

АНАЛІЗ

впровадження
ЕКОПФО в Україні для
сприяння ефективному
впровадженню
реформи у сфері
охорони здоров'я: права
пацієнта та роль лікаря
в системі

м. Київ
2025

Аналіз впровадження ЕКОПФО в Україні для сприяння ефективному впровадженню реформи у сфері охорони здоров'я: права пацієнта та роль лікаря в системі

Дослідження створено БФ «Здорові рішення для відкритого суспільства» за підтримки Фонду «Аскольд і Дір», що адмініструється ІСАР Єднання в межах проекту «Сильне громадянське суспільство України – рушій реформ і демократії» за фінансування Норвегії та Швеції. Зміст дослідження є відповідальністю БФ «Здорові рішення для відкритого суспільства» та не є відображенням поглядів урядів Норвегії, Швеції або ІСАР Єднання.



Зміст

РОБОЧА ГРУПА З ПІДГОТОВКИ ДОСЛІДЖЕННЯ	4
ПОДЯКА	5
СКОРОЧЕННЯ	6
РЕЗЮМЕ	7
ДИЗАЙН ТА МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ	10
ВСТУП	13
РОЗДІЛ 1. СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИ В УКРАЇНІ	20
1.1. Як працює система. Етапи реформування	20
1.2. Основні суб'єкти системи оцінювання повсякденного функціонування особи: їх роль і функції	24
1.2.1. Лікар, який направляє особу на оцінювання	
1.2.2. Заклади охорони здоров'я	
1.2.3. Адміністратор закладу охорони здоров'я	
1.2.4. Експертні команди оцінювання повсякденного функціонування особи	
1.2.5. Центр оцінювання функціонального стану особи	
1.3. Автоматизація процесу оцінювання повсякденного функціонування особи в електронній системі	35
1.4. Система моніторингу оцінювання повсякденного функціонування особи	38
РОЗДІЛ 2. МАРШРУТ ПАЦІЄНТА В СИСТЕМІ ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИ В УКРАЇНІ	42
2.1. Огляд загального маршруту для цивільного населення	42
2.2. Специфіка маршруту для військовослужбовців	43
2.3. Особливості маршруту для інших груп пацієнтів: ВПО, громадян України, які перебувають за кордоном, а також осіб, інформація про стан здоров'я яких не міститься в ЕСОЗ	44
2.3.1. Проходження оцінювання ВПО	
2.3.2. Особливості оцінювання для осіб, які перебувають за кордоном	
2.3.3. Особливості оцінювання для осіб, інформація про стан здоров'я яких не міститься в ЕСОЗ	

Зміст

2.4. Права та інтереси пацієнта, механізми їх захисту.....	46
2.4.1. Огляд основних прав пацієнтів в системі оцінювання повсякденного функціонування	
2.4.2. Огляд основних механізмів захисту прав та інтересів пацієнтів в системі оцінювання повсякденного функціонування	
РОЗДІЛ 3. СТАТУС ЛІКАРЯ В СИСТЕМІ ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИ.....	64
3.1. Статус лікарів у процесі оцінювання повсякденного функціонування особи: компетентність, кваліфікаційні вимоги та професійна підготовка.....	64
3.1.1. Нормативне врегулювання обсягу участі лікарів у роботі експертних команд	
3.2. Як і ким фінансується робота лікарів експертних команд?.....	68
3.2.1. Механізм фінансування діяльності експертних команд	
3.2.2. Фінансування закладів охорони здоров'я, лікарі яких здійснюють направлення пацієнтів	
3.3. Проблемні аспекти відповідальності та умов праці лікарів експертних команд.....	71
3.3.1. Належна фіксація процесу оцінювання та документальне підтвердження повноти й обґрунтованості рішень	
3.3.2. Психологічне навантаження лікарів ЕКОПФО	
3.4. Рекомендації для закладів охорони здоров'я щодо побудови системи мотивації членів експертних команд.....	73
3.4.1. Зміни до колективного договору	
3.4.2. Моделі фінансового стимулювання лікарів експертних команд	

