

Комунікаційна рамка

Комунікаційна рамка щодо реформи МСЕК та впровадження оцінювання повсякденного функціонування

- [1. Ключові меседжі \(1 хвилина\)](#)
- [2. Ключові меседжі \(30 секунд\)](#)
- [3. Нововведення, що запроваджуються](#)
- [4. Як зміни вплинуть на життя людей](#)
- [5. Нормативно-правові акти, що регулюють зміни](#)
- [6. Навчальні вебінари](#)

На заміну застарілій, неефективній і корумпованій системі медико-соціальної експертизи з 1 січня 2025 року в Україні впроваджується оцінювання повсякденного функціонування, де в центрі - людина та її потреби. Цим ми виконуємо рішення РНБО про ліквідацію МСЕКів.

1. Ключові меседжі (1 хвилина)

МОЗ спільно з громадськими організаціями розпочали довгоочікувану реформу МСЕК. Це дозволить впровадити цілу низку змін, головні з яких три.

По-перше, змінюється підхід: замість статусів чи ярликів ми говоримо про потреби людини. Головний не діагноз і не хвороба, а те, як допомогти кожній людині максимально повноцінно функціонувати – жити і працювати.

По-друге, саме оцінювання повсякденного функціонування будуть проводити не бюрократи, а лікарі-практики у лікарнях.

І, по-третє, систему буде повністю цифровізовано, вона стане зручною для людей, ефективною і прозорою, з інтеграцією з іншими сферами. При цьому всі ті статуси, довідки, пенсії, які вже призначено людям, залишаються дійсними.

2. Ключові меседжі (30 секунд)

Реформа МСЕК давно назріла. Три головні моменти. Замість статусів чи ярликів – потреби людини. Головний не діагноз, а можливість кожної людини жити і працювати. Оцінювати її можливості та порушення будуть не бюрократи, а практикуючі лікарі в лікарнях. Система буде цифровою – зручною і прозорою. І важливо: всі статуси та пенсії, які є на цей момент, залишаються дійсними.

3. Нововведення, що запроваджуються

1. Новий процес оцінювання повсякденного функціонування

Він замінює медико-соціальну експертизу для дорослих та проводитиметься експертними командами з використанням електронної системи.

Направити на оцінювання зможе лікуючий лікар або голова ВЛК.

Експертні команди створюються на базі закладів охорони здоров'я, визначених військовими адміністраціями за погодженням з МОЗ. Загалом це майже 300 кластерних і

надкластерних лікарень, а також інші визначені лікарні там, де основних не вистачає. Лікарні краще оснащені та зручніші для пацієнтів, до них легше дістатися, можна зробити потрібні дослідження на місці.

Створено понад 1400 експертних команд, в яких працюватимуть понад 6000 лікарів, що втричі більше порівняно з попередньою системою МСЕК. Команди формуються з лікарів-практиків, спеціальності яких потрібні для розгляду справи.

Оцінювання повсякденного функціонування може здійснюватись очно, заочно, з використанням засобів телемедицини та за місцем перебування чи лікування людини.

Уповноважений представник пацієнта може бути присутнім на оцінюванні.

Законодавство також визначає і процедури оскарження рішень та моніторингу оцінювання повсякденного функціонування особи.

2. Деперсоналізація процесів

Систему буде цифровізовано, що зробить її зручною та прозорою, мінімізує корупційні ризики.

Склад експертних команд формуватиметься автоматичним способом індивідуально під кожен випадок та з урахуванням потрібного профілю лікаря. Особисті дані лікарів та пацієнтів залишаються прихованими до моменту оцінювання.

3. Державна типова програма реабілітації (ДТП) та індивідуальна програма реабілітації (ІПР) осіб з інвалідністю

Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) складатиметься з кількох частин, кожна з яких буде охоплювати окремий аспект життєдіяльності людини, зокрема медичний, соціальний, освітній та сферу зайнятості. За результатами оцінювання експертні команди формуватимуть «медичну» частину ІПР, яка передбачатиме, зокрема, потребу в допоміжних засобах реабілітації та медичних виробках, а також зазначатимуть, чи є потреба в послугах чи реабілітації в інших сферах. Конкретний перелік послуг, заходів та реабілітації в інших сферах життєдіяльності буде визначатися фахівцями в цих сферах.

ІПР як і раніше є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, реабілітаційними закладами, підприємствами, установами, організаціями, в яких навчається, працює або перебуває особа з інвалідністю.

ДТП для повнолітніх залишається, але відтепер без обмеження, що її може розробляти виключно Міністерство соціальної політики.

4. Оновлені правила оскарження рішень

Розгляд оскаржень та перевірку обґрунтованості рішень проводитимуть експертні команди Центру оцінювання функціонального стану особи, до складу яких входитимуть лікарі з державних закладів охорони здоров'я з усієї країни.

Людина може самостійно оскаржувати рішення експертної команди через свого лікуючого лікаря, який направив на оцінювання, в електронній системі або направивши скаргу у паперовій формі безпосередньо до Центру оцінювання функціонального стану особи.

5. Фундамент для впровадження МКФ у різних сферах

Закон закладає фундамент для подальшого впровадження оцінювання функціонування людини з урахуванням біопсихосоціальної моделі і в інших сферах: освітній, соціальній, сфері зайнятості, сфері фізичної культури та спорту, фіксацію результатів такого

оцінювання, що відображають потреби людини, з використанням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, не скасовуючи статуси «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю».

6. Збереження чинності старих документів МСЕК

Усі рішення, довідки та інші документи, видані МСЕК до 31.12.2024 року, залишаються чинними та продовжують бути підставами для оформлення або продовження надання особам з інвалідністю статусів, пільг, пенсій, допомог, компенсацій, надбавок, інших соціальних гарантій тощо, у тому числі для цілей, визначених у законах України «Про військовий обов'язок та військову службу» і «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію», на весь термін дії довідки до акту огляду медико-соціальною експертною комісією до проведення планового оцінювання повсякденного функціонування особи експертними командами..

7. Передача справ від МСЕК

Визначено обов'язок для МСЕК забезпечити передачу визначеним закладам охорони здоров'я всіх наявних у них медико-експертних справ та архівних документів.

8. Розгляд справ

Справи, що не були розглянуті МСЕК до кінця минулого року, розглядаються експертними командами. При цьому людину обов'язково повідомлять про дату та нову адресу, де відбудеться оцінювання.

Водночас для людей, в яких строк повторного огляду припадає на січень-червень 2025 року і які не змогли своєчасно його пройти, строк інвалідності продовжується до дати прийняття рішення за результатами оцінювання повсякденного функціонування, але не довше ніж до 01.07.2025.

Для людей, в яких інвалідність встановлена пожиттєво, оцінювання проходити не потрібно. Зберігають чинність всі права, документи, виплати, пільги, соціальні послуги та відстрочки. Повторне оцінювання можливе виключно за вашим бажанням або за рішенням суду.

9. Види документів

Доповнюються види документів, на підставі яких може підтверджуватись інвалідність, а також запроваджуються особливості встановлення інвалідності для певних категорій діючих або колишніх військовослужбовців.

Зокрема, з 01.01.2025 для підтвердження встановленої інвалідності, ступеню втрати професійної працездатності та визначення потреби в реабілітаційних заходах можуть використовуватись не лише документи, видані медико-соціальними комісіями, але й витяги, інші документи, видані експертними командами з оцінювання повсякденного функціонування особи.

4. Як зміни вплинуть на життя людей

1. В основі нової системи – орієнтація на індивідуальні потреби кожної людини принцип. Це означає, що головне – не папірець. Головне – вчасно і швидко допомогти людині, щоби врахувати її справжні потреби і щоб вона могла жити і працювати повноцінно, з гідністю.

Замість медико-соціальної експертизи – оцінювання повсякденного функціонування особи і персоналізований підхід. Зокрема, яке лікування, реабілітація, допоміжні засоби, а також соціальні послуги, психологічна, освітня, економічна чи фінансова підтримка потрібні, щоб людина жила настільки повноцінним життям, наскільки це можливо в кожному індивідуальному випадку.

Тому замість окремих 328-ми МСЕКів запрацювали команди фахівців у лікарнях. Створено понад 1400 експертних команд, в яких працюють понад 6000 лікарів, що втричі більше порівняно з попередньою системою МСЕК.

2. Оцінювання будуть проводити лікарі-практики у лікарнях.

Людина заслуговує, щоб рішення про її подальше життя приймали об'єктивні, неупереджені практикуючі лікарі, а не бюрократи.

Тому замість окремих МСЕКів запрацюють команди фахівців у лікарнях.

Усього таких лікарень 294 – це так звані кластерні та надкластерні лікарні, тобто ті, де працює найбільше лікарів, які найкраще оснащені і які вже останні 2 роки створювали мультидисциплінарні реабілітаційні команди фахівців. Також за потреби або в разі відсутності затвердженої спроможної мережі закладів охорони здоров'я на території регіону, оцінювання може проводитись в інших закладах охорони здоров'я комунальної або державної форми власності.

І людина зможе не лише пройти оцінювання повсякденного функціонування в лікарів-практиків, а й продовжити реабілітацію чи лікування у тому самому закладі.

Більше того: склад команди фахівців, яка оцінює, буде формуватися для кожного окремого пацієнта, з урахуванням його конкретної ситуації. Оцінювання може бути очне, заочне, дистанційне чи з виїздом додому, залежно від можливостей і потреб людини, що врегульовується законодавством. Замість конвеєра – професіоналізм і увага до людини.

3. Система стане цифровою. Це вирішить проблеми і неефективності, і корупції.

Паперовими залишаться тільки ті документи, які вже існують і є в людини на руках. Нові довідки і посвідчення вже не будуть потрібні. Для зручності людини, після проведення оцінювання видаватиметься витяг з рішення експертної команди. Тобто, хоча саме рішення є електронним, паперовий витяг дає людині можливість зберегти собі документ, який підтверджує розгляд експертною командою його справи.

Сьогодні у стосах паперів дуже легко заховати зловживання. У цифровій системі все прозоро: все фіксується і все можна відслідкувати.

Крім того, до останнього моменту лікарі не знатимуть імені людини, яку будуть оцінювати, а людина не знатиме, хто увійде в команду для розгляду її справи. Це закріє можливості для охочих купувати потрібні корупційні рішення.

Що не змінюється:

- Права та гарантії осіб з інвалідністю та наявність самого статусу “особа з інвалідністю”
- Процеси для дітей з інвалідністю

Колишні МСЕК:

Що змінилося:

Комісія має фіксований склад, тому у пацієнта немає змоги змінити лікаря, який буде проводити експертизу. Існували профільні комісії	Команди для оцінювання формуватимуться індивідуально з профільних фахівців, відповідно до потреб пацієнта
Лікарі МСЕК зайняті виключно експертизою і не мають зобов'язань надавати практичну медичну допомогу	Команда складається виключно з практикуючих лікарів - підвищується фаховість експертизи
На додаткові обстеження направляють в інші медичні заклади, тому що на місці немає матеріально-технічної бази.	Оснащення лікарень дає можливість проводити додаткові обстеження за місцем проходження.
Спосіб направлення: людина збирає пакет паперових документів, лікарсько-консультативна комісія своїм рішенням дає направлення на МСЕК	Направлення створюватиметься за показаннями у спеціальній електронній системі. Лікуючі лікарі та лікарі ВЛК зможуть формувати такі направлення самостійно, без залучення ЛКК
Голови МСЕК виносять рішення	Думки кожного з лікарів, які проводили оцінювання, фіксуються в електронному вигляді та приймається спільне рішення. При цьому ніхто з лікарів, що займали посади голів МСЕК до 1 січня 2025 року, НЕ МАЮТЬ ПРАВА проводити оцінювання
Присутність представника особи, якій проводять оцінювання, не передбачено	Надано право при оцінюванні бути присутнім уповноваженому представнику особи, оцінювання якої проводиться

5. Нормативно-правові акти, що регулюють зміни

- [Закон “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи”](#)

Передбачає ліквідацію медико-соціальної експертизи та запровадження оцінювання функціонування, яке будуть проводити експертні команди лікарів-практиків на базі лікарень. Цим документом вносяться зміни до 32 законів та кодексів України.

- [Постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338 “Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи”](#)

Затверджує низку положень та порядків, що унормовують новий порядок проведення оцінювання, а також скасовує та змінює деякі постанови Кабінету Міністрів України щодо медико-соціальної експертизи.

- [Наказ МОЗ від 10.12.2024 № 2067 "Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи"](#)

Документ визначає перелік первинної документації для роботи експертних команд та закладає основу для цифровізації процесу оцінювання повсякденного функціонування особи та встановлення інвалідності.

Повний перелік актів законодавства, яким регулюється питання реформування

6. Навчальні вебіари

- [Графік вебіарів та запис](#) минулих вебіарів для лікарів експертних команд
- Вебіар ["Реформа МСЕК: надання громадянам послуг у ЦНАП і центрах зайнятості"](#)

7. Контакти

[Веб-сайт МОЗ](#)

Отримати консультацію можна щоденно за такими номерами:

 0 800 505 201 — загальна гаряча лінія МОЗ із питань сфери охорони здоров'я, зокрема питань оцінювання повсякденного функціонування особи.

15-45 - Урядова гаряча лінія

Нова система оцінювання орієнтована на потреби людини, сприяє реабілітації, соціальній адаптації та поверненню до активного життя. Докладніше про реформу можна дізнатися на офіційному [сайті МОЗ](#).

Пацієнтам

Реформа МСЕК та впровадження оцінювання повсякденного функціонування

Поширені запитання та відповіді

Пацієнтам

Зміни для пацієнтів

1. З якої дати розпочались зміни та що змінилось у процесі встановлення інвалідності?
2. Чи чинні статус інвалідності та довідка МСЕК до дати наступного оцінювання?
3. Чи будуть скасовані групи інвалідності?
4. Який процес отримання групи інвалідності з 01.01.2025?
5. Чи будуть зобов'язані військовозобов'язані особи з інвалідністю пройти нову оцінку стану здоров'я у багатопрофільних лікарнях?
6. Чи можливий перегляд рішень щодо незаконно встановленої інвалідності на безстроковий термін?
7. Чи зміниться процес встановлення інвалідності дітям?
8. Як буде забезпечуватися перехід з дитячої групи інвалідності у дорослу за новою системою?
9. Як бути немобільним пацієнтам, які перебувають під наглядом сімейного лікаря? Хто має сформулювати направлення на оцінювання та провести додаткові обстеження?
10. Які зміни очікують осіб, яким інвалідність була встановлена з дитинства?
11. Що буде, якщо лікар не вбачає втрати працездатності, а пацієнт наполягає на направленні на оцінювання?
12. Як нова система мінімізує корупційні ризики встановлення інвалідності на незаконних підставах?
13. Як цифровізація процесів мінімізує корупційні ризики?
14. Яким чином буде дотримано соціальні гарантії для ветеранів у частині встановлення інвалідності пожиттєво у разі отримання необоротних втрат здоров'я?
15. Чи скасовані з 01.01.2025 виплати пацієнтам зі встановленою інвалідністю?
16. Як бути з обстеженнями, які НСЗУ оплатою не покриває повністю? Хто буде покривати ці витрати?
17. Чи забезпечується статистичний аналіз кількості пацієнтів з обмеженнями функціонування з 01.01.2025 в порівнянні з минулими роками?
18. До кінця 2024 року МСЕК займалися в т. ч. питанням визначення профілю будинку інтернату (для психічно хворих пацієнтів). Як зміниться цей процес із впровадженням нової системи?
19. За якими шкалами оцінювання буде відбуватися визначення відсотку втрати професійної працездатності?
20. Який документ я зможу надати роботодавцю про результати оцінювання?
21. Через скільки часу я можу звернутися до органу соціального захисту населення для

внесення в базу записів до посвідчення про продовження строку дії групи?

22. Чи буде потрібна форма 027/0 для передачі експертним командам?

23. Як будуть організовані черги при проходженні пацієнтом оцінювання?

24. Після запровадження нової системи чи будуть видавати довідку та ІПР та на який термін?

25. Чи є обмеження щодо віку пацієнтів, які можуть бути скеровані на оцінювання?

26. Чи може нотаріус засвідчити копію витягу з рішення експертної команди?

Новий процес оцінювання

27. На якій платформі буде забезпечена цифровізація подальшої роботи?

28. Якщо для кожного пацієнта буде створюватись персональний склад комісії, то хто саме буде формувати її склад?

29. Які строки розгляду справ експертною комісією?

30. Як здійснюється комунікація з пацієнтом, який не має доступу до мережі Інтернет?

31. Як визначається формат оцінювання – очний, заочний, з використанням методів і засобів телемедицини або за місцем перебування/ лікування особи?

32. Чи будуть залучені до оцінки обмеження травматологи чи інші лікарі-спеціалісти?

33. Хто такий лікуючий лікар, який направляє на оцінювання?

34. Чи може лікуючий лікар бути в іншому місті?

35. Як бути, якщо упродовж лікування одного захворювання (наприклад, онкологічного) є декілька лікуючих лікарів?

36. Чи може лікуючий лікар працювати у приватному медичному закладі?

37. Хто має створити направлення на додаткові обстеження?

38. Хто має створювати направлення на подальші візити до вузького спеціаліста?

39. Чи зобов'язаний лікуючий лікар, наприклад, травматолог внести в ІТ-систему ЕКОПФО всю інформацію як і щодо діагнозів та обстежень по його профілю, так і від інших спеціалістів?

40. Що робити, якщо лікар-спеціаліст відмовляється робити направлення на оцінювання та скеровує пацієнта до сімейного лікаря?

41. Яка буде застосована класифікація діагнозів?

42. Як буде визначатися основний діагноз пацієнта для встановлення інвалідності?

43. Чи може вірус імунodefіциту людини бути основним діагнозом для оцінювання?

44. Чому повну тиреоїдектомію виключили з переліку направлень на нове оцінювання?

45. Хто здійснює направлення на оцінювання пацієнта за наявності кількох захворювань?

46. Як буде забезпечуватися доступ до медичної історії пацієнта експертною командою?

47. Чи обов'язково проходити стаціонарне лікування при подачі документів на МСЕК та чи це зафіксовано в постанові КМУ № 1317?

48. Чи буде відповідальність експертної команди в разі виявлення помилки/порушення/неправильного діагнозу при наступному проходженні комісії в 2025 році?

49. Ким за фахом буде адміністратор закладу охорони здоров'я ?

50. Що робити, якщо пацієнт зіштовхується з корупцією при проходженні оцінювання?

- 51. Як будуть проходити огляди в разі відключень світла?
- 52. Як будуть захищені медичні дані пацієнта в його індивідуальній програмі реабілітації? Чи вказується в ньому код діагнозу?
- 53. Чи необхідно повторно формувати ІПР при призначенні допоміжних засобів реабілітації, медичних виробів та направляти пацієнта на експертні команди?
- 54. Як буде забезпечуватися уникнення перевантаження лікарів?
- 55. Як лікарі будуть забезпечувати внесення інформації в електронну систему? Чи не збільшить це час оглядів?
- 56. Для чого та як буде проходити відеозапис процесу оцінювання? Чи можна запросити довірену особу бути присутньою?
- 57. Хто може бути представниками особи, стосовно якої здійснюється оцінювання?
- 58. В яких медичних закладах Києва будуть проводитися оцінювання?
- 59. Чи може бути спрощено процес формування документації на оцінювання лікарями приватних медичних закладів за наявності медичного страхування у пацієнта?
- 60. Як здійснюється оцінювання повсякденного функціонування для громадян України за кордоном?

Повторні огляди для людей з інвалідністю

- 61. Яким чином документально підтвердити автоматичне продовження строку інвалідності на період до 30 червня 2025 року?
- 62. Що робити, якщо стан пацієнта погіршується, але термін переогляду ще не настав?
- 63. Чи передбачені зміни для пацієнтів, у яких статус безстроковий (тобто інвалідність встановлена позитивно)?
- 64. Що робити, якщо строк повторного огляду припадає на січень-червень 2025 року?
- 65. Що робити, якщо я з поважних причин не зміг/змогла раніше пройти повторний огляд протягом 2022-2024 року?
- 66. Що буде, якщо мої документи були передані МСЕК, проте я ще не отримав відповіді?
- 67. Чи будуть чинні документи, в яких визначено потребу в постійному догляді для осіб з 1 або 2 групою інвалідності?
- 68. Як буде встановлюватися відсоток втрати непрацездатності людям з інвалідністю внаслідок війни у категорії 60+?
- 69. Як зараз проходити МСЕК військовим, звільненим через поранення з переглядом через півроку?
- 70. Чи буде в межах реформи переглянутий процес отримання групи інвалідності довічно, якщо стан пацієнта не покращується?
- 71. Що робити пацієнту, у разі втрати документів, які підтверджують інвалідність?

