПМД;</p> <p>2) подання пацієнтом (його законним представником) заяви про припинення Декларації у довільній формі;</p> <p>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 ФОП, яка є надавачем ПМД, крім випадків реорганізації юридичної особи;</p> <p>4) анулювання ліцензії надавача ПМД на право провадження господарської діяльності з медичної практики;</p> <p>5) припинення провадження господарської діяльності з медичної практики надавачем ПМД;</p> <p>6) припинення трудових відносин з лікарем, який надає ПМД, зазначеним в Декларації, та надавачем ПМД або ФОП, що має господарські відносини з таким надавачем ПМД, або припинення господарських відносин між надавачем ПМД або ФОП, що обраний(а) лікарем, який надає ПМД за Декларацією;</p>	<p>IV. Припинення дії Декларації</p> <p>1. Підставами для припинення дії Декларації є:</p> <p>1) подання пацієнтом (його законним представником) Декларації про вибір іншого лікаря, який надає ПМД;</p> <p>2) подання пацієнтом (його законним представником) заяви до НСЗУ про припинення дії Декларації згідно з цим Порядком;</p> <p>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 ФОП, яка є надавачем ПМД, крім випадків реорганізації юридичної особи;</p> <p>4) анулювання ліцензії надавача ПМД на право провадження господарської діяльності з медичної практики або внесення змін до ліцензії, які не передбачають права на подальше надання ПМД;</p> <p>5) припинення провадження господарської діяльності з медичної практики надавачем ПМД;</p> <p>6) припинення трудових відносин лікаря, який надає ПМД, зазначеним в Декларації, з надавачем ПМД, зазначеним в Декларації;</p> <p>7) подання заяви лікарем, який надає ПМД, зазначеним в Декларації, керівнику надавача ПМД про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не</p>

~~7) набрання законної сили вироком суду про заборону лікарю, який надає ПМД, зазначеному в Декларації, займатись медичною діяльністю;~~

8) подання заяви лікарем, який надає ПМД, про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку надавача ПМД, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;

9) смерть лікаря, який надає ПМД;

10) досягнення пацієнтом 18-річного віку у разі, якщо згідно з Декларацією лікарем, який надає ПМД, обрано лікаря-педіатра;

11) смерть пацієнта.

2. У випадку, передбаченому підпунктом 8 пункту 1 цього розділу, Декларація припиняється через десять календарних днів з дати повідомлення надавачем ПМД пацієнта (його законного представника) про припинення такої Декларації. У всіх інших випадках Декларація припиняється з дня, наступного за днем виникнення відповідної підстави.

виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку надавача ПМД, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;

8) смерть лікаря, який надає ПМД;

9) досягнення пацієнтом 18-річного віку у разі, якщо згідно з Декларацією лікарем, який надає ПМД, обрано лікаря-педіатра;

10) смерть пацієнта;

11) деактивація запису про пацієнта у Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я 30 листопада 2020 року № 2755, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666;

12) повідомлення надавачем ПМД НСЗУ про намір неукладання (непродовження) договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій після припинення його дії.

2. У випадку, передбаченому підпунктом 7 пункту 1 цього розділу, Декларація припиняється через десять календарних днів з дати повідомлення надавачем ПМД НСЗУ про необхідність припинення такої Декларації.

У всіх інших випадках Декларація припиняється з дня, наступного за днем виникнення відповідної підстави.

У випадках, передбачених підпунктами 5 і 7 пункту 1 цього розділу, про настання відповідних обставин надавач ПМД повідомляє НСЗУ протягом трьох днів з моменту їх виникнення.

3. У разі реорганізації юридичної особи - надавача ПМД Декларації, подані такому надавачу ПМД до реорганізації, не припиняються, а залишаються чинними і вважаються поданими юридичній особі - правонаступнику за умови збереження відповідних правовідносин з лікарем, який був обраний пацієнтом.