Робоча група з підготовки дослідження

Вікторія Тимошевська, лікарка, виконавча директорка та співзасновниця Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства»;

Тетяна Гавриш, к. ю. н., адвокатка, директорка зі стратегічного розвитку та співзасновниця Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства», координатор Харківської експертної групи підтримки медреформи;

Олексій Харитонов, к. ю. н., адвокат, експерт у галузі медичного права, консультант Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства»;

Олексій Головін, юрист, головний юридичний радник Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства»;

Максим Дейнега, юрист, експерт у галузі медичного права, консультант Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства»;

Марина Кахнова, адвокатка, експертка в галузі медичного права, консультантка Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства»;

Максим Інвія, юрист, експерт у галузі медичного права, консультант Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства».

Подяка

Благодійна організація «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства» висловлює щиру вдячність і глибоку повагу експертам за фахові консультації, всебічне сприяння та допомогу, зокрема Міністерству охорони здоров'я України, Центру оцінювання функціонального стану особи, а також благодійному фонду "Харків з тобою", громадській організації «Юридична сотня», громадській спілці "Ліга Сильних", благодійному фонду "Пацієнти України".

Окрему подяку висловлюємо лікарям, керівникам закладів охорони здоров'я та їхнім заступникам, експертам у сфері охорони здоров'я, які взяли участь в індивідуальних глибинних інтерв'ю та/або анкетуванні; представникам інших громадських організацій, державних органів та установ, що сприяли проведенню цього дослідження; а також пацієнтам, які поділилися своїм досвідом взаємодії із системою ОПФО.

Скорочення

Загальні скорочення:

ВЛК – військово-лікарська комісія

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗСУ – Збройні сили України

ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я

ЕКОПФО – експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

МСЕ – медико-соціальна експертиза

МСЕК – медико-соціальні експертні комісії

НАЗК – Національне агентство з питань запобігання корупції

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОПФО – оцінювання повсякденного функціонування особи

ЦЕНТР ОЦІНЮВАННЯ – Центр оцінювання функціонального стану особи

Резюме

Наприкінці 2024 року в Україні ліквідували медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які встановлювали інвалідність пацієнтів, та натомість запровадили систему експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО). Ця реформа готувалася давно, проте була запущена передчасно після низки корупційних скандалів із МСЕК.

В основі реформи лежали три ідеї:

1. Перейти від виключно медичного визначення інвалідності до оцінки повсякденного функціонування особи: з урахуванням фізичних, психологічних, оточуючих чинників — так званої біопсихосоціальної моделі. Інакше кажучи, щоби статус людини встановлювався не лише через її медичний стан, але й через можливість, наприклад, самостійно переносити важкі речі, одягатися, підніматися на п'ятий поверх без ліфта.
2. Перейти від пострадянської моделі, коли комісія сприймала пацієнта як безправний об'єкт та виносила йому вирок — інвалідність чи ні, — до моделі сервісу. Це означає швидкість, комфорт та максимальну цифровізованість. Можливість комплексно оскаржити рішення ЕКОПФО. А також зміну ролі експертних команд: до їхніх повноважень тепер входять також рекомендації, які є частиною реабілітації, та частковий нагляд за виконанням цих рекомендацій.
3. Перейти від непрозорої, суб'єктивної, відкритої до зловживань системи до максимально захищеної та справедливої. Наприклад, анонімізувати пацієнтів, встановити чіткі правила щодо конфлікту інтересів тощо.

Окремо важливо відзначити, що реформа ЕКОПФО не зводиться лише до пацієнтів, але й включає інтереси медиків. Адже на якість оцінювання впливає кадровий склад команд, спосіб, у який туди включають медиків, їхнє навантаження та справедлива компенсація їхньої роботи.