Зміни для пацієнтів

- 1. З якої дати розпочались зміни та що змінилось у процесі встановлення інвалідності?**
З 1 січня 2025 року відбувся початок роботи експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи.

Після 1 січня 2025 для громадян, які мають проходити повторний огляд, у разі неможливості їх проходження подовжено строк проходження на 6 місяців від початку роботи експертних команд (тобто до 1 липня 2025 року).

2. Чи чинні статус інвалідності та довідка МСЕК до дати наступного оцінювання?

Так, статус інвалідності чинний за поточними документами, виданими МСЕК. Разом з ними зберігають чинність і всі права, виплати, пільги, соціальні послуги та відстрочки.

На рівні закону закріплено однаковий статус раніше виданих документів МСЕК та документів експертних команд.

3. Чи будуть скасовані групи інвалідності?

Ні, групи інвалідності залишаються такими, як і раніше: 1А, 1Б, 2 і 3. Якщо у вас заплановано переогляд або виникла потреба в новому призначенні допоміжних засобів реабілітації, це буде здійснено експертною командою за новими критеріями з використанням електронної системи.

4. Який процес отримання групи інвалідності з 01.01.2025?

З 1 січня 2025 року ви звертаєтесь до свого лікуючого лікаря (або до голови ВЛК для військовослужбовців), який формує електронне направлення на оцінювання. Експертна команда проводить оцінювання (очно, заочно або з використанням засобів телемедицини або з виїздом до місця лікування/перебування пацієнта) та ухвалює рішення про встановлення інвалідності. Усі документи подаються через електронну систему, що робить процес зручним і прозорим.

Ваш лікар надасть докладні рекомендації щодо підготовки документів.

5. Чи будуть зобов'язані військовозобов'язані особи з інвалідністю пройти нову оцінку стану здоров'я у багатoproфільних лікарнях?

Люди з інвалідністю будуть проходити повторний огляд, як і раніше, у передбачений строк. Ніяких окремих оглядів чи оцінювань не буде. Наприклад, якщо в людини строк встановлено до 2027 року, то, відповідно, до цього часу статус "особа з інвалідністю" чинний, і довідку МСЕК можна надавати для отримання відстрочки, як це передбачено законом.

6. Чи можливий перегляд рішень щодо незаконно встановленої інвалідності на безстроковий термін?

Нова система передбачає механізми для перегляду рішень щодо інвалідності, якщо є обґрунтовані підстави вважати, що статус був наданий незаконно. Такий перегляд може здійснюватися лише в рамках законодавства та, у разі необхідності, у судовому порядку.

Перевірка обґрунтованості рішень, прийнятих під час оцінювання та/або прийнятих медико-соціальними експертними комісіями може проводитись на виконання постанови слідчого, прокурора, ухвали слідчого судді стосовно особи, зазначеної у постанові слідчого, прокурора або ухвалі слідчого судді, а також за запитом робочої групи із забезпечення здійснення моніторингу у сфері оцінювання повсякденного функціонування особи, утвореної керівником ОВА. Перевірка обґрунтованості рішень проводиться Центром оцінювання функціонального стану особи.

Важливо зазначити, що перегляд можливий виключно для забезпечення справедливості, але без порушення прав тих осіб, які отримали статус інвалідності обґрунтовано. Усі права громадян із безстроковою інвалідністю залишаються захищеними.

7. Чи зміниться процес встановлення інвалідності дітям?

Процеси щодо встановлення інвалідності дітям також потребують змін, аби бути більш зручними та орієнтованими на пацієнта. Це заплановано наступним етапом, а наразі для дітей залишається чинна система, де інвалідність встановлюється за рішенням лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я.

8. Як буде забезпечуватися перехід з дитячої групи інвалідності у дорослу за новою системою?

Для дітей з інвалідністю порядок встановлення інвалідності залишається чинним і здійснюється через лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) у закладах охорони здоров'я. ЛКК будуть відповідальні за розробку індивідуальних програм реабілітації та інші питання, пов'язані зі статусом інвалідності дитини.

Щодо дорослих, після досягнення повноліття застосовуватиметься нова система оцінювання функціонального стану особи. Це означає, що для встановлення “дорослої” інвалідності необхідно буде звернутися до лікуючого лікаря, який сформує направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи в електронній системі.

9. Як бути немобільним пацієнтам, які перебувають під наглядом сімейного лікаря? Хто має сформувати направлення на оцінювання та провести додаткові обстеження?

Для маломобільних груп пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного лікаря і мають ознаки інвалідності, процедура передбачає гнучкий підхід. Лікар, який безпосередньо веде пацієнта (у цьому випадку, як правило, сімейний лікар), може оформити направлення на оцінювання повсякденного функціонування з формою розгляду “за місцем перебування особи”. Якщо пацієнту потрібні додаткові обстеження, їх можна організувати виїзними бригадами або, за можливості, за допомогою телемедицинських технологій.

10. Які зміни очікують осіб, яким інвалідність була встановлена з дитинства?

Група інвалідності для осіб, яким вона встановлена з дитинства, залишатиметься чинною до дати, зазначеної в довідці МСЕК. Якщо перегляд запланований після 1 січня 2025 року, він проводитиметься за новою системою оцінювання.

11. Що буде, якщо лікар не вбачає втрати працездатності, а пацієнт наполягає на направленні на оцінювання?

У ситуації, коли пацієнт наполягає на направленні на оцінювання повсякденного функціонування експертною командою, а лікар не вбачає передбачених законодавством підстав, лікуючий лікар повинен діяти у межах своїх професійних обов'язків і керуватися медичними показаннями.

Лікаря може пояснити пацієнту, надавши обґрунтування своєї позиції, спираючись на результати обстежень, аналізів та відсутність передбачених законодавством медичних критеріїв для направлення на оцінювання.

12. Як нова система мінімізує корупційні ризики встановлення інвалідності на незаконних підставах?

Нова система оцінювання спрямована на мінімізацію корупційних ризиків завдяки електронній системі, системі моніторингу, підбору складу експертної команди за принципом випадковості та багатьох інших запобіжників, встановлених законодавством. Окрім того, що склад експертної команди невідомий пацієнту, лікарі також дізнаються про пацієнта лише в

день оцінювання. Також запроваджуються публічні онлайн-дашборди про роботу команд. Громадськість та управлінці зможуть побачити які команди продукують які рішення, з якою частотою, і де стоїть черга з пацієнтів. За принципом схоже на Дозорро для Прозорро.

Надалі в електронній системі планується впровадити ризик-орієнтований моніторинг щодо процесів оцінювання та відправку справ із прихованими особистими та контактними даними на перевірку обґрунтованості. Ми прагнемо створити максимально чесну й об'єктивну систему.

13. Як цифровізація процесів мінімізує корупційні ризики?

Впровадження електронної системи, має мінімізувати ризики, пов'язані з "ручними" схемами чи суб'єктивними рішеннями лікарів. Усі дії, включаючи призначення обстежень, процедур і рекомендацій, фіксуватимуться в електронній системі електронним підписом лікаря.

Це означає, що пацієнт отримує чіткий електронний слід кожного кроку у процесі оцінювання, а будь-які необґрунтовані або неетичні дії лікарів можуть бути легко відстежені й оскаржені.

14. Яким чином буде дотримано соціальні гарантії для ветеранів у частині встановлення інвалідності пожиттєво у разі отримання необоротних втрат здоров'я?

Соціальні гарантії для ветеранів залишаються незмінними. Якщо у ветерана є необоротні втрати здоров'я, група інвалідності встановлюється пожиттєво, як і раніше. Критерії визначення необоротних станів чітко прописані у нормативних документах і враховують діагнози, що підтверджують стійкий та незворотний характер порушень.

Для таких випадків рішення прийматиметься на основі медичних даних експертними командами із залученням профільних спеціалістів.

Ваші права та гарантії на підтримку залишаються під захистом держави.

15. Чи скасовані з 01.01.2025 виплати пацієнтам зі встановленою інвалідністю?

Статус інвалідності, всі виплати і гарантії після 01.01.2025 залишаються чинними за поточними документами, виданими МСЕК. Якщо є безстроковий статус, то проходити оцінювання не потрібно. Якщо є дата повторного огляду - то пройти його відповідно до попередніх рішень МСЕК.

Також для тих, чий повторний огляд припадає на початок 2025 року, термін для повторного огляду в разі неможливості його пройти продовжено на 6 місяців (до 01.07.2025) від початку впровадження оцінювання з повсякденного функціонування, як і відповідні права, виплати та гарантії.

16. Як бути з обстеженнями, які НСЗУ оплатою не покриває повністю? Хто буде покривати ці витрати?

У рамках оцінювання експертна команда може направити на додаткове обстеження і при цьому електронне направлення буде сформоване вже в ЕСОЗ. Оплата цих обстежень здійснюється в рамках медичних гарантій. Людина має право самостійно обрати місце проведення таких обстежень - важливо, щоб його результати були внесені до ЕСОЗ.

17. Чи забезпечується статистичний аналіз кількості пацієнтів з обмеженнями функціонування з 01.01.2025 в порівнянні з минулими роками?

У новій системі всі рішення фіксуватимуться прозоро в електронній системі, що дозволить точно аналізувати кількість осіб із різним рівнем функціонального обмеження. Крім того,

аналітична та статистична інформація з електронної системи буде оприлюднена на дашбордах.

18. До кінця 2024 року МСЕК займалися в т. ч. питанням визначення профілю будинку інтернату (для психічно хворих пацієнтів). Як зміниться цей процес із впровадженням нової системи?

З функціями, які раніше виконувала МСЕК, включно з визначенням профілю будинку-інтернату, працюватимуть нові експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування. Вони надаватимуть висновки, які будуть використовуватися для визначення потреби в догляді або реабілітації, включно з рекомендаціями щодо профілю закладу. Усі рішення прийматимуться з урахуванням медичних показань та соціальних потреб людини.

19. За якими шкалами оцінювання буде відбуватися визначення відсотку втрати професійної працездатності?

Визначення ступеня втрати професійної працездатності в новій системі здійснюватиметься відповідно до порядку та критеріїв встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності в рамках проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, що затверджені наказом МОЗ.

20. Який документ я зможу надати роботодавцю про результати оцінювання?

За результатами оцінювання особа отримує витяг із рішення та рекомендації, що є частиною індивідуальної програми реабілітації (ІПР) (у разі встановлення інвалідності). Ці документи можна надати роботодавцю для підтвердження статусу. Ці документи будуть доступні в електронній формі, а також за потреби — у паперовій.

ІПР як і раніше є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, реабілітаційними закладами, підприємствами, установами, організаціями, в яких навчається, працює або перебуває особа з інвалідністю.

21. Через скільки часу я можу звернутися до органу соціального захисту населення для внесення в базу записів до посвідчення про продовження строку дії групи?

Інформація про продовження статусу передається до соціальної сфери автоматично через електронну систему. Проте, якщо потрібні додаткові уточнення або внесення записів до посвідчення, ви можете звернутися до органу соціального захисту особисто. Точний час оновлення бази залежить від технічних процесів, але оновлення має відбуватися швидко (зазвичай у той же день) після завершення оцінювання.

22. Чи буде потрібна форма 027/0 для передачі експертним командам?

Форма 027/0 (виписка зі стаціонару) залишається важливою і може використовуватись для передачі інформації експертним командам. Вона підтверджує проведене лікування, діагноз і обстеження, тому її наявність є необхідною для прийняття рішення експертною командою у випадках, коли інформація в ній підтверджує стан або діагноз, з яким людина направлена на оцінювання повсякденного функціонування.

23. Як будуть організовані черги при проходженні пацієнтом оцінювання?

Час розгляду буде визначатися з урахуванням навантаження експертних команд та формуватиметься в електронній системі. Пацієнт заздалегідь отримає на електронну (або звичайну) пошту інформацію про дату та час розгляду його справи. Це зробить процес зручним та передбачуваним.

24. Після запровадження нової системи чи будуть видавати довідку та ІПР та на який термін?

Усі раніше видані індивідуальні програми реабілітації (ІПР) залишатимуться чинними протягом усього строку, на який було встановлено інвалідність. Для осіб із довічною групою інвалідності ІПР також діятимуть без обмежень.

Нова система передбачає впровадження витягу з рішення, який буде видаватися за результатами оцінювання. Якщо за результатом оцінювання людині встановлено інвалідність, їй також буде сформовано рекомендації, що є “медичною” частиною індивідуальної програми реабілітації. Тим, хто має довічну групу інвалідності, не потрібно буде проходити повторне оцінювання або переробляти документи, якщо в цьому немає потреби за їхнім бажанням. Усі їхні права, включно з реабілітаційними заходами, залишаються гарантованими.

25. Чи є обмеження щодо віку пацієнтів, які можуть бути скеровані на оцінювання?

На оцінювання зараз можуть бути направлені всі повнолітні особи, стан яких відповідає критеріям направлення на оцінювання. Якщо пацієнт вже має зібрані всі необхідні документи, лікуючий лікар може направити його на оцінювання.

Лікуючий лікар — це лікар закладу охорони здоров'я або лікар-ФОП, який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. Лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому Основами законодавства України про охорону здоров'я порядку.

Його основне завдання — надавати медичну допомогу, організовувати обстеження та оформлювати направлення на оцінювання повсякденного функціонування в разі необхідності.

У більшості випадків це лікар вузького профілю, чия спеціалізація відповідає основному захворюванню, що спричинило інвалідизацію. Наприклад:

Лікар-нефролог — хронічна хвороба нирок.

Лікар-офтальмолог — сліпота або тяжкі порушення зору.

Лікар-травматолог — травми кінцівок.

Лікар-онколог — злоякісні новоутворення чи видалення органу через них.

Лікар-кардіолог — хронічна серцева недостатність.

Лікар-психіатр — розлади психіки.

Сімейний лікар також може оформити направлення через електронну систему для пацієнтів відповідно до законодавства.

26. Чи може нотаріус засвідчити копію витягу з рішення експертної команди?

Нотаріус може засвідчити копію витягу з рішення за умови оформлення витягу відповідним чином: всі сторінки витягу мають бути прошитими, пронумерованими та скріплені печаткою закладу охорони здоров'я.

Відповідно до пункту 3 глави 8 Порядку вчинення нотаріальних дій нотаріусами України (затверджений наказом Міністерства юстиції України №296/5 від 22.02.2012) не приймаються порвані документи та документи, викладені на двох і більше окремих аркушах, якщо аркуші не з'єднані у спосіб, що унеможливило їх роз'єднання без порушення цілісності, не пронумеровані і не скріплені підписом відповідної посадової особи та печаткою юридичної особи (у разі наявності), яка видала документ.

Таким чином, витяги з рішень експертної команди, які особа має намір засвідчувати нотаріально, необхідно належним чином підготувати, а саме:

- 1) всі аркуші витягу з рішення пронумерувати з першої до останньої сторінки і поєднати їх у порядку нумерації;
 - 2) прошити (прошнурувати) аркуші витягу з рішення нитками, таким чином, щоб унеможливити їх роз'єднання;
 - 3) на тильному боці останнього аркушу витягу з рішення написати засвідчувальний текст:
«прошито і пронумеровано ____ аркушів»
після цього тексту поставити підпис відповідної посадової особи, розшифровку підпису, її посаду та дату.
- Детальніше: [w нотаріус_засвідчення_рішення_EK_0113-2025.docx](#)

Новий процес оцінювання

27. На якій платформі буде забезпечена цифровізація подальшої роботи?

Цифровізація процесу відбуватиметься через електронну систему щодо оцінювання повсякденного функціонування особи, де фіксуватимуться всі етапи оцінювання, що забезпечить прозорість та зручність для фахівців і пацієнтів.

28. Якщо для кожного пацієнта буде створюватись персональний склад комісії, то хто саме буде формувати її склад?

Склад експертних команд формується індивідуально для кожного випадку. Після появи технічної можливості склад експертних команд формується за допомогою електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи з дотриманням принципу випадковості, з-поміж доступних лікарів за спеціалізацією, необхідною для проведення оцінювання.

29. Які строки розгляду справ експертною комісією?

Від моменту отримання направлення адміністратор закладу охорони здоров'я протягом п'яти днів має розглянути його та документи, що прикріплені до направлення та або повернути на доопрацювання лікарю, який направив, або визначити експертну команду та дату розгляду. Засідання експертної команди проводиться у встановлений день, коли заплановано розгляд. Розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів з дня прийняття закладом охорони здоров'я електронного направлення до розгляду. У разі необхідності проведення додаткового обстеження розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів після завершення такого обстеження.

30. Як здійснюється комунікація з пацієнтом, який не має доступу до мережі Інтернет?

Для людей, які не мають доступу до інтернету, передбачено альтернативні способи комунікації. У разі потреби документи або повідомлення можуть бути надіслані поштовим рекомендованим листом.

31. Як визначається формат оцінювання – очний, заочний, з використанням методів і засобів телемедицини або за місцем перебування/ лікування особи?

Форма оцінювання фіксується лікуючим лікарем під час формування електронного направлення залежно від стану пацієнта, наявності необхідних документів та з урахуванням встановлених законодавством Критеріїв визначення форми проведення оцінювання та побажань пацієнта. Якщо відповідно до критеріїв розгляд може відбуватися заочно, але

пацієнт хоче бути присутнім, він має про це повідомити лікаря, який обере очну форму розгляду в направленні.

Остаточне рішення приймається адміністратором закладу, який відповідно до Критеріїв визначення форми проведення оцінювання на основі медичних показань та умов, визначених нормативними документами.

32. Чи будуть залучені до оцінки обмеження травматологи чи інші лікарі-спеціалісти?

Перелік спеціалістів у командах формується відповідно до потреб конкретної справи, зокрема для випадків, де є травматологічні діагнози чи інтервенції, справа буде направлятися до команди, де присутній травматолог.

33. Хто такий лікуючий лікар, який направляє на оцінювання?

За законом направлення на оцінювання може здійснювати лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги або лікуючий лікар з надання спеціалізованої медичної допомоги.

Як правило, лікуючий лікар – це лікар закладу охорони здоров'я або лікар-ФОП, який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. Лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому Основами законодавства України про охорону здоров'я порядку.

Зазвичай це лікар, чия спеціалізація безпосередньо відповідає профілю захворювання, тобто лікар, який надає спеціалізовану медичну допомогу. Саме він, у більшості випадків, буде направляти людину на оцінювання та надавати всі необхідні медичні висновки для оцінювання.

34. Чи може лікуючий лікар бути в іншому місті?

Так, лікуючий лікар може бути з іншого міста, якщо саме він веде ваше основне захворювання.

Головне, щоб цей лікар мав доступ до електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи для заповнення та підписання направлення.

35. Як бути, якщо упродовж лікування одного захворювання (наприклад, онкологічного) є декілька лікуючих лікарів?

У випадку онкохворого, який проходить різні етапи лікування (наприклад, хірургічне втручання, хіміотерапію, радіотерапію) під наглядом різних лікарів, лікуючим лікарем стає той спеціаліст, який веде пацієнта на момент підготовки до оцінювання функціонального стану. Це може бути лікар-онколог або інший фахівець, який найкраще знає стан пацієнта та забезпечує безперервність його лікування.

36. Чи може лікуючий лікар працювати у приватному медичному закладі?

Так, лікарі приватних медичних закладів, які зареєстровані в електронній системі щодо оцінювання повсякденного функціонування, можуть виступати лікуючими лікарями. У такому разі вони мають право надавати медичні послуги, необхідні для підготовки справи пацієнта, включно з оформленням медичних документів для направлення на оцінювання функціонального стану.

37. Хто має створити направлення на додаткові обстеження?

У рамках оцінювання повсякденного функціонування стану, якщо члени експертної команди бачать потребу в додатковому обстеженні, то головуючий у справі формує електронне направлення в ЕСОЗ відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого МОЗ.

38. Хто має створювати направлення на подальші візити до вузького спеціаліста?

Якщо пацієнт вже перебуває під наглядом вузького спеціаліста, подальші направлення (наприклад, на контрольний прийом чи додаткові обстеження) має забезпечувати саме цей фахівець.