~~4. Припинення та призупинення дії Декларації не є підставою для ненадання безперервної та безоплатної ПМД пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, у~~

У випадку, передбаченому підпунктом 12 пункту 1 цього розділу, надавач ПМД повідомляє НСЗУ про настання відповідних обставин із зазначенням дати припинення дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

У разі припинення дії Декларації з підстав, передбачених підпунктами 3-6, 8, 11, 12 пункту 1 цього розділу, надавач ПМД повинен протягом одного місяця з дати припинення дії Декларації повідомити про це пацієнта (його законного представника) за допомогою бажаного способу зв'язку, зазначеного у Декларації такого пацієнта.

У разі припинення дії Декларації з підстав, передбачених підпунктом 7 пункту 1 цього розділу, надавач ПМД повинен протягом трьох робочих днів з дати припинення дії Декларації повідомити про це пацієнта (його законного представника) за допомогою бажаного способу зв'язку, зазначеного у Декларації такого пацієнта.

3. У разі реорганізації юридичної особи - надавача ПМД шляхом приєднання або злиття, Декларації, подані такому надавачу ПМД, вважаються поданими юридичній особі - надавачу ПМД, який є правонаступником реорганізованої юридичної особи, за умови звернення до НСЗУ юридичної особи- правонаступника, а також оформлення трудових відносин такого правонаступника з лікарем, зазначеним в Декларації, та збереження права цим лікарем надавати медичні послуги з ПМД такому пацієнту.

~~державних і комунальних закладах охорони здоров'я.~~

~~Дія Декларації тимчасово призупиняється з дати припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій до дня укладення нового договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.~~

~~5. У разі припинення Декларації відповідно до однієї з підстав, передбачених підпунктами 4-9 пункту 1 цього розділу, або у випадку тимчасового призупинення дії Декларації надавач ПМД повинен протягом одного місяця з дати припинення Декларації повідомити про це пацієнта (його законного представника) за допомогою бажаного способу зв'язку, зазначеного у Декларації такого пацієнта.~~

4. У випадку утворення в результаті виділу закладу охорони здоров'я, який надає послуги з ПМД, Декларації, які були подані закладу охорони здоров'я з якого був здійснений виділ, за умови отримання у встановленому порядку ліцензії на провадження діяльності з медичної практики утвореним закладом та його звернення до НСЗУ, вважаються поданими закладу охорони здоров'я, який утворений в результаті виділу, за умови оформлення трудових відносин з лікарями, які обрані за такими Деклараціями та збереження права цих лікарів надавати ПМД таким пацієнтам.

5. У разі припинення закладу охорони здоров'я шляхом реорганізації (поділу), Декларації, які були подані такому закладу охорони здоров'я, вважаються поданими закладу охорони здоров'я- правонаступнику, за умови отримання правонаступником у встановленому порядку ліцензії на провадження діяльності з медичної практики, звернення до НСЗУ, оформлення трудових відносин з лікарями, які надають ПМД та обрані за такими Деклараціями та збереження права цих лікарів надавати ПМД таким пацієнтам .

Пункти 3 - 5 цього розділу застосовуються у разі, якщо пацієнт (його законний представник) не подав нову Декларацію або заяву про припинення Декларації до настання всіх умов, передбачених зазначеними пунктами.

**Форма декларація про вибір лікаря,
який надає первинну медичну допомогу затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я 19.03.2018 № 503,**

**зарєєстрованим в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р.
за № 347/31799**

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

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

1. ПАЦІЄНТ**3. НАДАВАЧ ПМД**

1.1. Прізвище

3.1. Повне найменування / П.І.Б.

1.2. Ім'я

3.2. Код ЄДРПОУ

1.3. По батькові

3.3. Контактний номер телефону

1.4. Дата народження

3.4. Адреса електронної пошти

1.5. Місто, країна народження

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

1.6. Стать

**4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК
ПАЦІЄНТА**

1.7. Контактні дані

4.1. Прізвище, ім'я, по батькові

1.7.1. Номер телефону

4.2. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі документа, що посвідчує особу законного представника, та орган, що його видав

1.7.2. Адреса електронної пошти (за наявності)

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

1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку

4.4. Номер телефону

1. ПАЦІЄНТ**3. НАДАВАЧ ПМД**

1.1. Прізвище

3.1. Повне найменування / П.І.Б.