39. Чи зобов'язаний лікуючий лікар, наприклад, травматолог внести в ІТ-систему ЕКОПФО всю інформацію як і щодо діагнозів та обстежень по його профілю, так і від інших спеціалістів?

Якщо саме травматолог формує направлення на оцінювання він має до електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування в сканованому форматі додати всі медичні документи, що є важливими для проведення оцінювання. Це стосується як основного, так і супутніх діагнозів та станів.

40. Що робити, якщо лікар-спеціаліст відмовляється робити направлення на оцінювання та скерує пацієнта до сімейного лікаря?

Питання координації направлень на оцінювання функціонального стану є чутливим і вимагає чіткого розподілу обов'язків між лікарями первинної ланки та вузькопрофільними спеціалістами.

Основна відповідальність за направлення лежить на лікуючому лікареві, який супроводжує пацієнта з інвалідизуючим станом. Це зменшує ризик так званого "футболу" пацієнта між лікарями. У разі виникнення ситуацій, коли вузький спеціаліст відмовляється здійснювати направлення, пацієнт має право звернутися до адміністрації закладу охорони здоров'я або скористатися гарячою лінією МОЗ.

41. Яка буде застосована класифікація діагнозів?

При оцінюванні повсякденного функціонування особи на першому етапі буде використовуватись Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) та порядок оцінювання для встановлення інвалідності. Далі буде додано концептуально новий опитник та оцінювання, за результатами якого буде формуватись профіль пацієнта згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Оцінювання враховуватиме як основний діагноз, так і супутні, їх вплив на функціонування людини.

42. Як буде визначатися основний діагноз пацієнта для встановлення інвалідності?

У поточному процесі та загалом у медичній документації виділяється основний діагноз, який призвів до тяжких наслідків та інвалідизації. За тим же принципом він виділятиметься і для направлення на оцінювання. Тобто в разі поліорганичних травм або кількох супутніх захворювань визначення основного стану відбувається за пріоритетністю впливу на повсякденне функціонування людини.

У складі команд буде мінімум три лікарі, один з яких профільний до основного захворювання або лікар-терапевт, інші ж лікарі за спеціальністю широкого профілю або супутніх діагнозів.

Ми розуміємо складність таких випадків і докладаємо зусиль, щоб кожна ситуація отримала максимальну увагу.

43. Чи може вірус імунодефіциту людини бути основним діагнозом для оцінювання?

ВІЛ-інфекція може бути основним діагнозом для оцінювання, якщо вона безпосередньо викликає порушення функціонального стану пацієнта та обмежує його здатність до повсякденної діяльності. Наприклад, це стосується випадків, коли хвороба переходить у стадію СНІД або супроводжується важкими ускладненнями, такими як опортуністичні інфекції чи ураження органів, які значно впливають на життєдіяльність.

44. Чому повну тиреоїдектомію виключили з переліку направлень на нове оцінювання?

Проведення повної тиреоїдектомії саме по собі не завжди призводить до стійкого порушення повсякденного функціонування, яке є критерієм для направлення на нове оцінювання. Зазвичай пацієнти після такої операції за умови адекватної гормонозамісної терапії можуть жити повноцінно без суттєвих обмежень. Однак, якщо у пацієнта після операції виникають ускладнення чи стійкі порушення функціонування, рішення щодо направлення може бути прийняте на підставі індивідуальної клінічної ситуації.

45. Хто здійснює направлення на оцінювання пацієнта за наявності кількох захворювань?

Направлення на оцінювання надає лікуючий лікар, який веде вас по основному захворюванню, що стало причиною інвалідності. Якщо у вас кілька захворювань, які можуть підпадати під критерії, обирається той лікар, що лікує основну патологію.

46. Як буде забезпечуватися доступ до медичної історії пацієнта експертною командою?

Доступ до медичних даних пацієнта, що були направлені від лікуючого лікаря, для лікарів експертної команди забезпечується через електронну систему щодо оцінювання повсякденного функціонування особи. Експертна команда отримує доступ на початку розгляду справи. Додаткова інформація може бути отримана лікарями команди з електронної системи охорони здоров'я.

47. Чи обов'язково проходити стаціонарне лікування при подачі документів на МСЕК та чи це зафіксовано в постанові КМУ № 1317?

Чинна система оцінювання також НЕ передбачає обов'язкового стаціонарного лікування для підтвердження стану пацієнта. Залежно від стану, з яким направляється пацієнт, записи за рік можуть бути достатніми для подачі на оцінювання функціонального стану.

48. Чи буде відповідальність експертної команди в разі виявлення помилки/порушення/неправильного діагнозу при наступному проходженні комісії в 2025 році?

Санкції за хибні рішення передбачені законодавством. Розроблено також порядок моніторингу (у тому числі автоматичного), на підставі якого будуть відслідковуватись потенційно ризикова активність, оскарження та неспівпадіння рішень у результаті оскарження. Саме на підставі певних критеріїв за результатами оскаржень та моніторингу будуть визначатись рішення щодо відповідних команд.

49. Ким за фахом буде адміністратор закладу охорони здоров'я ?

Адміністраторами ЗОЗ можуть призначатися медичні працівники закладу або інші особи. Їх завдання перевірити відповідність внесених даних в направлення та прикріплених документів, аби усе зазначене відповідало прикріпленому.

50. Що робити, якщо пацієнт зіштовхується з корупцією при проходженні оцінювання?

Якщо ви стикаєтеся з корупцією, будь ласка, повідомляйте про такі випадки на гарячу лінію НСЗУ (1677) або МОЗ (0 800 50 52 01, 0 800 60 20 19). Спільними зусиллями ми зможемо побудувати систему, якій довірятимуть усі.

51. Як будуть проходити огляди в разі відключень світла?

Можливі відключення електроенергії не впливатимуть на роботу команд. У лікарнях, де працюватимуть команди, світло не вимикають, або ж – у разі критичних ситуацій – заклади оснащені генераторами, що гарантує безперебійний процес оцінювання.

52. Як будуть захищені медичні дані пацієнта в його індивідуальній програмі реабілітації? Чи вказується в ньому код діагнозу?

У новій системі особливу увагу приділяють захисту персональних даних. Медична частина ІПР, якою є рекомендації, не буде містити інформації, що дозволяє ідентифікувати діагноз особи. Шифр діагнозу буде зберігатися виключно в медичних документах і доступний лише фахівцям, які працюють із пацієнтом, відповідно до законодавства про захист персональних даних.

53. Чи необхідно повторно формувати ІПР при призначенні допоміжних засобів реабілітації, медичних виробів та направляти пацієнта на експертні команди?

Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) залишається чинною на весь період дії встановленої інвалідності. Якщо є ІПР і сформовано висновок про призначення допоміжних засобів реабілітації, то це є підставою для забезпечення особи такими засобами відповідно до [постанови КМУ від 05.04.2012 №321](#).

54. Як буде забезпечуватися уникнення перевантаження лікарів?

Нова система оцінювання передбачає кілька механізмів, які дозволяють уникнути перевантаження лікарів і забезпечити безперервний прийом пацієнтів:

1. У лікарнях створюються кілька команд різних профілів. Наприклад, три травматологічних команди, між якими розподіляються справи. Час на розгляд справ виділяється в розкладі лікарів, адже це додаткова послуга в закладі, яка буде окремо фінансуватись НСЗУ.
2. Склад експертної команди: мінімум три лікарі в команді, де мінімум один є профільним лікарем і відповідно головуючим – тобто в травматологічній команді потрібен мінімум 1 травматолог.
3. Справи можуть спрямовуватись незалежно від місця реєстрації пацієнта, зокрема і у вузькопрофільні заклади: онкологічні, психіатричні, фтизіатричні тощо.
4. Розгляд справ для певного переліку діагнозів може відбуватись заочно, лише на основі документів.

Ми прагнемо забезпечити баланс між основною діяльністю лікарів і проведенням оцінювань, тому впровадження нової системи відбуватиметься поступово. Якщо у вас є конкретні приклади чи питання, просимо звертатися з пропозиціями, зокрема і до місцевих підрозділів з питань охорони здоров'я.

З переліком закладів та експертних команд можна ознайомитись на [дашборді](#) на сайті МОЗ.

55. Як лікарі будуть забезпечувати внесення інформації в електронну систему? Чи не збільшить це час оглядів?

На першому етапі лікарі вносять дані в електронну систему самостійно, але надалі планується автоматизація більшої частини документів шляхом інтеграцій з існуючими реєстрами, щоб максимально скоротити час на заповнення документів і зменшити навантаження на лікарів. Ми прагнемо, щоб у майбутньому електронна система стала надійним інструментом, який забезпечить швидкість і точність у роботі, дозволяючи лікарям більше уваги приділяти пацієнтам.

56. Для чого та як буде проходити відеозапис процесу оцінювання? Чи можна запросити довірену особу бути присутньою?

Пацієнт або його представник мають право ДО ПОЧАТКУ проведення оцінювання подати адміністратору заяву щодо самостійного здійснення відео-, аудіофіксації розгляду справи експертною командою з використанням власних технічних засобів. Така заява у довільній формі подається у паперовому або у разі технічної можливості електронному вигляді та повинна містити зобов'язання особи щодо неперешкоджання процесу здійснення оцінювання та невикористання створеного такою особою запису процесу оцінювання для інших цілей, крім використання під час підготовки скарги та долучення запису до матеріалів, які додаються під час оскарження прийнятого рішення. Відсутність такої заяви є підставою для відмови у наданні дозволу на здійснення відео-, аудіофіксації розгляду справи експертною командою з використанням власних технічних засобів.

Під час проведення оцінювання відео-, аудіофіксація розгляду справи повинна здійснюватися без створення перешкод у проведенні оцінювання та з дотриманням особистих немайнових прав осіб, які беруть участь у проведенні оцінювання, з виявленням тактовності, ввічливості, витримки та поваги.

Не допускається публічне використання записів відео-, аудіофіксації розгляду справи без згоди осіб, що присутні на них, у тому числі публічний показ, публічне сповіщення, інтерактивне надання доступу (включаючи розміщення в соціальних мережах та на інших ресурсах з використанням Інтернету). Такі записи можуть бути долучені до матеріалів, що подаються під час оскарження прийнятого рішення експертною командою.

Ці механізми спрямовані на захист прав пацієнтів і створення максимально комфортних умов у процесі оцінювання.

57. Хто може бути представниками особи, стосовно якої здійснюється оцінювання?

Під час проведення експертною командою розгляду справи за участю особи (очно) з використанням методів і засобів телемедицини або за місцем перебування/лікування особи, що здійснюється за заявою особи, стосовно якої проводиться оцінювання, поданою в електронній (у разі технічної можливості) або паперовій формі, можуть бути присутні також:

- лікар, який направив особу на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, зокрема з використанням методів і засобів телемедицини;
- уповноважений представник особи (зокрема адвокат, законний представник, представник за довіреністю, залучений лікар, фахівець з реабілітації у сфері охорони

здоров'я, соціальний працівник, фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб).

До заяви додається копія документа, що підтверджує повноваження уповноваженого представника (у разі його залучення).

Цивільний кодекс України містить два види представників – законні представники (стаття 242) і представники за довіреністю (стаття 244). Окрім того, Закон України «Про адвокатуру» наділяє адвоката надавати правничу допомогу та здійснювати представництво.

Додатково слід враховувати, що відповідно до статті 69¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я, лікар, який направив особу на проведення оцінювання, може брати участь в оцінюванні без довіреності, лише на підставі заяви особи, щодо якої проводиться оцінювання.

Детальніше: [W розяснення_повноваження_0128-2025.docx](#)

58. В яких медичних закладах Києва будуть проводитися оцінювання?

Формування спроможної мережі медичних закладів у Києві має певні особливості, які були враховані [у змінах до Порядку функціонування госпітальних округів і кластерів](#). Водночас законодавство визначає, що за потреби та/або в разі відсутності затвердженої спроможної мережі закладів охорони здоров'я на території регіону оцінювання повсякденного функціонування проводиться також у визначених розпорядженням начальника (голови) державної адміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ закладах охорони здоров'я комунальної форми власності.

Таким чином, у Києві визначено перелік закладів, де створено експертні команди. З переліком закладів та експертних команд можна ознайомитись на [дашборді](#) на сайті МОЗ.

59. Чи може бути спрощено процес формування документації на оцінювання лікарями приватних медичних закладів за наявності медичного страхування у пацієнта?

З 2025 року оформлення документів на оцінювання функціонального стану буде спрощено, і приватні лікарі також можуть брати участь у цьому процесі. Для цього їм потрібно формувати направлення в електронній системі щодо оцінювання повсякденного функціонування особи. Направлення на оцінювання повсякденного функціонування не залежить від наявності медичної страховки і здійснюється будь-яким лікуючим лікарем, закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності.

60. Як здійснюється оцінювання повсякденного функціонування для громадян України за кордоном?

Процедура оцінювання для країн із міждержавними угодами

Для громадян України, які перебувають у державах, з якими укладено міждержавні угоди про соціальне забезпечення (Польща, Чехія, Словаччина, Болгарія, Іспанія, Португалія), передбачено такий механізм:

- Передача медичних формулярів: Уповноважений орган країни перебування громадянина України передає медичні документи до Пенсійного фонду України.
- Розгляд документів в Україні: Медичні формуляри Пенсійний фонд України надсилає до Міністерства охорони здоров'я, де їх розглядають експертні команди Центру оцінювання.

- Переклад документів: Центр оцінювання функціонального стану осіб забезпечує проведення перекладу документів українською мовою.
- Відповідність міжнародним стандартам: Медичні документи мають відповідати стандартам, таким як Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10).
- Формат оцінювання: Оцінювання може проводитися заочно або з використанням телемедицини, залежно від конкретної ситуації.

Процедура для країн без міждержавних угод

Для громадян України, які перебувають у країнах, з якими не укладено міждержавні угоди про соціальне забезпечення, процес оцінювання залишається доступним завдяки стандартній процедурі:

1. Підготовка медичних документів: у медичних документах має бути зазначено діагноз з використанням Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), ступінь функціональних порушень, дані лабораторних та функціональних обстежень (виписки стаціонарного хворого, консультації, обстеження тощо).
2. Переклад документів: Документи потрібно перекласти українською мовою та засвідчити їхню правильність перекладу. Згідно із Законом України "Про нотаріат" за вчинення нотаріальних дій за кордоном консульськими установами України щодо засвідчення правильності перекладу на українську мову документів, необхідних для направлення на оцінювання, консульський збір не справляється.
3. Передача документів: Перекладені документи можуть бути надіслані поштою або передані до лікуючого лікаря через технічні засоби електронних комунікацій. На підставі отриманих медичних документів лікуючий лікар зможе сформулювати направлення на проведення оцінювання.
4. Рішення про оцінювання: На підставі отриманих документів експертна команда в Україні проведе оцінювання повсякденного функціонування, яке може відбутися заочно або з використанням телемедицини.

Важливо!

- Медичні документи, видані в Російській Федерації чи Республіці Білорусь, не приймаються до розгляду.
- У разі труднощів із передачею документів слід звернутися до консульства або посольства України. Для цього відкрийте сайт МЗС, оберіть розділ "Посольства і консульства", знайдіть потрібну країну, перейдіть на сайт відповідного посольства та оберіть розділ "нотаріальні дії".

Повторні огляди для людей з інвалідністю

61. Яким чином документально підтвердити автоматичне продовження строку інвалідності на період до 30 червня 2025 року?

У зв'язку із запровадженням оцінювання повсякденного функціонування особи усім особам з інвалідністю, повторний огляд яких був призначений з 1 січня 2025 року, але які не змогли його своєчасно пройти, строк інвалідності продовжено до дати прийняття рішення за результатами проведення оцінювання, але не довше ніж до 1 липня 2025 року.

Таким чином, такі особи з інвалідністю отримали можливість пройти оцінювання в період з 1 січня до 30 червня 2025 року включно (за умови, що рішення за результатами оцінювання буде прийнято не пізніше 30 червня 2025 року), а строк, на який їм встановлено інвалідність, буде автоматично продовжено до 30 червня 2025 року.

Однак в осіб з інвалідністю під час взаємодії з державними органами (наприклад, територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки) може виникати необхідність надати документальне підтвердження факту автоматичного продовження строку інвалідності на період до 30 червня 2025 року.

Як це можна зробити найпростіше та найшвидше? Звісно, в електронній формі!

Детальніше: [W Про пенсійні посвідчення.docx](#)

62. Що робити, якщо стан пацієнта погіршується, але термін переогляду ще не настав?

За наявності значного погіршення стану здоров'я ви маєте право звернутися до лікуючого лікаря, який може направити на повторне оцінювання повсякденного функціонування. Нова система передбачає участь експертних команд та використання електронних інструментів для спрощення процедур і врахування індивідуальних потреб.

63. Чи передбачені зміни для пацієнтів, у яких статус безстроковий (тобто інвалідність встановлена пожиттєво)?

У такому випадку оцінювання проходити не обов'язково. Зберігають чинність всі права, документи, виплати, пільги, соціальні послуги та відстрочки. Повторне оцінювання можливе виключно за вашим бажанням або за рішенням суду, або при направленні у разі зміни стану здоров'я.

64. Що робити, якщо строк повторного огляду припадає на січень-червень 2025 року?

Термін повторного огляду продовжено на 6 місяців від початку впровадження оцінювання з повсякденного функціонування, як і відповідні права, виплати та гарантії. Наприклад, якщо повторний огляд було визначено на 10.03.2025, то строк для проходження подовжено до 30.06.2025. Щоб пройти повторний огляд, необхідно буде звернутися до профільного лікуючого лікаря, який сформує направлення на оцінювання. Його будуть проводити експертні команди вже за новими правилами.

65. Що робити, якщо я з поважних причин не зміг/змогла раніше пройти повторний огляд протягом 2022-2024 року?

Повторний огляд та оцінювання потрібно буде пройти:

- Чоловікам 25-60 років з 2 або 3 групою інвалідності – з 1 квітня до 1 листопада 2025 року;
- Всім іншим пацієнтам – до 1 квітня 2026 року.

Винятки — *неможливість повторного огляду через такі причини:*

- люди перебувають на територіях, на яких ведуться бойові дії або тимчасово окупованих територіях,
- пацієнти з важкими порушеннями функцій організму (не мають кінцівки або якогось з парних органів, не чують або не бачать, мають онкологічне або психічне захворювання),
- чинні військовослужбовці, працівники поліції та СБУ – для них статус інвалідності залишається чинним на період проходження військової служби та протягом 60 календарних днів з дати звільнення з військової служби.

66. Що буде, якщо мої документи були передані МСЕК, проте я ще не отримав відповіді?

Якщо ви подали документи до МСЕК, але справу не було розглянуто до 31 грудня 2024 року, справа мала бути переданою до визначеного закладу охорони здоров'я, де працюють експертні команди. Розгляд справи відбудеться в день, який був призначений до цього МСЕК. При цьому обов'язково повідомлять нову адресу, де відбудеться оцінювання.

67. Чи будуть чинні документи, в яких визначено потребу в постійному догляді для осіб з 1 або 2 групою інвалідності?

Якщо була встановлена тимчасова інвалідність (із зазначення терміну повторного огляду) з повторним оглядом у 2025 році, то видані документи МСЕК є чинними до проходження оцінювання. Відповідно ці ж документи можуть бути використані для поновлення документів щодо відстрочки в ТЦК СП та договорів про отримання відшкодування за надані послуги з догляду.

68. Як буде встановлюватися відсоток втрати непрацездатності людям з інвалідністю внаслідок війни у категорії 60+?

Для ветеранів війни віком 60+ принципові зміни не передбачені. Якщо ваш статус особи з інвалідністю внаслідок війни вже визначено та групу інвалідності встановлено безстроково, повторне оцінювання не потрібне. Ваші права, статус і соціальні гарантії залишаються незмінними.

69. Як зараз проходити МСЕК військовим, звільненим через поранення з переглядом через півроку?

Переогляд здійснюють експертні команди відповідно до нових правил, які впроваджені разом із реформою. Процедура адаптована, щоб враховувати специфічні потреби військових. Детальніше шлях військовослужбовця для отримання статусу інвалідності описаний [на сайті МОЗ](#).

70. Чи буде в межах реформи переглянутий процес отримання групи інвалідності довічно, якщо стан пацієнта не покращується?

Розуміємо, наскільки виснажливим може бути процес регулярного підтвердження статусу інвалідності. У реформованій системі передбачено, що довічна група інвалідності надаватиметься особам, у яких захворювання чи стан мають незворотний характер або стабільно не покращуються протягом тривалого часу.

Також скорочується кількість візитів і спрощено процес подачі документів завдяки електронній системі. Мета змін — зробити систему більш людиною та зручною, щоб люди з інвалідністю могли зосередитися на своєму здоров'ї, а не на бюрократії.

71. Що робити пацієнту, у разі втрати документів, які підтверджують інвалідність?

У випадку втрати документів, які підтверджують інвалідність, дублювати втрачених документів можуть бути видані територіальними підрозділами Пенсійного фонду України, на підставі документів, що містяться у відповідних пенсійних справах.

Закладам охорони здоров'я

Реформа МСЕК та впровадження оцінювання повсякденного функціонування

Поширені запитання та відповіді

Закладам охорони здоров'я

Реформування процесів

1. *Покроковий алгоритм для лікуючих лікарів, експертних команд та адміністраторів*
2. *Чи буде ліквідовано ЛКК?*
3. *Як подають документи на оцінювання люди, які перебувають за кордоном, і чи можливий дистанційний розгляд?*
4. *Які зміни відбулися в роботі ЛКК, зокрема щодо продовження медичних висновків про тимчасову непрацездатність (МВТН) та направлення на оцінювання?*
5. *Як відбувається процедура оскарження рішення експертної команди?*
6. *Що робити, якщо профільний спеціаліст відмовляється подавати пацієнта на оцінювання, а сімейний лікар не може цього зробити?*
7. *Як змінилась звітність у новій системі, і чи буде вона повністю електронною?*
8. *Як буде здійснюватися оцінювання пацієнтів зі встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок Чорнобильської катастрофи?*
9. *Як буде організовано оформлення та продовження психіатричних і чорнобильських груп інвалідності для дітей та дорослих?*
10. *Яка система фінансування передбачена для новостворених експертних команд у закладах охорони здоров'я?*
11. *За рахунок яких коштів проводитимуться додаткові клініко-діагностичні обстеження, призначені експертними командами?*
12. *Встановлення інвалідності особам, які досягли повноліття та були визнані «дитиною з інвалідністю» у віці до 18 років*
13. *Роз'яснення Міноборони щодо проходження медичного огляду з направленням на військово-лікарську комісію в електронній формі, яке сформоване засобами Єдиного державного реєстру призовників, військовозобов'язаних та резервістів*

Вимоги до закладів охорони здоров'я

14. *Чим буде затверджено перелік закладів, в яких будуть працювати експертні команди?*
15. *Чи потрібно вносити зміни в статут комунального підприємства в частині внесення зміни в розділ основні завдання та функції?*
16. *Чи можна відстрочити вимогу повного дотримання нових норм ДБН В2.2.-40:2018, за умови забезпечення інклюзивності будівлі та приміщень?*
17. *Які вимоги до приміщень, оснащення та організації роботи експертної команди в кластерних лікарнях, зокрема щодо проведення засідань, архівації документів і забезпечення штату персоналу?*
18. *Які типи печаток мають застосовуватись закладами охорони здоров'я при оформленні*

документів за результатами проведеного оцінювання?

Встановлення інвалідності військовослужбовцям

19. Який порядок направлення, проведення та оформлення оцінювання втрати працездатності та встановлення інвалідності військовослужбовцям, і чи мають голови ВЛК доступ до електронної системи?
20. Який порядок направлення пацієнта з ампутацією, військового на МСЕК, якщо він не має або має остаточного ВЛК / свідоцтва ?
21. Якщо військовий втратив працездатність внаслідок бойових дій, чи обов'язково проходити стаціонарне лікування перед подачею документів на МСЕК?
22. Хто буде писати повідомлення для ТЦК та СП щодо визнаних особами з інвалідністю?
23. Куди передавати справи військових, державних службовців, які прописані в інших областях?
24. Хто має оцінювати окремі групи осіб (чорнобильці, військовослужбовці, особи із професійними захворюваннями, учасники АТО тощо), які раніше перебували в окремо визначеній МСЕК? Згідно з профілем та кодом МКХ у всіх командах всіх закладів, де створені такі команди, чи лише в одному визначеному закладі?
25. Хто дивитиметься рядовий і молодший офіцерський склад з-поміж ЗСУ, МВС, ДСНС, пенітенціарної служби?
26. Хто може отримати інвалідність без зазначення строку повторного огляду (безстроково)?
27. Як визначається група інвалідності для категорії осіб, які безпосередньо брали участь в антитерористичній операції забезпеченні оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією РФ проти України?
28. Чи може особа з категорії осіб, які безпосередньо брали участь в антитерористичній операції забезпеченні оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією РФ проти України, підвищити групу інвалідності після встановлення?
29. Які документи потрібно надати для встановлення інвалідності особам, які отримали поранення, контузії, каліцтва або захворювання, пов'язані із захистом Батьківщини?
30. Як оформлюються документи, якщо вони надаються у паперовій формі?

Робота з документацією

31. Чи планується облікова документація, бланки, штампи, вимоги до них для проведення оцінювання?
32. Чи зміниться форма направлення на оцінювання функціонального стану, і коли можна буде ознайомитися з новими електронними формами, зокрема 088/о?
33. Які функції виконуватимуть лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) після впровадження нової системи оцінювання, чи зазнає змін їх діяльність відповідно до наказу МОЗ № 189, і який лікар відповідатиме за подання форми 088/о?
34. Якщо експертна команда може направити лише 1 раз на дообстеження, то чи зможе експертна команда повернути справу лікарю, якщо вона неналежно оформлена чи не містить усієї необхідної інформації?
35. Який документ буде видаватися пацієнту замість довідки про інвалідність?

36. Чи залишатимуться чинними раніше видані постанови та накази у сфері МСЕК, зокрема постанова КМУ № 1317, після впровадження нової системи оцінювання?

37. Якщо форма 088/о заповнюється від руки лікарем, який оформляє документацію, яким всю цю інформацію внести в інформаційну систему, якщо не всі почерки лікарів є читабельними?

38. До якого розділу вкладати оцифровану форму 088/о?

39. Чи передбачено відхід від бланків суворої звітності, і як гарантується достовірність роздруківок для тих, хто не має доступу до електронної системи?

Визначення адміністраторів та формування експертних команд

40. Хто може обіймати посаду адміністратора експертної команди, які вимоги висуваються до цієї посади, чи потрібні зміни до штатного розпису?

41. Адміністратор призначається один на команду, чи один на заклад?

42. На якій підставі адміністратор визначає форму розгляду?

43. Яким чином адміністратор закладу охорони здоров'я може оцінити якість поданих документів?

44. Що входить в обов'язки медичного реєстратора?

45. Що входить в обов'язки адміністратора?

46. Який статус має експертна команда в закладі охорони здоров'я, чи є вона структурним підрозділом, і як організовується виконання обов'язків її членами в межах основного робочого часу?

47. Як лікарям експертної команди поєднувати основну роботу, наприклад, прийом пацієнтів або чергування, із виконанням завдань в експертній команді?

48. Які вимоги до кваліфікації лікарів, які входять до складу експертних команд, зокрема щодо стажу, категорії та можливості займатися лише оцінюванням?

49. Скільки лікарів має бути в складі експертної команди одного профілю, як враховується потреба у заміні під час відпусток чи хвороби, і чи можуть залучатися спеціалісти з інших напрямів (наприклад, невролог чи клінічний психолог)?

50. Що означає термін "1,5 профільних спеціаліста на кожну команду" і як забезпечується ця потреба?

51. Коли проходить навчання для лікарів експертних команд? Адміністраторів? Лікуючих лікарів?

52. Яка кількість робочих місць з ПК необхідна для однієї команди?

53. Яка функція головуючого команди?

54. Чи залишається посада заступника головного лікаря по ЛТЕ?

55. Чи можуть у кластерній лікарні створюватися команди різного профілю, зокрема кардіоневрологічного, та чи є обов'язковою присутність реабілітологів або інших фахівців у складі команд?

56. Чи можуть лікарі експертних команд працювати дистанційно, і чи повинні вони бути лікарями стаціонару, консультативного відділення або діагностично-консультативного центру?

57. Чи можуть до складу експертних команд входити зовнішні сумісники або лікарі інших профілів, наприклад, хірурги замість травматологів, і як вирішується питання відсутності

певного спеціаліста у команді?

58. Чи можуть експертні команди створюватися на базі госпіталів, реабілітаційних центрів або університетських клінік, і як враховується статус лікарів НАМН України?

59. Чи передбачається обов'язок декларування для усіх членів експертних команд?

60. Що робити, якщо спеціалісти відмовляються від участі в даному виді роботи? І чи є якась відповідальність за відмову?

61. Якщо лікарю у складі експертної команди внести зміни в посадові інструкції, то це суттєва зміна в умови праці, яка вимагає попередження за 2 місяці за законом. Коли вносити зміни?

62. Хто здійснюватиме контроль за діяльністю експертних команд і лікарів, що направляють пацієнтів на оцінювання?

63. Де планується створення центру контролю рішень експертних команд — на національному рівні, у регіонах чи в окремих медичних інститутах?

64. Чи є територіальна прив'язка пацієнта до експертних команд?

65. Чи може бути працевлаштований голова районної/будь-якої іншої МСЕК до експертної команди на посаду адміністратора, члена експертної команди?

66. Чи можуть лікарі - члени ВЛК, бути членами експертних комісій?

67. Якщо в складі загальної команди будуть наступні спеціалісти – терапевт, хірург, невролог, кардіолог – при огляді кардіологічного пацієнта головуючим виступить кардіолог? Чи може бути терапевт?

68. Чи може відповідальний заступник бути в тому числі й адміністратором?

69. Чи можна буде при необхідності створити ще додаткові команди за наказом керівника закладу?

70. У разі потреби в процесі роботи чи може керівник закладу провести заміну лікаря в експертній команді?

71. Чи можна створити 2 команди (1 - хірургічного профілю, 1- травматологічна)?

72. Якщо лікар, який формує направлення, не є членом команди, чи може він направляти на оцінювання в своєму ж закладі?

73. Чи потрібно перелік лікарів експертних команд оприлюднювати на сайтах закладів чи у формі додатку до наказу керівника?

74. Чи можливо ще зараз змінити члена команди?

75. Чи можуть членами експертних команд бути заввідділеннями, які разом з лікуючими лікарями беруть участь в обстеженні, лікуванні хворих, контролюють оформлення медичної документації?

76. Згідно з вимогами постанови КМУ пакет документів вносить у систему лікуючий лікар і підписує своїм електронним ключем. Як бути на рахунок адміністраторів, які не мають електронних ключів? Чи обов'язково їх робити через податкову, чи можливо через банк?

77. Чи може адміністратор бути разом лікарем-експертом у команді?

Направлення на оцінювання

78. Чи може направити на комісію лікар приватної клініки?

79. Хто відповідає за обґрунтованість направлення для оцінки експертною командою?

80. Чи можуть на переогляд направляти робочі групи при ОВА?

Цифровізація процесів

81. Чи лікарня має самостійно створювати пошту для роботи експертної команди? Чи повинна вона містити конкретні аббревіатури? Чи будуть створені уніфіковані електронні адреси?
82. Який буде метод підтвердження реєстрації в ІТ системі?
83. В якому форматі проводиться інформування на сайті закладу про створення команд – загальна інформація чи прізвища лікарів?
84. Чи передбачена окрема електронна програма для експертних команд, хто заповнює електронну справу, і як працювати з паперовими документами?
85. Як будуть оцифровуватися документи, які на сьогодні перебувають у МСЕК або надані пацієнтом на папері?
86. Як інформуватимуть пацієнтів про рішення експертних команд, якщо в них немає електронної пошти?
87. Як забезпечуватиметься доступ до чутливих даних, зокрема щодо психіатричних діагнозів, у системі оцінювання?
88. Як проводитимуться аудіо- чи відеозаписи оцінювання, і які вимоги до технічних засобів?
89. Як проводитиметься оцінювання за відсутності єдиної медичної карти пацієнта?
90. Який алгоритм дій лікаря, у разі, якщо виникнуть збої у роботі системи ЕКОПФО?
91. Де знайти паперові форми документів для роботи експертної команди у разі збоїв у роботі ІТ-системи ЕКОПФО?
92. Де отримати детальну інформацію щодо роботи з ІТ-системою ЕКОПФО закладам без експертних команд?
93. Де знайти детальні інструкції по роботі з ІТ-системою ЕКОПФО та як у неї зайти?
94. Як здійснюватиметься технічна підтримка щодо роботи з ІТ-системою ЕКОПФО?
95. Як сформувати електронний підпис працівника, прив'язаний до юридичної особи для роботи в ЕКОПФО?

Сімейний лікар

96. Яка роль сімейного лікаря у направленні пацієнтів на оцінювання, зокрема в умовах, коли заклад працює лише на первинній ланці чи лікар працює як ФОП?
97. Як сімейний лікар має оформлювати направлення на оцінювання функціонального стану, і чи потрібна для цього лікарсько-консультативна комісія (ЛКК)?
98. Який обсяг роботи покладається на лікаря загальної практики – сімейної медицини під час оформлення документів на оцінювання?

Оцінювання функціонування

99. Які строки встановлення та визначення дати, з якої встановлена інвалідність та/чи відсоток втрати професійної працездатності особам, яким проведено оцінювання повсякденного функціонування?
100. Чи буде нормативний документ, який регламентує перелік хвороб та ступінь втрати працездатності відповідно?
101. Чи залишаються строки 120 і 150 днів до направлення на оцінювання функціонування, і чи регламентується мінімальна кількість днів непрацездатності перед направленням?

102. Які строки встановлені для розгляду справи експертною командою, часу від подачі справи до її розгляду, а також для огляду однієї особи, і чи існують часові обмеження для оформлення документів?
103. Якщо один і той самий заклад скеровує пацієнта на оцінювання і проводить оцінювання, то як уникнути конфлікту інтересів?
104. Як лікар поліклініки може бути лікуючим лікарем, якщо лікар може бачити пацієнта вперше?
105. Як бути в ситуації, якщо в пацієнта є кілька інвалідизуючих захворювань?
106. Хто є лікуючим лікарем? Зокрема у пацієнтів з онкологічними захворюваннями чи пацієнтів після ампутації?
107. Чи будуть критерії для лікуючого лікаря щодо формування направлення та документів для направлення, враховуючи відсутність потреби у висновку ЛКК?
108. Чи є затверджені критерії для проведення заочних та виїзних засідань експертних команд?
109. Чи будуть розроблені чіткі критерії для визначення ступеня тяжкості захворювань, таких як цукровий діабет, який не передбачає цього в МКХ-10?
110. Чи планується перегляд наказу від 08.11.2001 №454/471/516 про перелік медичних показань для дітей, зважаючи на неоднозначні критерії при деяких станах?
111. Чи буде організовано навчання для членів експертних команд щодо призначення реабілітаційних заходів та роботи з пацієнтами, які мають професійні захворювання?
112. Чи встановлюватимуть інвалідність для пацієнтів із хронічною хворобою нирок 5 стадії безстроково чи на обмежений термін?
113. Як відбуватиметься процес визначення відсотків втрати працездатності у разі нещасного випадку на виробництві?
114. Як визначається коефіцієнт втрати працездатності для людей похилого віку, які не працюють, але потребують стороннього догляду?
115. Який алгоритм дій для первинних пацієнтів з 01.01.2025, які вперше потребують встановлення групи інвалідності, зокрема для пацієнтів із деменцією чи немобільних?
116. Що робити, якщо члени експертної команди не досягають згоди щодо рішення?
117. Як діяти, якщо пацієнт наполягає на направленні, але лікуючий лікар вважає дані недостатніми для оцінювання?
118. Як нова система забезпечить прозорість і запобігання фальсифікаціям даних, якщо рішення приймається за документами без очного огляду пацієнта?
119. Що робити, якщо у випадку заочного розгляду в експертної команди виникають сумніви в достовірності документів?
120. Як будуть відбуватись дострокові переогляди?
121. У яких випадках адміністратор може повернути справи на допрацювання?
122. Чи планує МОЗ відійти від розуміння груп інвалідності?
123. Як здійснюється оцінювання повсякденного функціонування для громадян України за кордоном?
124. Чи дозволене використання засобів телемедицини під час проведення оцінювання?

Реабілітація пацієнтів

125. Як відбуватиметься складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР) та як вона виглядатиме в електронному вигляді?
126. Хто буде складати ІПР в експертних командах? Виключно фахівець з реабілітації або інші лікарі ЕК?
127. Якщо людина з інвалідністю потребує постійного носіння підгузків і закінчився строк ІПР, що людині робити?
128. Який порядок отримання допоміжних засобів реабілітації для безтерміново визнаних осіб?
129. Як враховуватиметься висновок експертної команди щодо кількості циклів реабілітації, якщо їх обсяг чітко визначений НСЗУ?
130. Оновлення ІПР – це справа сімейного лікаря чи також спеціаліста?
131. Щодо строків індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю

Пенітенціарна система

132. Як подавати документи на оцінювання для осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі?
133. Куди направлятимуться на розгляд пацієнти пенітенціарної системи, і як вирішується питання за відсутності декларацій та роботи лікарень в ЕСОЗ?
134. Як організовано взаємодію медичних закладів Державної кримінально-виконавчої служби (ДКВС) із системою оцінювання?
135. Як буде здійснюватися продовження тимчасової непрацездатності експертною командою?
136. Яким чином сформувати інформацію про довготривалий МВТН з системи, чи потрібно кожен МВТН сканувати та прикріплювати до направлення на оцінювання?
137. Якщо МВТН (максимум 30 днів), то що далі: повторне оцінювання чи до лікуючого лікаря?
138. На який термін допускається продовження МВТН?

Встановлення причинного зв'язку смерті потерпілого з одержаним каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я від нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання

139. Що є підставою для встановлення причинного зв'язку смерті потерпілого з трудовим каліцтвом або професійним захворюванням?
140. Хто має право бути направленим на встановлення причинного зв'язку смерті?
141. Яким нормативно-правовим документом регулюється порядок встановлення експертною командою причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням або трудовим каліцтвом?
142. Які документи необхідні для розгляду питання про встановлення причинного зв'язку смерті?
143. Як встановлюється причинний зв'язок у разі відсутності деяких документів?
144. Які критерії використовуються для встановлення причинного зв'язку смерті?
145. Чи може експертна команда відкласти справу на дообстеження?
148. Що отримає заявник після завершення оцінювання причинного зв'язку смерті

потерпілого?

149. Як розглядаються складні випадки встановлення причинного зв'язку?

150. Як передається інформація про результати оцінювання щодо причинного зв'язку?

Нормативно-правові акти, що регулюють зміни

Реформування процесів

1. Покроковий алгоритм для лікуючих лікарів, експертних команд та адміністраторів:

 **Покроковий_алгоритм_для_лікарів,_команд_та_адміністраторів.pdf**

2. Чи буде ліквідовано ЛКК?

Ні, ЛКК не буде ліквідовано, вони продовжать працювати. З них буде знято лише одну функцію – перегляд справ для висновку щодо направлення на МСЕК або оцінювання. Висновок ЛКК більше не буде потрібний.

Зокрема ЛКК продовжать формувати документи для статусу інвалідності для дітей.

3. Як подають документи на оцінювання люди, які перебувають за кордоном, і чи можливий дистанційний розгляд?

У разі легального перебування громадян України за кордоном на території держав, з якими укладено відповідні міждержавні договори (угоди), медична інформація передається у вигляді медичних формулярів, форма яких затверджується такими договорами (угодами).

Рішення про встановлення інвалідності може прийматися під час заочного розгляду справи за результатами медичного обстеження в країні перебування відповідно до міждержавних договорів (угод). Такі документи розглядаються Центром оцінювання функціонального стану особи.

Для громадян України в інших країнах, з якими немає міждержавних угод:

на період воєнного стану в разі легального перебування громадян України за кордоном на території інших держав до розгляду експертними командами можуть прийматися відповідні медичні документи, видані в країні перебування (крім медичних документів, виданих у Російській Федерації або Республіці Білорусь), в яких зазначено діагноз з використанням МКХ-10, ступінь функціональних порушень, дані лабораторних та функціональних обстежень (виписки стаціонарного хворого, консультації, обстеження тощо) та їх засвідчені відповідно до вимог законодавства України переклади на українську мову.

Медичні документи, їх переклади можуть бути надіслані поштою або надані лікуючому лікарю за допомогою технічних засобів електронних комунікацій (електронна пошта, мобільні застосунки, соціальні мережі тощо). На підставі наданих документів лікуючий лікар приймає рішення щодо необхідності направлення на проведення оцінювання.