1.2. Власне ім'я

3.2. Код ЄДРПОУ/РНОКПП*

1.3. По батькові **(за наявності)**

3.3. Контактний номер телефону

1.4. Дата народження

3.4. Адреса електронної пошти

1.5. Місто, країна народження

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

1.6. Стать

**4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК
ПАЦІЄНТА**

1.7. Контактні дані

4.1. Прізвище, власне ім'я, по батькові **(за наявності)**1.7.1. Номер телефону **(за наявності)**

4.2. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі документа, що посвідчує особу законного представника, та орган, що його видав

1.7.2. Адреса електронної пошти **(за наявності)**

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

<p>1.8. Документ, що посвідчує особу</p> <p>1.8.1. Тип документа</p> <p>1.8.2. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, термін дії документа (за наявності)</p> <p>1.9. Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта</p> <p>1.10. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)</p>	<p>4.5. Адреса електронної пошти (за наявності)</p> <p>4.6. Бажаний спосіб зв'язку</p> <p>5. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)</p> <p>Своїм підписом: підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, зазначеного в главі 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.</p>	<p>1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку</p> <p>1.8. Документ, що посвідчує особу</p> <p>1.8.1. Тип документа</p> <p>1.8.2. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, термін дії документа (за наявності)</p> <p>1.9. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)</p> <p>1.10. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)</p>	<p>4.4. Номер телефону</p> <p>4.5. Адреса електронної пошти (за наявності)</p> <p>4.6. Бажаний спосіб зв'язку</p> <p>5. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)</p> <p>Своїм підписом підтверджую вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, достовірність наданих мною даних, те 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, а також надання згоди на доступ до відомостей про мене (пацієнта), що містяться в електронній системі охорони здоров'я, обраному лікарю, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями</p>
<p>1.11. Адреса місця фактичного проживання або перебування</p> <p>1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настання екстреного випадку з пацієнтом</p> <p>1.12.1. Прізвище, ім'я, по батькові</p> <p>1.12.2. Контактний номер телефону</p> <p>2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД</p>	<div data-bbox="573 831 1106 903" style="border: 1px solid black; height: 45px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">(підпис)</p> <p>6. ДАТА ПОДАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ</p>	<div data-bbox="1128 831 1563 903" style="border: 1px solid black; height: 45px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">(підпис)</p> <p>1.11. Адреса місця фактичного проживання або перебування</p> <p>1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настання екстреного випадку з пацієнтом</p> <p>1.12.1. Прізвище, власне ім'я, по батькові</p> <p>1.12.2. Контактний номер телефону</p> <p>2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД</p>	<div data-bbox="1581 831 2123 903" style="border: 1px solid black; height: 45px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">(підпис)</p> <p>6. ДАТА ПОДАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ</p>

<p>2.1. Прізвище, ім'я, по батькові</p> <p>2.2. Контактний номер телефону</p> <p>2.3. Адреса електронної пошти</p> <p>2.4. Посада лікаря-спеціаліста</p>	<p>2.1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)</p> <p>2.2. Контактний номер телефону</p> <p>2.3. Адреса електронної пошти</p> <p>2.4. Посада лікаря</p> <p>* серія та номер паспорту (ID-карти) (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті) фізичної особи - підприємця</p>
<p>Порядок ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я 30.11.2020 № 2755, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13.01.2021 за № 44/35666</p>	
<p>3. У цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях: деактивація запису - припинення функціональності запису про пацієнта в центральній базі даних системи, пов'язаної з можливістю внесення змін до цього запису, перегляду відомостей, які він містить, та створення пов'язаної з цим записом медичної інформації медичними працівниками суб'єктів господарювання;</p>	<p>3. У цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях: деактивація запису - встановлення запису про пацієнта в Реєстрі статусу «неактивний», що призводить до припинення функціональності запису про пацієнта в центральній базі даних системи, пов'язаної з можливістю внесення змін до цього запису, перегляду відомостей, які він містить, та створення пов'язаної з цим записом медичної інформації медичними працівниками суб'єктів господарювання;</p>
<p>10. Відомості, які містяться в Реєстрі про пацієнта: 11) інформація про обраний метод(и) автентифікації, а</p>	<p>10. Відомості, які містяться в Реєстрі про пацієнта: 11) інформація про обраний метод(и) автентифікації, а</p>