Також були внесені зміни до Закону України “Про нотаріат”, які передбачають що за вчинення консульськими установами України нотаріальних дій за кордоном за зверненням осіб щодо засвідчення правильності перекладу на українську мову документів, необхідних для направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, консульський збір не справляється.

4. Які зміни відбулися в роботі ЛКК, зокрема щодо продовження медичних висновків про тимчасову непрацездатність (МВТН) та направлення на оцінювання?

ЛКК зберігає свої функції, окрім направлення на оцінювання, яке тепер здійснює лікуючий лікар. Якщо пацієнт хворіє до 120 днів безперервно або 150 днів протягом року, це є одним з критеріїв направлення його на оцінювання, що і має зробити лікуючий лікар.

5. Як відбувається процедура оскарження рішення експертної команди?

Скарга на рішення експертної команди щодо результату оцінювання подається скаргником (його уповноваженим представником):

у паперовій формі до Центру оцінювання функціонального стану особи;

в електронній формі через електронну систему шляхом звернення до лікаря, який направив.

Розгляд скарг здійснюється експертними командами [Центру оцінювання функціонального стану особи](#), до складу яких входять лікарі з різних держзакладів охорони здоров'я країни.

6. Що робити, якщо профільний спеціаліст відмовляється подавати пацієнта на оцінювання, а сімейний лікар не може цього зробити?

Пацієнт може звернутися до адміністрації закладу або до органів охорони здоров'я у разі необґрунтованої відмови профільного лікаря направити на оцінювання.

7. Як змінилась звітність у новій системі, і чи буде вона повністю електронною?

Звітність у новій системі повністю електронна: справи пацієнтів, протоколи засідань і рішення експертних команд ведуться в електронній системі. Дані будуть доступні на аналітичних панелях для забезпечення прозорості.

8. Як буде здійснюватися оцінювання пацієнтів зі встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок Чорнобильської катастрофи?

Відповідно до статті 12 Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»

Причинний зв'язок між захворюванням, пов'язаним з Чорнобильською катастрофою, частковою або повною втратою працездатності громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, і Чорнобильською катастрофою визнається встановленим (незалежно від наявності дозиметричних показників чи їх відсутності), якщо його підтверджено під час стаціонарного обстеження постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи уповноваженою медичною комісією не нижче обласного рівня або спеціалізованими медичними установами Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України, які мають ліцензію центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

У 2025 році складовими системи експертизи з встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок Чорнобильської катастрофи будуть експертні комісії:

для дорослих – Центральна міжвідомча експертна комісія (далі – Центральна МЕК) та Львівська регіональна міжвідомча експертна комісія (далі – Львівська РМЕК);

для дітей – Рівненська обласна дитяча спеціалізована лікарсько-консультативна комісія (далі – Рівненська дитяча обл спец ЛКК).

У разі потреби встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок Чорнобильської катастрофи скеровувати осіб до вказаних комісій.

Перелік необхідних документів для розгляду комісіями розміщено на офіційних вебсайтах комісій.

Після проходження таких комісій пацієнта може бути скеровано на оцінювання повсякденного функціонування, під час якого:

- 1) може бути встановлена інвалідність, в якій буде визначено в причині інвалідності пов'язаність з Чорнобильською катастрофою на основі відповідних документів вказаних вище комісій;
- 2) може бути оновлено причину інвалідності, в якій буде визначено в причині інвалідності пов'язаність з Чорнобильською катастрофою на основі відповідних документів вказаних вище комісій.

9. Як буде організовано оформлення та продовження психіатричних і чорнобильських груп інвалідності для дітей та дорослих?

Оформлення та продовження психіатричних груп інвалідності здійснюватиметься за загальними принципами нової системи. Для чорнобильських груп продовження прав і пільг забезпечується чинним законодавством.

З метою визначення ступеня втрати здоров'я, групи і часу настання інвалідності та її причинний зв'язок із Чорнобильською катастрофою надаються такі документи:

- 1) для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС - посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС відповідної категорії, експертний висновок, що надається уповноваженою медичною комісією не нижче обласного рівня або спеціалізованими медичними установами (закладами охорони здоров'я) Міноборони, МВС, СБУ, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з установлення причинного зв'язку хвороби, інвалідності та смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, про причинний зв'язок захворювання з Чорнобильською катастрофою (далі - експертний висновок міжвідомчої експертної комісії) або рішення (постанова) військово-лікарської, медичної (військово-лікарської), лікарсько-експертної комісії про причинний зв'язок захворювання з Чорнобильською катастрофою;
- 2) для осіб, які потерпіли від Чорнобильської катастрофи, - посвідчення потерпілого від Чорнобильської катастрофи відповідної категорії та експертний висновок міжвідомчої експертної комісії;
- 3) для потерпілих дітей з інвалідністю, пов'язаною з наслідками Чорнобильської катастрофи, у разі досягнення ними 18 років - посвідчення дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи, серії "Д", вкладка до нього та експертний висновок міжвідомчої експертної комісії.

10. Яка система фінансування передбачена для новостворених експертних команд у закладах охорони здоров'я?

Діяльність експертних команд фінансуватиметься через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) за рахунок державного бюджету. У рамках пакетів Програма медичних

гарантій передбачено додаткову оплату за виконані послуги щодо оцінювання повсякденного функціонування.

11. За рахунок яких коштів проводитимуться додаткові клініко-діагностичні обстеження, призначені експертними командами?

Додаткові клініко-діагностичні обстеження здійснюватимуться за електронними направленнями в рамках Програми медичних гарантій.

12. Встановлення інвалідності особам, які досягли повноліття та були визнані «дитиною з інвалідністю» у віці до 18 років

Дитиною з інвалідністю є дитина віком до 18 років зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій встановлено інвалідність.

Дітям встановлюється категорія:

або «дитина з інвалідністю» – встановлюється на підставі помірної та середньої міри обмеження життєдіяльності, залежності від стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду і здатності до самообслуговування (1 та 2 ступені вираження стійких порушень функцій організму)

або «дитина з інвалідністю» підгрупи А – встановлюється на підставі виключно високої міри обмеження життєдіяльності та надзвичайної (повної) залежності від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і фактичної нездатності до самообслуговування (3 та 4 ступені вираження стійких порушень функцій організму).

Важливо! З метою забезпечення послідовності соціальних виплат під час переходу, лікуючий лікар заздалегідь формує пакет медичних документів, який підтверджує етіологію, патогенез, морфологічні зміни та функціональні порушення, до яких призвело основне захворювання дитини.

Дитина може бути направлена на оцінювання повсякденного функціонування особи не раніше ніж за два місяці до досягнення нею 18-річного віку.

При досягненні 18-річного віку лікуючий лікар формує електронне направлення дитині з інвалідністю до експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування для проведення оцінювання.

У випадках встановлення інвалідності особам, що досягли 18-річного віку із зазначенням причини інвалідності “інвалідність з дитинства” датою встановлення інвалідності вважається дата направлення на оцінювання, але не раніше досягнення особою вісімнадцятирічного віку.

У разі якщо однією з причин інвалідності є “інвалідність з дитинства” та за наявності причинного зв'язку в інших випадках, визначених Кабінетом Міністрів України, зазначаються дві причини інвалідності.

Якщо оцінювання функціонування у даному випадку пропущено з поважної причини, датою встановлення інвалідності вважається дата досягнення особою 18-річного віку, але лише якщо минуло не більш як три роки, за умови що за цей період її визнано особою з інвалідністю (тобто ознаки інвалідності були присутні у пропущеному періоді).

Відповідно до Закону України “Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”:

Стаття 5

Якщо дитина з інвалідністю, на яку виплачувалася державна соціальна допомога, по досягненні 18-річного віку визнана особою з інвалідністю з дитинства, виплата допомоги продовжується у новому розмірі за її заявою (недієздатним - за заявою опікуна) з дня встановлення групи інвалідності в разі збільшення розміру допомоги, але з місяця, наступного за тим, в якому дитині з інвалідністю встановлена група інвалідності, при зменшенні розміру допомоги.

Стаття 6

Якщо строк проходження особою з інвалідністю з дитинства переогляду чи оцінювання повсякденного функціонування особи або строк переогляду дитини з інвалідністю пропущено з поважної причини, виплата державної соціальної допомоги поновлюється з дня зупинення виплати, але не більш як за три роки, за умови що за цей період її визнано особою з інвалідністю або дитиною з інвалідністю. При цьому якщо при переогляді або проходженні оцінювання повсякденного функціонування особи особою з інвалідністю з дитинства встановлено іншу групу інвалідності (вищу або нижчу), державна соціальна допомога за зазначений період виплачується за попередньою групою.

У разі припинення виплати державної соціальної допомоги внаслідок нез'явлення на проходження особою з інвалідністю з дитинства переогляду чи оцінювання повсякденного функціонування особи або на переогляд дитини з інвалідністю без поважних причин, при наступному визнанні особою з інвалідністю з дитинства або дитиною з інвалідністю, виплата цієї допомоги поновлюється з дня встановлення інвалідності або визнання дитиною з інвалідністю.

13. Роз'яснення Міноборони щодо проходження медичного огляду з направленням на військово-лікарську комісію в електронній формі, яке сформоване засобами Єдиного державного реєстру призовників, військовозобов'язаних та резервістів

Детальне

роз'яснення:

https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1OO_M12jrltM-qoSnOTtQ8fPKE2lvnbmV

Вимоги до закладів охорони здоров'я

14. Чим буде затверджено перелік закладів, в яких будуть працювати експертні команди?

Експертні команди формуються та функціонують у кластерних та/або надкластерних закладах охорони здоров'я, а також за потреби та/або в разі відсутності затвердженої спроможної мережі закладів охорони здоров'я на території регіону в інших закладах охорони здоров'я комунальної або державної форми власності.

Перелік закладів охорони здоров'я комунальної форми власності визначається керівником обласної, Київської міської державної адміністрації (військової адміністрації) та з обґрунтуванням надсилається на погодження до МОЗ.

Перелік закладів охорони здоров'я державної форми власності визначається МОЗ.

15. Чи потрібно вносити зміни в статут комунального підприємства в частині внесення зміни в розділ основні завдання та функції?

Ні, не потрібно, оскільки проведення оцінювання повсякденного функціонування особи є медичною послугою.

16. Чи можна відстрочити вимогу повного дотримання нових норм ДБН В2.2.-40:2018, за умови забезпечення інклюзивності будівлі та приміщень?

Ні, не можна відстрочити вимогу повного дотримання нових норм ДБН В2.2.-40:2018. Дотримання вимог ДБН перевіряються НСЗУ у рамках контрагування, зокрема і для цієї послуги.

17. Які вимоги до приміщень, оснащення та організації роботи експертної команди в кластерних лікарнях, зокрема щодо проведення засідань, архівації документів і забезпечення штату персоналу?

Експертна команда може працювати у відокремленому приміщенні за відсутності відповідних площ у закладі охорони здоров'я, за умови забезпечення вимог доступності (перший поверх або ліфт, доступний для осіб на візках), інклюзивності та належних умов для проведення оцінювання.

Приміщення мають відповідати державним будівельним нормам, забезпечувати комфортне розміщення команди й пацієнтів, достатній простір для меблів, обладнання та зони очікування. Організація роботи в кластерних лікарнях включає комп'ютеризовані робочі місця, засоби телемедицини та архіви для документів.

Детальні вимоги щодо оснащення та роботи експертних команд визначені [постановою КМУ від 15.11.2024 №1338](#).

18. Які типи печаток мають застосовуватись закладами охорони здоров'я при оформленні документів за результатами проведеного оцінювання?

Відповідно до другого абзацу пункту 14 Порядку проведення оцінювання повсякденного функціонування особи (затверджений постановою КМУ №1338 від 14.11.2024), у разі відсутності технічної можливості використовувати електронну систему, інформація про що оприлюднюється на офіційному веб-сайті МОЗ, опрацювання направлень та документів для проведення оцінювання та процес оцінювання здійснюються із застосуванням паперового документообігу з прийняттям рішення за результатами оцінювання за формою, встановленою МОЗ, яке повинно бути підписане всіма членами та головуючим експертної команди та скріплене печаткою закладу охорони здоров'я, на базі якого функціонує відповідна експертна команда, що провела оцінювання. Після появи технічної можливості такі рішення та документи підлягають негайному внесенню до електронної системи (не пізніше ніж протягом наступного дня після появи технічної можливості).

Законодавство не містить окремого терміну «печатка закладу охорони здоров'я». Не містить законодавство і особливого порядку застосування печаток для випадків, якщо заклад охорони здоров'я виготовив і використовує декілька печаток для різних цілей (служби діловодства, бухгалтерії, кадрової служби тощо).

Враховуючи, що Порядок проведення оцінювання не обмежує заклади охорони здоров'я у виборі конкретної печатки для оформлення документів за результатами проведеного

оцінювання, для вказаних цілей може використовуватись будь-яка печатка закладу охорони здоров'я.

Разом з тим, законодавство не забороняє закладам охорони здоров'я самотійно, на власний розсуд визначати порядок використання тих чи інших печаток для окремих цілей.

В такому разі рекомендується використовувати печатки, які відповідний заклад визначив для цілей, пов'язаних з засвідченням підписів осіб, які не входять до складу виконавчого органу закладів охорони здоров'я, але не має прив'язки до конкретних структурних відділів.

Наприклад, печатки "для довідок" або печатки з відповідним номером, які відповідно до внутрішніх документів (наказів) ЗОЗ використовуються для засвідчення довідок, можуть використовуватись для таких цілей. Натомість печатки, наприклад, "для бухгалтерії" рекомендується не використовувати, оскільки вони сприймаються третіми особами як такі, що обмежуються використанням лише документами бухгалтерського обліку (хоча законодавство не забороняє використання таких печаток також).

Також заклад охорони здоров'я може виготовити спеціальну печатку для засвідчення рішень експертних команд, якщо вважатиме це за доцільне.

Додатково нагадуємо, що відповідно до статті 58¹ Господарського кодексу України наявність або відсутність відбитка печатки суб'єкта господарювання на документі не створює юридичних наслідків.

Встановлення інвалідності військовослужбовцям

19. Який порядок направлення, проведення та оформлення оцінювання втрати працездатності та встановлення інвалідності військовослужбовцям, і чи мають голови ВЛК доступ до електронної системи?

Військово-лікарська, медична (військово-лікарська), лікарсько-експертна комісія аналізує зібрані медичні документи, результати обстежень і лікування, а також проводить огляд військовослужбовця. Оцінюються ступінь травмування або захворювання та їхній вплив на здатність виконувати службові обов'язки.

На основі цього аналізу ухвалюється рішення про направлення на оцінювання повсякденного функціонування, якщо травма або захворювання суттєво обмежують функціонування військовослужбовця. У таких випадках голова відповідної комісії або лікуючий лікар мають право сформувати електронне направлення до закладу з експертними командами. Для цього здійснюється спільно з Міноборони і МВС робота щодо надання доступів до електронної системи всім головам ВЛК та інших зазначених комісій. Після проходження ВЛК та оформлення електронного направлення військовослужбовець переходить до етапу оцінювання повсякденного функціонування.

Детальніший [шлях військовослужбовця для отримання статусу інвалідності](#).

20. Який порядок направлення пацієнта з ампутацією, військового на МСЕК, якщо він не має або має остаточного ВЛК / свідоцтва ?

Військовий з ампутацією може бути направлений на оцінювання на основі документів, виданих ВЛК, таких як висновки чи свідоцтво про хворобу. Якщо остаточні документи відсутні, пацієнта можуть направити на дообстеження або консультацію для збору

необхідних даних. Лікуючий лікар або голова ВЛК оформлює направлення через електронну систему, а за потреби оцінювання може проводитись заочно чи виїзною експертною командою.

21. Якщо військовий втратив працездатність внаслідок бойових дій, чи обов'язково проходити стаціонарне лікування перед подачею документів на МСЕК?

Ні, стаціонарне лікування не є обов'язковою умовою. Головне – наявність повного комплексу медичних документів, які підтверджують стан здоров'я, ступінь порушень і результати обстежень.

Документи можуть бути оформлені на основі амбулаторного лікування, якщо це дозволяє стан пацієнта. Голови ВЛК і лікуючі лікарі можуть направляти на оцінювання без вимоги стаціонарного лікування.

22. Хто буде писати повідомлення для ТЦК та СП щодо визнаних особами з інвалідністю?

У системі передбачена побудова відповідних витягів прямо з електронної системи, які туди необхідно буде закладу охорони здоров'я відправити. Незабаром буде здійснена інтеграція систем МОЗ та Міноборони і такі витяги відправляти не потрібно буде.

23. Куди передавати справи військових, державних службовців, які прописані в інших областях?

Для експертних команд працює принцип екстериторіальності, тобто немає прив'язки до місця реєстрації.

24. Хто має оцінювати окремі групи осіб (чорнобильці, військовослужбовці, особи із професійними захворюваннями, учасники АТО тощо), які раніше перебували в окремо визначеній МСЕК? Згідно з профілем та кодом МКХ у всіх командах всіх закладів, де створені такі команди, чи лише в одному визначеному закладі?

Кожен випадок будуть оцінювати експертні команди у будь-якому закладі за профілем основного захворювання, яке стало причиною інвалідності/порушення життєдіяльності.

25. Хто дивитиметься рядовий і молодший офіцерський склад з-поміж ЗСУ, МВС, ДСНС, пенітенціарної служби?

Центр оцінювання проводить первинне оцінювання виключно для діючих або колишніх військовослужбовців СБУ або розвідувальних органів. Усі інші групи – за звичайним процесом оцінюватимуть експертні команди в закладах.

26. Хто може отримати інвалідність без зазначення строку повторного огляду (безстроково)?

Інвалідність без строку повторного огляду можуть отримати особи, які внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, отриманих під час:

- безпосередньої участі в антитерористичній операції (АТО);
- заходів із забезпечення національної безпеки і оборони;
- відсічі і стримування збройної агресії РФ у Донецькій та Луганській областях;
- участі в забезпеченні оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави.

Це можливо за умови, якщо ушкодження призвели до необоротної втрати кінцівок, органів чи їхніх функцій, що викликало інвалідність.

Детальніше: [w Встановлення інвалідності на ступінь вище.docx](#)

27. Як визначається група інвалідності для категорії осіб, які безпосередньо брали участь в антитерористичній операції забезпеченні оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією РФ проти України?

Група інвалідності встановлюється на ступінь вище від визначених законодавством критеріїв, але не вище I групи.

Детальніше: [w Встановлення інвалідності на ступінь вище.docx](#)

28. Чи може особа з категорії осіб, які безпосередньо брали участь в антитерористичній операції забезпеченні оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією РФ проти України, підвищити групу інвалідності після встановлення?

Так, перегляд для підвищення групи інвалідності можливий:

- за особистою заявою особи з інвалідністю;
- за заявою її законного представника;
- за рішенням суду, якщо відбулися зміни в стані здоров'я або працездатності.

Детальніше: [w Встановлення інвалідності на ступінь вище.docx](#)

29. Які документи потрібно надати для встановлення інвалідності особам, які отримали поранення, контузії, каліцтва або захворювання, пов'язані із захистом Батьківщини?

Для встановлення інвалідності необхідно надати документи, що підтверджують:

- зв'язок ушкодження (поранення, контузії, каліцтва або захворювання) із безпосередньою участю в АТО, заходах із забезпечення національної безпеки і оборони;
- рішення військово-лікарської експертизи із зазначенням причини поранення як «пов'язане із захистом Батьківщини».

Ці документи можуть включати:

- довідку військово-лікарської комісії;
- свідоцтво про хворобу;
- витяг із протоколу засідання штатної військово-лікарської комісії.

Детальніше: [w Встановлення інвалідності на ступінь вище.docx](#)

30. Як оформлюються документи, якщо вони надаються у паперовій формі?

Документи в паперовій формі мають бути завірені відповідно до **Порядку обміну медичними та іншими документами військовослужбовців**, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2023 року № 901.

Детальніше: [w Встановлення інвалідності на ступінь вище.docx](#)

Робота з документацією

31. Чи планується облікова документація, бланки, штампи, вимоги до них для проведення оцінювання?

Бланки, які виготовлятимуться типографічним шляхом, не передбачені. Усі необхідні документи будуть формуватися в електронній системі, роздруковуватися у разі потреби та засвідчуватися печаткою закладу охорони здоров'я.

У випадку відсутності технічної можливості для внесення даних чи роботи з електронною системою (про що розміщуватиметься повідомлення на сайті МОЗ), використовуються бланки, які можна роздрукувати в будь-якому місці. Після відновлення технічної можливості для роботи в системі, усі відомості мають бути внесені в систему.

32. Чи зміниться форма направлення на оцінювання функціонального стану, і коли можна буде ознайомитися з новими електронними формами, зокрема 088/о?

Форма направлення на оцінювання буде подібною до 088/о, перелік відомостей визначається [наказом МОЗ від 10.12.2024 № 2067](#). Нові електронні форми будуть доступні в електронній системі до 1 січня 2025 року, щоб користувачі могли ознайомитися з ними.

33. Які функції виконуватимуть лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) після впровадження нової системи оцінювання, чи зазнає змін їх діяльність відповідно до наказу МОЗ № 189, і який лікар відповідатиме за подання форми 088/о?

Лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) продовжать функціонувати після впровадження нової системи оцінювання та виконувати функції, визначені законодавством.

При цьому ЛКК більше не будуть відповідальні за направлення пацієнтів на оцінювання повсякденного функціонування особи.

34. Якщо експертна команда може направити лише 1 раз на дообстеження, то чи зможе експертна команда повернути справу лікарю, якщо вона неналежно оформлена чи не містить усієї необхідної інформації?

Направити справу на доопрацювання зможе на першому етапі адміністратор закладу охорони здоров'я, якщо документи, подані на оцінювання, не відповідають встановленим вимогам чи є неповними. Адміністратор має повернути справу, зазначивши чітку причину чи потреби для виправлення недоліків. Це дозволить забезпечити коректність прийняття рішення.

Експертні команди в разі недостатності необхідної для прийняття рішення про оцінювання інформації, що міститься в ЕСОЗ та яка була додана до електронного направлення на проведення оцінювання, особу направляють на додаткове обстеження структури та функцій організму. На додаткові обстеження особа може бути направлена одноразово, крім випадків коли за результатами такого обстеження було виявлено нові, не зазначені в доданій до направлення медичній документації, стани, діагнози або порушення структури та функцій організму, що потребують додаткового обстеження.

35. Який документ буде видаватися пацієнту замість довідки про інвалідність?

Замість довідки про інвалідність пацієнту видаватиметься витяг з рішення експертної команди та в разі встановлення інвалідності, рекомендації, що є частиною індивідуальної програми реабілітації. Форми зазначених документів затверджені [наказом МОЗ від 10.12.2024 № 2067](#).

36. Чи залишатимуться чинними раніше видані постанови та накази у сфері МСЕК, зокрема постанова КМУ № 1317, після впровадження нової системи оцінювання?

Постанова КМУ № 1317 втратила чинність 31 грудня 2024 року. З 1 січня 2025 року діє [постанова КМУ від 15.11.2024 № 1338](#). Відповідно також внесені зміни до інших постанов КМУ та відповідних наказів з метою врегулювати процес оцінювання повсякденного функціонування особи.

37. Якщо форма 088/о заповнюється від руки лікарем, який оформляє документацію, яким всю цю інформацію внести в інформаційну систему, якщо не всі почерки лікарів є читабельними?

Наразі МОЗ розглядає можливість не вносити текстову описову частину саме для паперових справ.

38. До якого розділу вкладати оцифровану форму 088/о?

До розділу медичних документів.

39. Чи передбачено відхід від бланків суворої звітності, і як гарантується достовірність роздруківок для тих, хто не має доступу до електронної системи?

Бланки суворої звітності замінюються документами в електронній системі, якою користуються лікарі та експертні команди у процесі оцінювання повсякденного функціонування, і яку протягом 2025 року буде інтегровано з електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Роздруківка є витягом із системи, захищеним електронним підписом лікаря. Для перевірки достовірності документ можна підтвердити через заклад, який його видав, оскільки всі записи зберігаються в електронній системі, або через сервіс верифікації.

Визначення адміністраторів та формування експертних команд

40. Хто може обіймати посаду адміністратора експертної команди, які вимоги висуваються до цієї посади, чи потрібні зміни до штатного розпису?

Адміністратором може бути працівник закладу охорони здоров'я: лікар, медична сестра, навчений медичний реєстратор тощо.

Змін до штатного розпису стосовно цієї посади не передбачається. Це роль, а не посада.

41. Адміністратор призначається один на команду, чи один на заклад?

У закладі охорони здоров'я може бути призначено кілька адміністраторів для забезпечення роботи експертних команд. Це залежить від кількості команд, які функціонують у закладі, та обсягу їхньої роботи.

42. На якій підставі адміністратор визначає форму розгляду?

Форму розгляду (очно, заочно, дистанційно чи з виїздом) подає лікуючий лікар під час формування справи та направлення, перевіряючи відповідність критеріям для різних форм

проведення засідання та прикріплюючи документи, які свідчать про доцільність такої форми розгляду.

Критерії визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи затверджені [постановою Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338](#).

Адміністратор закладу охорони здоров'я може визначати форму розгляду експертною командою (очно, заочно, з використанням методів і засобів телемедицини або за місцем перебування/лікування особи) відповідно до [критеріїв визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи згідно з додатком 1](#) та побажань особи.

43. Яким чином адміністратор закладу охорони здоров'я може оцінити якість поданих документів?

Адміністратор закладу охорони здоров'я перевіряє документи лише на відповідність формальним вимогам, не оцінюючи їхній медичний зміст. Він перевіряє, чи всі необхідні форми надані, чи коректно вони заповнені, чи містять підписи, печатки та чи відповідають затвердженому переліку документів.

Якщо виявляються помилки або відсутність необхідних матеріалів, справа повертається для доопрацювання. Медичний зміст і відповідність документів клінічним вимогам оцінюються безпосередньо експертною командою під час розгляду.

Адміністратор може повернути документи на доопрацювання за наявності таких підстав:

- 1) наявність помилок у введеній інформації або невнесення до електронного направлення всіх необхідних відомостей, які не носять характеру описок, технічних або арифметичних помилок;
- 2) відсутність необхідних документів, які повинні бути додані до електронного направлення;
- 3) неналежна якість електронних копій документів, які додані до електронного направлення, що унеможливорює ознайомлення з ними;
- 4) невідповідність критеріям направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджених постановою КМУ № 1338.

44. Що входить в обов'язки медичного реєстратора?

Медичні реєстратори реєструють справи та документи щодо проведення оцінювання експертними командами, які не були розглянуті медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) та були передані ними до закладів охорони здоров'я.

Вони вносять інформацію про направлення з паперового документа в електронну систему, прикріплюють відскановані документи, вносять дату та час, коли буде розглядатись справа, повторюючи графік, сформований МСЕК. Це тимчасова роль у системі, яка буде виключена після обробки паперових справ від МСЕК.

45. Що входить в обов'язки адміністратора?

Адміністратор:

- 1) отримує електронні направлення та супровідні документи в електронній системі та проводить їх перевірку на предмет повноти наданої інформації;
- 2) приймає електронне направлення та супровідні документи до розгляду в експертній команді або повертає їх на доопрацювання в разі наявності відповідних підстав протягом 5 робочих днів з моменту їх надходження із зазначенням підстави для повернення;
- 3) визначає необхідний перелік спеціальностей лікарів експертної команди;

4) визначає можливу форму розгляду експертною командою (очно, заочно, з використанням методів і засобів телемедицини або за місцем перебування/лікування особи) відповідно до [критеріїв визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи згідно з додатком 1](#) та побажань особи.

Після прийняття адміністратором електронного направлення до розгляду інформація про форму, дату та час розгляду надсилається особі, щодо якої буде проводитися оцінювання, на адресу її електронної пошти (у разі відсутності електронної пошти протягом п'яти календарних днів шляхом надсилання особі в паперовій формі засобами поштового зв'язку), а також відображається в електронній системі для лікаря, який направив (без зазначення персонального складу експертної команди, яка проводитиме оцінювання).

Адміністратор може повернути документи на доопрацювання за наявності таких підстав:

- 1) наявність помилок у введеній інформації або невнесення до електронного направлення всіх необхідних відомостей, які не носять характеру описок, технічних або арифметичних помилок;
- 2) відсутність необхідних документів, які повинні бути додані до електронного направлення;
- 3) неналежна якість електронних копій документів, які додані до електронного направлення, що унеможливорює ознайомлення з ними;
- 4) невідповідність критеріям направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджених постановою КМУ № 1338.

46. Який статус має експертна команда в закладі охорони здоров'я, чи є вона структурним підрозділом, і як організовується виконання обов'язків її членами в межах основного робочого часу?

Експертна команда не є самостійним структурним підрозділом закладу охорони здоров'я. Вона створюється на базі закладу відповідно до наказу керівника, подібно до лікарсько-консультативної комісії.

Члени експертної команди виконують свої обов'язки в межах основного робочого часу, але в окремо виділені години, передбачені для проведення оцінювання. За надання послуг щодо оцінювання передбачено окрему оплату в рамках пакетів Програми медичних гарантій.

47. Як лікарям експертної команди поєднувати основну роботу, наприклад, прийом пацієнтів або чергування, із виконанням завдань в експертній команді?

Лікарям забезпечується можливість поєднувати основні обов'язки із завданнями експертної команди шляхом коригування графіків прийому або чергувань. Організація цього процесу покладається на керівництво закладу охорони здоров'я.

48. Які вимоги до кваліфікації лікарів, які входять до складу експертних команд, зокрема щодо стажу, категорії та можливості займатися лише оцінюванням?

До складу експертної команди можуть входити лікарі зі стажем роботи не менше одного року медичної практики. Вимог щодо категорії немає, але лікарі повинні зберігати щонайменше 25% часу для практичної роботи та не можуть займатися лише оцінюванням.

49. Скільки лікарів має бути в складі експертної команди одного профілю, як враховується потреба у заміні під час відпусток чи хвороби, і чи можуть залучатися спеціалісти з інших напрямів (наприклад, невролог чи клінічний психолог)?

Для кожного профілю експертних команд необхідно забезпечити мінімум трьох лікарів: двох основних на команди та одного на заміну для покриття відпусток чи хвороб. До складу обов'язково має входити лікар-терапевт або профільний лікар щодо супутнього захворювання або ускладнень.

Також можливо залучати фахівців інших спеціальностей, наприклад, невролога або клінічного психолога, для розгляду специфічних випадків. Лікар, який перебуває у декретній відпустці, не може виконувати обов'язки члена команди до завершення відпустки.

50. Що означає термін "1,5 профільних спеціаліста на кожную команду" і як забезпечується ця потреба?

Термін означає, що для кожної команди потрібні два лікарі на основні ролі та 0,5 (один лікар на дві команди) на заміну.

Це забезпечує безперервність роботи команди, навіть за умови відпусток чи хвороб, та дотримання принципу об'єктивності під час оцінювання.

51. Коли проходить навчання для лікарів експертних команд? Адміністраторів? Лікуючих лікарів?

[Поточний графік вебінарів та запис](#) минулих вебінарів для лікарів експертних команд.

Також окреме навчання незабаром доступне безкоштовно для усіх охочих на навчальній платформі Академії Національної служби здоров'я України (НСЗУ) <http://academy.nszu.gov.ua/>. Для проходження навчання на платформі необхідно зареєструватись на платформі.

52. Яка кількість робочих місць з ПК необхідна для однієї команди?

Ураховуючи, що команда складатиметься з трьох лікарів, які матимуть доступ до справ лише в день, в який оцінювання стоїть в графіку, то для ефективної роботи для однієї команди необхідно мінімум три комп'ютери.

53. Яка функція головуючого команди?

Функції головуючого під час оцінювання експертною командою полягають в основній експертизі щодо захворювань чи станів, які відповідають профілю команди, а також рішення головуючого може бути вирішальним у разі рівного розподілу голосів.

Головуючим у справі визначається лікар, чия спеціальність відповідає профілю справи. Головуючий представляє особу, яка направлена на оцінювання, доповідає про наявні діагнози та стан здоров'я особи, медичні та інші документи цієї особи.

Головуючий по справі несе відповідальність за складення протоколу розгляду справи та формування проекту рішення експертної команди.

Також у разі потреби у додаткових обстеженнях він формує електронне направлення пацієнтові в електронній системі охорони здоров'я.

54. Чи залишається посада заступника головного лікаря по ЛТЕ?

Посада заступника головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності (ЛТЕ) не є обов'язковою в умовах нової системи оцінювання функціонування, яка поступово замінює попередню структуру.

55. Чи можуть у кластерній лікарні створюватися команди різного профілю, зокрема кардіоневрологічного, та чи є обов'язковою присутність реабілітологів або інших фахівців у складі команд?

У кластерних лікарнях можуть створюватися команди різного профілю. Наприклад, команди можуть бути загального або кардіоневрологічного профілю, залежно від наявності відповідних фахівців у закладі.

Наявність реабілітологів не є обов'язковою, але вони можуть бути залучені за потреби.

56. Чи можуть лікарі експертних команд працювати дистанційно, і чи повинні вони бути лікарями стаціонару, консультативного відділення або діагностично-консультативного центру?

Лікарі можуть працювати дистанційно із використанням засобів телемедицини, але повинні мати офіційні трудові відносини із закладом охорони здоров'я.

До складу команди можуть входити як лікарі стаціонарів, так і консультативних чи діагностично-консультативних відділень.

57. Чи можуть до складу експертних команд входити зовнішні сумісники або лікарі інших профілів, наприклад, хірурги замість травматологів, і як вирішується питання відсутності певного спеціаліста у команді?

До роботи команд можуть залучатися зовнішні сумісники або лікарі інших профілів, якщо вони відповідають вимогам. Наприклад, лікар-хірург може замінювати травматолога, якщо це дозволяє специфіка випадку.

За відсутності певного спеціаліста у закладі пацієнт може бути направлений до іншого медичного закладу, де є необхідний фахівець.

58. Чи можуть експертні команди створюватися на базі госпіталів, реабілітаційних центрів або університетських клінік, і як враховується статус лікарів НАМН України?

Експертні команди можуть створюватися на базі будь-якого закладу охорони здоров'я, включаючи госпіталі, реабілітаційні центри чи університетські клініки.

Лікарі НАМН України можуть бути залучені до роботи експертних команд, у тому числі Центру оцінювання функціонального стану особи.

Перелік закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, в яких створюються експертні команди, визначається керівником обласної, Київської міської державної адміністрації (військової адміністрації) та з обґрунтуванням надсилається на погодження до МОЗ.

Перелік закладів охорони здоров'я державної форми власності визначається МОЗ.

59. Чи передбачається обов'язок декларування для усіх членів експертних команд?

Так. Члени експертних команд стають суб'єктами декларування з 1 січня 2025 року.

Більш детальні роз'яснення щодо декларування надане НАЗК на своєму веб-сайті: <https://nazk.gov.ua/uk/reforma-medyyko-sotsialnoi-ekspertyzy-roz-yasnennya-pro-deklaruvannya-dl-ya-chleniv-ekspertnyh-komand/> .

60. Що робити, якщо спеціалісти відмовляються від участі в даному виді роботи? І чи є якась відповідальність за відмову?

Це те ж питання, що і відмова робити роботу або брати участь у лікарсько-консультативній комісії. Відповідальність за відмову брати участь в експертних командах відсутня.

61. Якщо лікарю у складі експертної команди внести зміни в посадові інструкції, то це суттєва зміна в умови праці, яка вимагає попередження за 2 місяці за законом. Коли вносити зміни?

Зміни до посадових інструкцій вносити не потрібно, відповідно до чинного Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (ВИПУСК 78 Охорона здоров'я), який затверджено [наказом МОЗ від 29.03.2002 МОЗ № 117](#), лікарі і так мають за потреби брати участь в роботі експертних команд.

62. Хто здійснюватиме контроль за діяльністю експертних команд і лікарів, що направляють пацієнтів на оцінювання?

Контроль за роботою експертних команд та лікарів, що направляють пацієнтів, здійснюватиметься через спеціальну процедуру моніторингу, яка здійснюється в [порядку, встановленому наказом МОЗ №2107 від 17.12.2024 року](#)

63. Де планується створення центру контролю рішень експертних команд — на національному рівні, у регіонах чи в окремих медичних інститутах?

МОЗ затвердив [процедуру здійснення моніторингу оцінювання повсякденного функціонування особи](#).

Суб'єктами моніторингу є:

МОЗ;

НСЗУ;

Центр оцінювання функціонального стану особи;

робочі групи з моніторингу;

заклади охорони здоров'я, в яких організовується проведення оцінювання.

Інші державні органи, органи місцевого самоврядування, організації громадянського суспільства (за їх згодою) можуть направляти суб'єктам моніторингу звернення щодо необхідності здійснення моніторингу

64. Чи є територіальна прив'язка пацієнта до експертних команд?

Територіальна прив'язка пацієнта до закладу охорони здоров'я відсутня. Пацієнт може обирати заклад, в якому функціонує експертна команда, незалежно від місця його реєстрації чи проживання.

65. Чи може бути працевлаштований голова районної/будь-якої іншої МСЕК до експертної команди на посаду адміністратора, члена експертної команди?

Особа, яка у минулому обіймала посаду голови МСЕК, не може бути членом експертної команди.

66. Чи можуть лікарі - члени ВЛК, бути членами експертних комісій?

Так, лікарі-члени ВЛК можуть бути членами експертних команд.

67. Якщо в складі загальної команди будуть наступні спеціалісти – терапевт, хірург, невролог, кардіолог – при огляді кардіологічного пацієнта головуючим виступить кардіолог? Чи може бути терапевт?

Головуючим у справі визначається лікар, чия спеціальність відповідає профілю справи.

68. Чи може відповідальний заступник бути в тому числі й адміністратором?

Нормативно не заборонено, але це не рекомендовано.

69. Чи можна буде при необхідності створити ще додаткові команди за наказом керівника закладу?

Так, можна.

70. У разі потреби в процесі роботи чи може керівник закладу провести заміну лікаря в експертній команді?

Якщо керівник закладу має відповідну спеціальність і прийнятий на роботу в закладі також за цією спеціальністю, у такому випадку керівника треба включити в перелік лікарів, які можуть проводити оцінювання, і якщо потрібно потім додавати у команди, де він буде замінювати когось своєї спеціальності.

71. Чи можна створити 2 команди (1 - хірургічного профілю, 1- травматологічна)?

Ні, це два різних профілі. На кожен профіль має бути мінімум 2 команди. Тобто або 2 хірургічних, або 2 травматологічних (або і та, і та).

72. Якщо лікар, який формує направлення, не є членом команди, чи може він направляти на оцінювання в своєму ж закладі?

Так, лікар може направляти на оцінювання. Система буде перевіряти, щоб лікуючий лікар, який формує направлення, та лікарі в команді не перетинались.

73. Чи потрібно перелік лікарів експертних команд оприлюднювати на сайтах закладів чи у формі додатку до наказу керівника?

Або додатком, або переліком (списком) на сторінці сайту.

74. Чи можливо ще зараз змінити члена команди?

Так.

75. Чи можуть членами експертних команд бути заввідділеннями, які разом з лікуючими лікарями беруть участь в обстеженні, лікуванні хворих, контролюють оформлення медичної документації?

Якщо фахівець не зазначений як лікуючий лікар, то може.

76. Згідно з вимогами постанови КМУ пакет документів вносить у систему лікуючий лікар і підписує своїм електронним ключем. Як бути на рахунок адміністраторів, які не мають електронних ключів? Чи обов'язково їх робити через податкову, чи можливо через банк?

Електронний підпис від юридичної особи для працівника необхідний. Такий КЕП можна отримати онлайн, зокрема і через онлайн-банкінг.

77. Чи може адміністратор бути zarazом лікарем-експертом у команді?

Ні, не може. Адміністратором повинна бути інша людина, що не є членом ЕК.

Направлення на оцінювання

78. Чи може направити на комісію лікар приватної клініки?

Так, лікар приватної клініки зможе направляти пацієнтів на оцінювання в новій системі. Для цього він має бути зареєстрований в електронній системі і дотримуватися встановлених критеріїв направлення.

79. Хто відповідає за обґрунтованість направлення для оцінки експертною командою?

Лікуючий лікар несе відповідальність за обґрунтованість направлення, його відповідність визначеним критеріям, а також за повноту й достовірність внесеної до електронної системи інформації.

80. Чи можуть на перегляд направляти робочі групи при ОВА?