<p>саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> за номером мобільного телефону пацієнта; за електронними копіями оригіналів документів шляхом їх завантаження до системи; за унікальним ідентифікатором іншого пацієнта в Реєстрі. 	<p>саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> за номером мобільного телефону пацієнта; за електронними копіями оригіналів документів шляхом їх завантаження до системи; за унікальним ідентифікатором іншого пацієнта в Реєстрі; <p>12) статус запису про пацієнта в Реєстрі: «активний» («active»); «неактивний» («inactive»);</p> <p>13) статус верифікації запису про пацієнта в Реєстрі: «потребує верифікації» («VERIFICATION_NEEDED»); «на верифікації» («IN_REVIEW»); «успішна верифікація» («VERIFIED»); «неуспішна верифікація» («NOT_VERIFIED»);</p> <p>14) причина верифікації запису про пацієнта в Реєстрі.</p>
<p>20. З метою забезпечення точності та достовірності інформації в Реєстрі НСЗУ проводить верифікацію даних Реєстру відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».</p>	<p>20. З метою забезпечення точності та достовірності інформації в Реєстрі НСЗУ проводить верифікацію даних Реєстру відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».</p> <p>Верифікація даних реєстру здійснюється автоматично Системою або уповноваженими особами НСЗУ.</p>
<p>21. Деактивація записів у Реєстрі здійснюється НСЗУ виключно:</p>	<p>21. Статус запису про пацієнта в Реєстрі, передбачений підпунктом 12 пункту 10 цього Порядку,</p>

<p>у зв'язку зі смертю пацієнта; за результатами здійснення верифікації даних Реєстру відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411.</p>	<p>встановлюється автоматично або шляхом зміни відомостей в Реєстрі уповноваженими посадовими особами НСЗУ виключно у таких випадках: у зв'язку зі смертю пацієнта; за результатами здійснення верифікації даних Реєстру відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411.</p>
<p>Відсутній</p>	<p>22. Статус та причина верифікації запису про пацієнта в Реєстрі, передбачений підпунктами 113-14 пункту 10 цього Порядку, встановлюється автоматично або шляхом зміни відомостей в Реєстрі уповноваженими посадовими особами НСЗУ в такому порядку: присвоєння статусу «потребує верифікації» встановлюється автоматично системою для всіх записів про пацієнтів в реєстрі після їх реєстрації або внесення змін до відомостей; присвоєння статусу «на верифікації» здійснюється уповноваженими посадовими особами НСЗУ або автоматично системою для записів в статусі «потребує верифікації» після початку процесу верифікації окремого запису; присвоєння статусу «успішна верифікація» здійснюється уповноваженими посадовими особами НСЗУ або автоматично системою для записів в статусі «на верифікації» після завершення процесу верифікації окремого запису, якщо за результатами верифікації встановлено, що відомості про цього пацієнта є</p>

	<p>достовірними; присвоєння статусу «неуспішна верифікація» здійснюється уповноваженими посадовими особами НСЗУ або автоматично системою для записів в статусі «на верифікації» після завершення процесу верифікації окремого запису, якщо за результатами верифікації встановлено, що відомості про цього пацієнта є неповними, недостовірними або з помилками та необхідне внесення змін до відомостей з обов'язковим зазначенням коментаря щодо причини.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«__» _____ 2022 р.