Повторне оцінювання може проводитися за направленням лікаря в разі змін стану здоров'я пацієнта, за запитом самої особи або її представника, а також в рамках проведення перевірки обґрунтованості прийнятого рішення у визначених законодавством випадках.

Центр оцінювання функціонального стану особи може проводити перевірку обґрунтованості рішень, прийнятих під час оцінювання та/або прийнятих медико-соціальними експертними комісіями:

на виконання постанови слідчого, прокурора, ухвали слідчого судді або рішення, ухвали суду стосовно зазначеної в постанові слідчого, прокурора, ухвалі слідчого судді або рішення, ухвалі суду особи;

за запитом робочої групи із забезпечення моніторингу в сфері оцінювання, утвореної керівником обласної, Київської міської державної адміністрації (військової адміністрації), або за результатами моніторингу наявних в електронній системі щодо оцінювання повсякденного функціонування особи даних.

Цифровізація процесів

81. Чи лікарня має самостійно створювати пошту для роботи експертної команди? Чи повинна вона містити конкретні аббревіатури? Чи будуть створені уніфіковані електронні адреси?

Уніфіковані електронні адреси не будуть створюватися. Електронну пошту необхідно створити самостійно, бажано зі згадкою назви закладу. Така пошта буде розрахована для комунікації з пацієнтами.

82. Який буде метод підтвердження реєстрації в ІТ системі?

За електронним підписом в електронній системі. При вході буде перевіряти РНОКПП в профілі лікаря, який разом з ПІБ можна або внести в електронну систему вручну і створювати кожну особу, або передати одразу ПІБ і РНОКПП для створення в електронній системі.

83. В якому форматі проводиться інформування на сайті закладу про створення команд – загальна інформація чи прізвища лікарів?

Перелік ПІБ лікарів та спеціальностей з наказу та електронна пошта для контакту, яку подавав заклад.

84. Чи передбачена окрема електронна програма для експертних команд, хто заповнює електронну справу, і як працювати з паперовими документами?

Для експертних команд буде доступна окрема електронна система, яка протягом 2025 року інтегрується з ЕСОЗ. Спочатку електронну справу формує лікуючий лікар, додаючи направлення та медичну документацію. Експертна команда доповнює справу протоколами оцінювання. Заклади охорони здоров'я мають створити власну електронну пошту для зручного інформування пацієнтів. У разі відсутності технічної можливості використовувати систему документи тимчасово обробляються в паперовій формі з подальшим перенесенням до системи.

85. Як будуть оцифровуватися документи, які на сьогодні перебувають у МСЕК або надані пацієнтом на папері?

Усі паперові документи мають бути оцифровані (відскановані або сфотографовані) та завантажені до електронної системи. Це стосується і справ, переданих від МСЕК. Перегляд документів здійснюватиметься лише через електронну систему після їх оцифрування.

86. Як інформуватимуть пацієнтів про рішення експертних команд, якщо в них немає електронної пошти?

Пацієнти отримуватимуть інформацію через електронну пошту. Для тих, хто не має доступу до інтернету, передбачені альтернативні варіанти: сповіщення може здійснити лікуючий лікар, заклад охорони здоров'я може надіслати рекомендований лист на вказану адресу, або інформацію може отримати довірена особа, якщо вона зареєстрована.

87. Як забезпечуватиметься доступ до чутливих даних, зокрема щодо психіатричних діагнозів, у системі оцінювання?

Доступ до даних відкривається надається в день розгляду справи членам експертної команди з дотриманням вимог законодавства.

88. Як проводитимуться аудіо- чи відеозаписи оцінювання, і які вимоги до технічних засобів?

Особа або її уповноважений представник мають право до початку проведення оцінювання подати адміністратору заяву щодо самостійного здійснення відео-, аудіофіксації розгляду справи експертною командою з використанням власних технічних засобів. Така заява у довільній формі подається у паперовому або у разі технічної можливості електронному вигляді та повинна містити зобов'язання особи щодо неперешкоджання процесу здійснення оцінювання та невикористання створеного такою особою запису процесу оцінювання для інших цілей, крім використання під час підготовки скарги та долучення запису до матеріалів, які додаються під час оскарження прийнятого рішення. Відсутність такої заяви є підставою для відмови у наданні дозволу на здійснення відео-, аудіофіксації розгляду справи експертною командою з використанням власних технічних засобів.

Під час проведення оцінювання відео-, аудіофіксація розгляду справи повинна здійснюватися без створення перешкод у проведенні оцінювання та з дотриманням

особистих немайнових прав осіб, які беруть участь у проведенні оцінювання, з виявленням тактовності, ввічливості, витримки та поваги.

Не допускається публічне використання записів відео-, аудіофіксації розгляду справи без згоди осіб, що присутні на них, у тому числі публічний показ, публічне сповіщення, інтерактивне надання доступу (включаючи розміщення в соціальних мережах та на інших ресурсах з використанням Інтернету). Такі записи можуть бути долучені до матеріалів, що подаються під час оскарження прийнятого рішення експертною командою.

89. Як проводитиметься оцінювання за відсутності єдиної медичної карти пацієнта?

Наразі єдина медична карта недоступна, документи для оцінювання можна підвантажувати в систему як скановані копії або витяги з ЕСОЗ. Планується повна інтеграція, щоб лікар мав доступ до всіх записів у рамках єдиної медичної карти.

90. Який алгоритм дій лікаря, у разі, якщо виникнуть збої у роботі системи ЕКОПФО?

Інформація про відсутність технічної можливості оприлюднюється на офіційному веб-сайті МОЗ, а процес оцінювання здійснюється за допомогою паперового документообігу з прийняттям рішення за результатами оцінювання за формою, встановленою МОЗ.

Рішення повинно бути підписане всіма членами та головуючим експертної команди та скріплене печаткою закладу охорони здоров'я, на базі якого функціонує відповідна експертна команда, що провела оцінювання.

Після появи технічної можливості такі рішення та документи підлягають негайному внесенню до електронної системи (не пізніше ніж протягом наступного дня після появи технічної можливості).

У разі відсутності технічної можливості використання електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи, інформація про що оприлюднюється на офіційному веб-сайті МОЗ, відповідно до вимог законодавства опрацьовано [алгоритм дій та шаблони документів на випадок таких ситуацій](#).

91. Де знайти паперові форми документів для роботи експертної команди у разі збоїв у роботі ІТ-системи ЕКОПФО?

Шаблони паперових бланків доступні за посиланням:  Екстрені випадки (паперові бланки)

92. Де отримати детальну інформацію щодо роботи з ІТ-системою ЕКОПФО закладам без експертних команд?

- Про ІТ систему: <https://moz.gov.ua/uk/it-sistema-ekopfo>
- Відео-інструкції (попередні): <https://bit.ly/3PhZwUR>
- Усі навчальні вебіари про "Реформу МСЕК та впровадження оцінювання повсякденного функціонування" на YouTube: <https://bit.ly/3BBIFcG>
- Інструкція як ОПИСУВАТИ ПОМИЛКИ: https://drive.google.com/file/d/1AGK7emVGHAbJ3RHZXwru6k1pmu0IZBLR/view?usp=share_link
- Форма звернення до техпідтримки: <https://e-health-ua.atlassian.net/servicedesk/customer/portal/32/group/88/create/296>
- Viber-спільнота для обговорення вражень і зворотного зв'язку: <https://bit.ly/4gOLfem>

Детальніше:  2. ПРОЧИТАТИ_ЗОЗ_ІТ система_Етап 1.docx

93. Де знайти детальні інструкції по роботі з ІТ-системою ЕКОПФО та як у неї зайти?

Відеоінструкції щодо роботи з системою доступні за посиланням:  ЛЛ Відео-інструкції

[Уся інформація для закладів з лікуючими лікарями](#) (презентація, посилання на тестове та продуктове середовище).

94. Як здійснюватиметься технічна підтримка щодо роботи з ІТ-системою ЕКОПФО?

Підтримка користувачів здійснюватиметься у формі звернення: <https://e-health-ua.atlassian.net/servicedesk/customer/portal/32/group/88/create/296>

Детальний алгоритм отримання технічної підтримки:

 1. ПРОЧИТАТИ_ЯК ПОВІДОМЛЯТИ ПРО ПОМИЛКИ.pdf

Номер контакт-центру: 0 800 60 20 19.

95. Як сформувати електронний підпис працівника, прив'язаний до юридичної особи для роботи в ЕКОПФО?

Детальний алгоритм отримання КЕП:  Ел.підпис працівника ВІД закладу у Приват24.pdf

Сімейний лікар

96. Яка роль сімейного лікаря у направленні пацієнтів на оцінювання, зокрема в умовах, коли заклад працює лише на первинній ланці чи лікар працює як ФОП?

Сімейний лікар має право направляти пацієнтів на оцінювання якщо він надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування (стаття 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

До прикладу, сімейний лікар або терапевт можуть сформувати направлення на оцінювання повсякденного функціонування:

- якщо справа пацієнта вже містить усі необхідні медичні документи, і не потрібно додаткових обстежень;
- якщо пацієнт перебуває у зоні бойових дій чи на деокупованих територіях;
- якщо в пацієнта немає доступу до лікарів спеціалізованої медичної допомоги.

97. Як сімейний лікар має оформлювати направлення на оцінювання функціонального стану, і чи потрібна для цього лікарсько-консультативна комісія (ЛКК)?

Направлення на оцінювання оформлюється виключно в електронній системі щодо оцінювання повсякденного функціонування особи. Лікар формує електронну справу пацієнта, додає всі необхідні медичні документи та направляє на оцінювання без участі ЛКК.

98. Який обсяг роботи покладається на лікаря загальної практики – сімейної медицини під час оформлення документів на оцінювання?

На сімейного лікаря покладається приблизно такий обсяг роботи: зібрати медичну документацію, зафіксувати інформацію в ЕСОЗ та направити пацієнта до профільного спеціаліста або безпосередньо на оцінювання, якщо всі документи готові.

Оцінювання функціонування

99. Які строки встановлення та визначення дати, з якої встановлена інвалідність та/чи відсоток втрати професійної працездатності особам, яким проведено оцінювання повсякденного функціонування?

Роз'яснення щодо строків встановлення та визначення дати, з якої встановлена інвалідність та/чи відсоток втрати професійної працездатності особам, яким проведено оцінювання повсякденного функціонування: [w Строки та дати встановлення інвалідності.docx](#)

100. Чи буде нормативний документ, який регламентує перелік хвороб та ступінь втрати працездатності відповідно?

Питання критеріїв встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках врегульоване наказом МОЗ від 05.06.2012 № 420 (враховуючи зміни, внесені [наказом МОЗ від 10.12. 2024 № 2067](#)).

101. Чи залишаються строки 120 і 150 днів до направлення на оцінювання функціонування, і чи регламентується мінімальна кількість днів непрацездатності перед направленням?

Так, строки 120 і 150 днів залишаються чинними як загальні строки для направлення на оцінювання функціонування. Водночас для деяких станів і медичних інтервенцій ці строки не є обов'язковими, і направлення може здійснюватися раніше, залежно від медичних показань і потреб пацієнта.

При застосуванні питань строків необхідно користуватись [Критеріями направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи](#), затвердженими постановою КМУ № 1338.

102. Які строки встановлені для розгляду справи експертною командою, часу від подачі справи до її розгляду, а також для огляду однієї особи, і чи існують часові обмеження для оформлення документів?

Розгляд справи експертною командою завершується не пізніше ніж за 30 календарних днів з моменту прийняття електронного направлення. Якщо потрібні додаткові обстеження, розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів після завершення такого обстеження.

Рішення експертної команди приймається в день засідання, забезпечуючи оперативність процесу. Часові обмеження для розгляду справ і оформлення документів залишаються чинними для захисту прав пацієнтів.

103. Якщо один і той самий заклад скеровує пацієнта на оцінювання і проводить оцінювання, то як уникнути конфлікту інтересів?

У новій системі передбачена потреба мінімум двох команд на один профіль і випадковий вибір експертної команди, зокрема із перевіркою, щоб лікуючий лікар не був у складі експертної команди.

У майбутньому електронна система самостійно формуватиме склад експертних команд для оцінювання з переліку усіх доступних лікарів спираючись на діагнози, які має людина.

Ці заходи запроваджуються задля мінімізації потенційних ризиків упередженості чи корупції

Таким чином, пацієнт або заклад не можуть заздалегідь знати, хто саме входить до складу команди, що розглядатиме конкретну справу.

104. Як лікар поліклініки може бути лікуючим лікарем, якщо лікар може бачити пацієнта вперше?

Лікуючий лікар – це лікар закладу охорони здоров'я або лікар-ФОП, який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. Лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому Основами законодавства України про охорону здоров'я порядку.

Це може бути як лікар закладу з надання амбулаторної спеціалізованої меддопомоги (поліклініки), так і лікар стаціонарної спеціалізованої меддопомоги, головне аби лікар працював і знався на основному діагнозі чи стані, з яким пацієнт направляється на оцінювання.

105. Як бути в ситуації, якщо в пацієнта є кілька інвалідизуючих захворювань?

Якщо у пацієнта є кілька інвалідизуючих захворювань, то як і до цього, лікуючий лікар має визначити основний діагноз, тобто основне захворювання, яке мало найбільший вплив на стан здоров'я пацієнта.

Рішення про направлення на оцінювання прийматиме лікуючий лікар, який веде основне захворювання, що спричинило інвалідність. Саме цей лікар буде готувати справу пацієнта, за потреби співпрацюватиме з іншими вузькопрофільними спеціалістами.

106. Хто є лікуючим лікарем? Зокрема у пацієнтів з онкологічними захворюваннями чи пацієнтів після ампутації?

Лікуючим лікарем для направлення на оцінювання повсякденного функціонування та визначення потреби у статусі інвалідності як правило є лікар вузького профілю, який відповідає основному захворюванню, яке впливає на стан пацієнта і найбільше впливає на інвалідизацію.

Так, лікуванням онкохворого пацієнта займається лікар-онколог, який спеціалізується на цих захворюваннях і цей же лікар має направляти на оцінювання. У випадку ампутацій, це один зі станів, який не потребує очікування на 120 днів тимчасової непрацездатності - пацієнт може бути направлений на оцінювання одразу протягом перебування на стаціонарному лікуванні лікуючим лікарем стаціонару.

107. Чи будуть критерії для лікуючого лікаря щодо формування направлення та документів для направлення, враховуючи відсутність потреби у висновку ЛКК?

Так, Критерії для направлення особи та Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, разом з переліком необхідних документів та Критеріями встановлення інвалідності затверджені [постановою Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338](#).

108. Чи є затверджені критерії для проведення заочних та виїзних засідань експертних команд?

Критерії для заочних та виїзних засідань визначені у додатку до [Порядку оцінювання повсякденного функціонування](#). Заочне оцінювання можливе за наявності достатніх документів для прийняття рішення, зокрема для військових. Виїзне оцінювання проводиться для пацієнтів, які фізично не можуть дістатися закладу охорони здоров'я.

109. Чи будуть розроблені чіткі критерії для визначення ступеня тяжкості захворювань, таких як цукровий діабет, який не передбачає цього в МКХ-10?

Критерії встановлення інвалідності [вже затверджені](#) й враховують не лише діагноз, але й ступінь функціональних обмежень. Для захворювань, як-от цукровий діабет, інвалідність визначається через оцінку впливу на здатність до самообслуговування та виконання інших життєвих функцій. МОЗ працює над клінічними настановами, які деталізуватимуть ці критерії для лікарів.

110. Чи планується перегляд наказу від 08.11.2001 №454/471/516 про перелік медичних показань для дітей, зважаючи на неоднозначні критерії при деяких станах?

Перегляд наказу №454/471/516 наразі перебуває на розгляді. З розвитком реформи можливе оновлення нормативної бази, щоб уточнити критерії для медичних показань і зробити їх відповідними сучасним стандартам.

111. Чи буде організовано навчання для членів експертних команд щодо призначення реабілітаційних заходів та роботи з пацієнтами, які мають професійні захворювання?

Для членів експертних команд передбачено навчання, яке охоплюватиме призначення реабілітаційних заходів і роботу з пацієнтами, що мають професійні захворювання.

112. Чи встановлюватимуть інвалідність для пацієнтів із хронічною хворобою нирок 5 стадії безстроково чи на обмежений термін?

Термін встановлення інвалідності для пацієнтів із ХХН 5 стадії залежить від тяжкості захворювання. У разі незворотних порушень функцій організму інвалідність може бути безстроковою. Якщо прогноз сприятливий, термін може обмежуватися до 5 років.

113. Як відбуватиметься процес визначення відсотків втрати працездатності у разі нещасного випадку на виробництві?

Визначення відсотків втрати працездатності проводитимуть експертні команди на основі актів розслідування нещасного випадку або професійного захворювання.

114. Як визначається коефіцієнт втрати працездатності для людей похилого віку, які не працюють, але потребують стороннього догляду?

Коефіцієнт визначається через оцінку функціонального стану, включаючи здатність до самообслуговування, пересування та виконання повсякденних завдань. Рішення про групу інвалідності враховує медичні аспекти та соціальну потребу в догляді.

Детальніше: [W Визначення потреби в сторонньому догляді.docx](#)

115. Який алгоритм дій для первинних пацієнтів з 01.01.2025, які вперше потребують встановлення групи інвалідності, зокрема для пацієнтів із деменцією чи немобільних?

З 01.01.2025 первинні пацієнти для встановлення інвалідності направляються лікуючим лікарем, як правило вузького профілю, який відповідає за основне захворювання. Лікар проводить обстеження, формує електронне направлення через електронну систему і додає всю медичну документацію.

Адміністратор закладу реєструє справу та призначає дату оцінювання. Для немобільних пацієнтів або осіб із деменцією передбачено виїзне оцінювання за місцем перебування.

Експертна команда аналізує документи, оцінює функціональний стан пацієнта та ухвалює рішення щодо інвалідності й необхідних рекомендацій. Рішення команди надає пацієнту доступ до соціальних послуг та реабілітації.

116. Що робити, якщо члени експертної команди не досягають згоди щодо рішення?

У разі відсутності згоди серед членів експертної команди рішення приймаються колегіально більшістю голосів членів експертної команди. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос головуючого у справі. Рішення повинно бути обґрунтованим, відповідати законодавчим критеріям.

117. Як діяти, якщо пацієнт наполягає на направленні, але лікуючий лікар вважає дані недостатніми для оцінювання?

Якщо лікар вважає дані недостатніми для направлення, він може обґрунтовано відмовити, пояснивши пацієнту, які документи чи обстеження потрібні для подальшого розгляду. Пацієнт має право звернутися до іншого лікаря або подати скаргу до адміністрації закладу для повторного розгляду.

118. Як нова система забезпечить прозорість і запобігання фальсифікаціям даних, якщо рішення приймається за документами без очного огляду пацієнта?

Фальсифікація даних у новій системі ускладнюється завдяки електронній системі, яка фіксує всі етапи оформлення документів та передбачає персональну відповідальність лікарів. У разі сумнівів експертна команда може запросити додаткову інформацію або організувати очний огляд пацієнта.

119. Що робити, якщо у випадку заочного розгляду в експертної команди виникають сумніви в достовірності документів?

Якщо у документах виникають сумніви, експертна команда може зупинити розгляд справи та направити пацієнта на додаткові обстеження. Головуючий оформлює електронне направлення в ЕСОЗ, а розгляд поновлюється після отримання необхідної інформації.

120. Як будуть відбуватись дострокові переогляди?

Дострокові переогляди стану здоров'я пацієнтів будуть здійснюватися за їхнім бажанням або за необхідності, якщо є зміни у стані здоров'я, що можуть вплинути на ступінь обмеження повсякденного функціонування.

Для цього лікуючий лікар ініціює направлення на оцінювання, якщо з'являються нові медичні показання або ускладнення, підтверджені відповідною медичною документацією. Після цього експертна команда проведе розгляд документів і при потребі запросить пацієнта на засідання для оцінювання.

121. У яких випадках адміністратор може повернути справи на допрацювання?

Приклади можливих причин повернення адміністратором закладу документів на доопрацювання:

- пацієнт не відповідає критеріям направлення на оцінювання, які зазначені в Постанові КМУ від 15.11.2024 № 1338
- усі або частина прикріплених (сканованих) медичних документів не містять повної інформації про джерело, а саме назва закладу охорони здоров'я з ЄДРПОУ та адресою, зазначений діагноз або висновок, ПІБ лікаря або уповноваженої особи закладу

- не співпадають перелічені у направлення медичні документи з прикріпленими (сканованими) документами
- у прикріплених (сканованих) медичних документах бракує одного або декількох з перелічених у направленні документів
- неможливо прочитати прикріплені (скановані) медичні документи у зв'язку з поганою якістю зображення або обрізаними документам
- відсутній документ, що посвідчує особу, у прикріплених (сканованих) документах
- відсутній РНОКПП або відмітка про відмову від РНОКПП у прикріплених (сканованих) документах
- відсутні причинно-наслідкові документи у прикріплених (сканованих) документах (акти, висновки, тощо)
- наявна заява про присутність уповноваженої особи на оцінюванні, однак відсутні документи або дані про цю особу
- неможливо прочитати прикріплені (скановані) документи у зв'язку з поганою якістю зображення або обрізаним документом.

122. Чи планує МОЗ відійти від розуміння груп інвалідності?

На разі не планується відмовлятися від визначення груп інвалідності, оскільки українське законодавство широко використовує їх для надання прав на різноманітні пільги. Однак широка реформа надання соціальних послуг та підтримки, яка запланована на 2025 рік, передбачає встановлення потреб людини, яка пройшла оцінювання, незалежно від відповідності критеріям статусу інвалідності. Ми виходимо з розуміння, що три групи інвалідності та пільги, виплати і послуги, які вони передбачають, не можуть врахувати усіх індивідуальних потреб кожної людини з інвалідністю.

В основі реформи оцінювання повсякденного функціонування буде закладено біопсихосоціальну модель та викорситання МКФ. Це означає, що замість акценту виключно на діагнозі головним буде оцінювання функціонального стану людини, зокрема, впливу стану здоров'я на повсякденну діяльність і якість життя.

123. Як здійснюється оцінювання повсякденного функціонування для громадян України за кордоном?

Процедура оцінювання для країн із міждержавними угодами

Для громадян України, які перебувають у державах, з якими укладено міждержавні угоди про соціальне забезпечення (Польща, Чехія, Словаччина, Болгарія, Іспанія, Португалія), передбачено такий механізм:

- Передача медичних формулярів: Уповноважений орган країни перебування громадянина України передає медичні документи до Пенсійного фонду України.
- Розгляд документів в Україні: Медичні формуляри Пенсійний фонд України надсилає до Міністерства охорони здоров'я, де їх розглядають експертні команди Центру оцінювання.
- Переклад документів: Центр оцінювання функціонального стану осіб забезпечує проведення перекладу документів українською мовою.
- Відповідність міжнародним стандартам: Медичні документи мають відповідати стандартам, таким як Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10).

- Формат оцінювання: Оцінювання може проводитися заочно або з використанням телемедицини, залежно від конкретної ситуації.

Процедура для країн без міждержавних угод

Для громадян України, які перебувають у країнах, з якими не укладено міждержавні угоди про соціальне забезпечення, процес оцінювання залишається доступним завдяки стандартній процедурі:

1. Підготовка медичних документів: у медичних документах має бути зазначено діагноз з використанням Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), ступінь функціональних порушень, дані лабораторних та функціональних обстежень (виписки стаціонарного хворого, консультації, обстеження тощо).
2. Переклад документів: Документи потрібно перекласти українською мовою та засвідчити їхню правильність перекладу. Згідно із Законом України "Про нотаріат" за вчинення нотаріальних дій за кордоном консульськими установами України щодо засвідчення правильності перекладу на українську мову документів, необхідних для направлення на оцінювання, консульський збір не справляється.
3. Передача документів: Перекладені документи можуть бути надіслані поштою або передані до лікуючого лікаря через технічні засоби електронних комунікацій. На підставі отриманих медичних документів лікуючий лікар зможе сформулювати направлення на проведення оцінювання.
4. Рішення про оцінювання: На підставі отриманих документів експертна команда в Україні проведе оцінювання повсякденного функціонування, яке може відбутися заочно або з використанням телемедицини.

Детальніше: [W Оцінювання громадян України за кордоном.docx](#)

124. Чи дозволене використання засобів телемедицини під час проведення оцінювання?

Детальне роз'яснення: [W Роз'яснення щодо використання засобів та методів телеконсульт...](#)

Реабілітація пацієнтів

125. Як відбуватиметься складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР) та як вона виглядатиме в електронному вигляді?

У разі встановлення інвалідності, експертна команда розробляє рекомендації, що є частиною ІПР. У разі потреби оновлення рекомендацій пацієнта можуть направити на ще одне оцінювання.

В електронному вигляді ІПР є інтегрованою частиною рішення експертної команди. Її структура стандартизована та передбачає вибір реабілітаційних заходів і засобів із затверджених довідників, із зазначенням, чи є потреба в конкретних заходах.

126. Хто буде складати ІПР в експертних командах? Виключно фахівець з реабілітації або інші лікарі ЕК?

Експертна команда складатиме загальні рекомендації в рамках оцінювання (потрібно або ні). У разі встановлення інвалідності експертна команда розробляє рекомендації, що є частиною ІПР.

127. Якщо людина з інвалідністю потребує постійного носіння підгузків і закінчився строк ІПР, що людині робити?

Якщо строк ІПР закінчився, пацієнту варто звернутися до лікуючого лікаря для отримання направлення на оцінювання повсякденного функціонування. Подальші кроки із забезпечення засобами залежать від органів соціального захисту.

128. Який порядок отримання допоміжних засобів реабілітації для безтерміново визнаних осіб?

Порядок отримання ДЗР для осіб з безстроковим статусом описаний на сайті служби у підпорядкуванні Мінсоцполітики, яка займається цим питанням <https://nssu.gov.ua/osobam-z-invalidnistiu/yak-otrymaty-dopomizhni-zasoby-reabilitatsii-tekhnichni-ta-inshi-zasoby-reabilitatsii>

129. Як враховуватиметься висновок експертної команди щодо кількості циклів реабілітації, якщо їх обсяг чітко визначений НСЗУ?

Кількість циклів реабілітації визначатиметься мультидисциплінарною реабілітаційною командою. Експертна команда (ЕК) не прийматиме рішення щодо кількості циклів реабілітації. У разі потреби в реабілітаційних послугах, експертна команда зазначає цю потребу та сформує електронне направлення на їх отримання. Детальніше про отримання реабілітації тут: <https://moz.gov.ua/uk/reabilitacija>

130. Оновлення ІПР – це справа сімейного лікаря чи також спеціаліста?

Оновлення індивідуальної програми реабілітації (ІПР) є однією з цілей направлення пацієнта на оцінювання повсякденного функціонування. У ході оцінювання команда аналізує стан пацієнта, його функціональні можливості та потреби, після чого програма може бути скоригована відповідно до нових обставин.

Направити на таке оцінювання також має лікуючий лікар.

131. Щодо строків індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю

іло

Відповідно до Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи”:

документи, рішення, прийняті, видані медико-соціальними експертними комісіями в період їх роботи, є чинними та продовжують бути підставами для продовження надання особам і дітям статусів, прав, пільг, пенсій, допомог, компенсацій, надбавок, якщо такі статуси, права, виплати та соціальні гарантії були оформлені (призначені) до 01 січня 2025 року, або інше не буде встановлено за результатами перевірки обґрунтованості рішення медико-соціальної експертної комісії, проведеної в установленому законодавством порядку, чи в судовому порядку, або до проведення оцінювання повсякденного функціонування особи експертними командами.

Особи, інвалідність яким встановлена без зазначення строку проведення повторного огляду, проходять оцінювання повсякденного функціонування за власним бажанням (за зверненням опікуна у разі позбавлення особи з інвалідністю дієздатності) або за рішенням суду.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю складалася МСЕК відповідно до Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року № 757. У формі індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю строки перегляду не передбачені і не вказувались, лише пунктом 12 передбачено, що у разі потреби в оперативному коригуванні індивідуальної програми фахівці реабілітаційних та інтернатних установ можуть змінювати обсяг, строк та черговість проведення реабілітаційних заходів.

Отже, індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю складалася на строк встановлення інвалідності і не потребує в обов'язковому порядку перегляду кожні два роки, а переглядається лише у разі необхідності внесення змін чи проведення нагляду за станом її виконання.

У разі необхідності внесення доповнень чи змін до індивідуальної програми реабілітації лікуючий лікар формує електронне направлення до експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи для оновлення переліку реабілітаційних заходів (оновлення рекомендацій, які є частиною ІПР).

Довідково

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю - комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здатності особи до виконання певних видів діяльності, в якій також зазначаються види діяльності, протипоказані особі з інвалідністю для здійснення трудової діяльності, визначені у рекомендаціях за результатами комплексної оцінки обмежень життєдіяльності особи.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю має містити індивідуальний перелік компенсаторів обмежень життєдіяльності особи, надання яких має забезпечити повноцінне життя та соціальну активність особи з інвалідністю. Забезпечення реалізації та фінансування заходів, передбачених індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю, може здійснюватися в рамках гарантованих державою послуг за рахунок коштів державного бюджету, загальнообов'язкового державного соціального страхування, місцевих бюджетів, коштів роботодавців та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю в цілому або окрему частину такої програми може бути переглянуто за зверненням особи з інвалідністю (її законного представника).

У разі істотної зміни стану здоров'я особи з інвалідністю індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю в цілому або окрему частину такої програми може бути переглянуто поза встановленими термінами за ініціативою суб'єктів, відповідальних за складення відповідних частин.

Контроль за ефективністю виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю в межах своїх повноважень здійснюють суб'єкти, що відповідальні за складення відповідних частин, місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, розпорядники відповідних коштів.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними закладами, підприємствами, установами, організаціями, в яких навчається, працює або

перебуває особа з інвалідністю, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

Особа з інвалідністю (її законний представник) має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу компенсаторів обмежень життєдіяльності особи, передбачених її індивідуальною програмою реабілітації, від її частини або від усієї програми.

Пенітенціарна система

132. Як подавати документи на оцінювання для осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі?

Лікарі пенітенціарної служби подають документи через електронну систему, оформлюючи направлення та додаючи медичну документацію. Оцінювання проводиться очно, заочно, дистанційно або виїзною командою відповідно до Критеріїв проведення оцінювання повсякденного функціонування особи.

133. Куди направлятимуться на розгляд пацієнти пенітенціарної системи, і як вирішуватимуться питання за відсутності декларацій та роботи лікарень в ЕСОЗ?

Пацієнти пенітенціарної системи направляються до експертних команд, що працюють на базі закладів охорони здоров'я. Для забезпечення їх доступу до оцінювання лікарі установ виконання покарань отримують доступ до електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування.

134. Як організовано взаємодію медичних закладів Державної кримінально-виконавчої служби (ДКВС) із системою оцінювання?

Медичні заклади ДКВС України та їхній персонал мають доступ до електронної системи для подання направлень на оцінювання. Адміністрація УВП спільно з медичною частиною (фельдшерським пунктом) забезпечують своєчасне (з урахуванням стану здоров'я засудженого) направлення засудженого для обстеження та лікування до лікарняних закладів ДКВС, а також доставлення до іншого закладу охорони здоров'я для проведення оцінювання.

135. Як буде здійснюватися продовження тимчасової непрацездатності експертною командою?

Одним із випадків направлення на оцінювання повсякденного функціонування відповідно до Порядку проведення оцінювання повсякденного функціонування, затвердженого постановою КМУ від 15.11.2024 № 1338 є “продовження тимчасової непрацездатності”.

Лікуючому лікареві рекомендується направляти на оцінювання з цією метою за 10 днів до настання 120-денного терміну безперервної або 150-денного перервного протягом року тимчасової непрацездатності.

У направленні має бути зазначено періоди непрацездатності та діагнози пацієнта, а також додані відомості про медичні висновки про тимчасову непрацездатність.

Адміністратор закладу охорони здоров'я розглядатиме отримане направлення з цією метою першочергово та матиме іншу процедуру призначення дати - обиратиме найближчу можливу дату розгляду, ураховуючи вказану мету в направленні. Бажано, щоб такі направлення розглядалися у межах 1-5 днів від дати надходження та не пізніше настання 120 / 150 днів непрацездатності.

За результатами розгляду направлення та у випадку прийняття рішення про наявність підстав для продовження тимчасової непрацездатності експертна команда фіксує це рішення в протоколі та у відповідному рішенні.

Інформація про прийняте рішення передається з електронної системи до Єдиної інформаційної системи соціальної сфери.

До внесення змін до [Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я](#), затвердженого [наказом МОЗ від 01.06.2021 року № 1066](#) на підставі рішення експертної команди, інформація про яке доступна в електронній системі щодо оцінювання повсякденного функціонування особи лікуючий лікар (!) пацієнта в електронній системі охорони здоров'я формує MBTH як продовження попереднього MBTH на строк, що визначається відповідно до проведеної власної медичної експертизи тимчасової непрацездатності.

Детальніше: [w продовження тимчасової непрацездатності ЕКОПФО.docx](#)

136. Яким чином сформувати інформацію про довготривалий MBTH з системи, чи потрібно кожен MBTH сканувати та прикріплювати до направлення на оцінювання?

До електронної системи при формуванні направлення необхідно в сканованому вигляді додати інформаційну довідку з електронної системи охорони здоров'я про кожен медичний висновок про тимчасову непрацездатність, що підтверджує весь період непрацездатності, про який зазначено в направленні.

137. Якщо MBTH (максимум 30 днів), то що далі: повторне оцінювання чи до лікуючого лікаря?

За результатами оцінювання, якщо було прийнято експертною командою рішення про продовження тимчасової непрацездатності, в ЕСОЗ MBTH формує лікуючий лікар, на строк який сам визначає відповідно до стану пацієнта та з урахуванням вимог Порядку формування MBTH.

Лікуючий лікар має право формувати MBTH ще на 120 днів. У разі неможливості вийти на роботу, пацієнт повторно скеровується на оцінювання.

138. На який термін допускається продовження MBTH?

Строк продовження MBTH після прийняття експертною командою рішення визначає лікуючий лікар у рамках власної медичної експертизи тимчасової непрацездатності.

Встановлення причинного зв'язку смерті потерпілого з одержаним каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я від нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання

139. Що є підставою для встановлення причинного зв'язку смерті потерпілого з трудовим каліцтвом або професійним захворюванням?

Причинний зв'язок встановлюється у разі, якщо смерть потерпілого, який отримував щомісячні страхові виплати, настала внаслідок ушкодження здоров'я, пов'язаного з нещасним випадком на виробництві або професійним захворюванням.

Детальніше:

<https://docs.google.com/document/d/1H-xWq9KhLXi--c2P5zyjAz5Xmqbn95zg/edit>

140. Хто має право бути направленим на встановлення причинного зв'язку смерті?

Направляються лише ті особи, які до смерті:

- Були визнані особами з інвалідністю внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання.
- Мали встановлений відсоток втрати професійної працездатності.

141. Яким нормативно-правовим документом регулюється порядок встановлення експертною командою причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням або трудовим каліцтвом?

Для направлення лікарем та розгляду зазначеної мети експертною командою рекомендовано користуватися наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 листопада 2005 року № 606 «Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 2 грудня 2005 року за № 1455/11735, який на сьогодні приводиться у відповідність до оновлених нормативно-правових актів, які регулюють проведення оцінювання повсякденного функціонування особи.

142. Які документи необхідні для розгляду питання про встановлення причинного зв'язку смерті?

Для розгляду використовуються:

- Направлення роботодавця, профспілкового органу, Пенсійного фонду або суду.
- Лікарське свідоцтво про смерть і довідка про причину смерті.
- Посмертний епікриз, завірений відповідним закладом охорони здоров'я.
- Копія протоколу патолого-анатомічного розтину або акта судово-медичного дослідження.
- Акти про нещасний випадок або професійне захворювання.
- Медико-експертна справа померлого (за наявності).

Детальніше: [W Встановлення причинного зв'язку смерті.docx](#)

143. Як встановлюється причинний зв'язок у разі відсутності деяких документів?

У разі відсутності окремих документів та неможливості їх поновлення, рішення приймається на підставі наявних документів, що дозволяють винести обґрунтоване експертне рішення.

144. Які критерії використовуються для встановлення причинного зв'язку смерті?

- Перебіг основного і супутніх захворювань, підтверджені клініко-інструментальними методами обстеження.
- Ускладнення професійного захворювання, трудового каліцтва, їх час настання та ступінь тяжкості.
- Можливість регресування чи прогресування окремих форм професійної патології.

Детальніше: [W Встановлення причинного зв'язку смерті.docx](#)

145. Чи може експертна команда відкласти справу на дообстеження?

Так, у разі потреби додаткової медичної документації, експертна команда може відкласти розгляд справи на дообстеження.

146. Коли причинний зв'язок вважається встановленим?

Датою встановлення причинного зв'язку вважається дата направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи, якщо причинний зв'язок надалі встановлений.

Детальніше: [W Встановлення причинного зв'язку смерті.docx](#)

147. Як можна оскаржити рішення експертних команд щодо встановлення причинного зв'язку?

Рішення експертних команд можна оскаржити в порядку адміністративного оскарження та/або до адміністративного суду.

148. Що отримає заявник після завершення оцінювання причинного зв'язку смерті потерпілого?

Заявник отримує витяг з рішення експертної команди про наявність або відсутність причинного зв'язку.

149. Як розглядаються складні випадки встановлення причинного зв'язку?

До роботи експертних команд можуть залучатися лікарі вузьких спеціальностей, а за необхідності проводяться консультації у Центрі оцінювання функціонального стану особи.

150. Як передається інформація про результати оцінювання щодо причинного зв'язку?

Інформація про результати оцінювання повсякденного функціонування особи щодо наявності або відсутності причинного зв'язку направляється електронною системою щодо оцінювання повсякденного функціонування особи до Єдиної інформаційної системи соціальної сфери.

Нормативно-правові акти, що регулюють зміни

1. [Закон “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи”](#) (реєст. № 12178, 19.12.2024 прийнятий в другому читанні та в цілому) Цим документом вносяться зміни до 32 законів та кодексів України.

2. [Постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338 “Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи”](#).

Затверджує низку положень та порядків, що унормовують новий порядок проведення оцінювання, а також скасовує та змінює деякі постанови Кабінету Міністрів України щодо медико-соціальної експертизи.

4. [Наказ МОЗ від 10.12.2024 № 2067 “Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи”](#)

Документ визначає перелік первинної документації для роботи експертних команд та закладає основу для цифровізації процесу оцінювання повсякденного функціонування особи та встановлення інвалідності.

5. [Наказ МОЗ України від 15.01.2025 № 99](#) "Про затвердження Порядку обробки та захисту персональних даних в електронній системі щодо оцінювання повсякденного функціонування особи"

Інші нормативно-правові акти:

- Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю
https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
- Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
- Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
- Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1058-15#Text>
- Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
- Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>
- Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-12#Text>
- Указ Президента України від 22 жовтня 2024 року Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 жовтня 2024 року «Щодо протидії корупційним та іншим правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів»
<https://www.president.gov.ua/documents/7322024-52569>
- Постанова Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 року № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text>.
- Постанова КМУ від 03 грудні 2009 року № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-%D0%BF#Text>
- Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 306 «Деякі питання встановлення зв'язку інвалідності з пораненнями чи іншими ушкодженнями здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/306-2018-%D0%BF#Text>
- Постанова Кабінету Міністрів України від 08 вересня 2015 року № 685 «Про затвердження Порядку надання статусу особи з інвалідністю внаслідок війни особам,

які отримали інвалідність внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх проведення»

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/685-2015-%D0%BF#Text>
- Наказ МОЗ від 03 грудня 2024 року № 2022 «Про покладання прав та обов'язків Центру оцінювання функціонального стану особи»
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2022282-24#Text>
- Наказ МОЗ № 420 від 05 червня 2012 року «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-12#Text>
- Наказ МОЗ та Мінсоцполітики від 20 листопада 2020 року № 774/2691 «Про затвердження Переліку діагнозів відповідно до найменування технічних та інших засобів реабілітації згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0074-21#Text>
- Наказ МОЗ від 15 листопада 2005 року № 606 «Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1455-05#Text>
- Наказ МОЗ від 23 січня 1995 року № 13 «Про затвердження Переліку медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-%D0%BF#Text>
- Наказ МОЗ від 07 жовтня 2022 року № 1817 «Про затвердження Переліку медичних протипоказань (захворювань і вад), за наявності яких особа не може бути допущена до керування відповідними транспортними засобами»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1300-22#Text>