За майже рік після старту реформи благодійний фонд "Здорові рішення" підсумовує її перші результати в цьому дослідженні. Воно проведене на основі аналізу даних, отриманих від МОЗ та Центру оцінювання у відповідь на наші запити, індивідуальних експертних глибинних інтерв'ю з розробниками та учасниками процесу оцінювання, а також на основі анкетування лікарів та пацієнтів через соціальні мережі.

За підсумками дослідження ми можемо констатувати:

Реформа дійсно запрацювала та призвела до якісних змін. ЕКОПФО функціонує як нова система, а не просто як перейменована МСЕК. До успіхів можна записати електронні процеси, зрозумілу структуру оцінювання, забезпечення прав та нових можливостей для пацієнтів.

Проте на шляху до повноцінної реалізації ЕКОПФО досі стоять серйозні ризики: до Верховної Ради все ще не подано профільний законопроект; лікарі відчувають брак часу та фінансової компенсації; існуючі механізми оскарження рішень експертних команд мало-ефективні.

Крім того, хоча реформу вдалося запустити “з коліс”, ніхто не знає, куди саме вона рухається. Наразі за ЕКОПФО немає стратегічного бачення для розвитку та реалізації подальших змін. Вся система зводиться виключно до медицини та компетенції Міністерства охорони здоров'я: на медиків лягають і соціальні функції. Частина обіцяних елементів реформи, як, наприклад, оцінювання оточення пацієнта чи повна анонімізація процесу, поки що не працюють.

Головні висновки дослідження:

- У межах реформи дійсно вдалося створити інституції: Центр оцінювання, мережу експертних команд, систему моніторингу прийнятих рішень. Вони активно працюють та вже призвели до змін на краще.
- Реформі досі бракує методичного та правового супроводу: не затверджено клінічну настанову щодо застосування критеріїв встановлення інвалідності, а до Верховної Ради не подано профільний законопроект. Це нівелює системний ефект реформи та ставить її під загрозу.
- Пацієнти стикаються з затримками на етапі перевірки документів та розгляду справ. За результатами анкетування, що було проведене в рамках цього дослідження, 53% очікували на прийняття рішення більше місяця, з них 11 % - більше 3 місяців.
- ЕКОПФО не фіксують письмово всі документи, які враховували при прийнятті рішень. Це знижує прозорість процесу та підвищує ризик помилок і зловживань. Але також підвищує успішність оскарження рішень пацієнтами, адже саме на експертну команду покладається зобов'язання довести, що вона врахувала всі обставини.
- Медики відчують на собі емоційний тиск, працюючи в експертних командах. Деякі пацієнти просять в них групу інвалідності, хоча її не потребують. Інші — обурюються, що втратили групу, яку мали раніше. Це пов'язано, зокрема, з новими критеріями оцінювання, які враховують інші обставини крім медичного стану пацієнтів.
- Лише близько половини пацієнтів відчують повагу під час оцінювання. Анкетування, проведене в межах дослідження, показало, що 57% пацієнтів відчували повагу, тоді як 39% повідомили про її відсутність, а близько 4% не змогли оцінити це однозначно.
- Механізми захисту пацієнтів малоефективні. Статистика демонструє, що Центр оцінювання, за результатом розгляду більшості скарг пацієнтів, підтверджує первинне рішення експертних команд (22,83%), у 4,70% — формує нове рішення, а у менш ніж 1% випадків — скасовує рішення. Решта скарг (понад 70%) наразі не містять висновків. Право пацієнта на оскарження додатково обмежується високою завантаженістю та недостатньою укомплектованістю Центру оцінювання. Близько 94% судових справ вирішуються на користь експертних команд, адже суд може перевірити лише дотримання процедур та законодавства.
- Не внормовано, які саме лікарі повинні відправляти пацієнтів на оцінювання. Внаслідок цього різні заклади мають різні практики, спеціалісти інколи відмовляються направляти пацієнтів на оцінювання, надмірне навантаження лягає на сімейних лікарів.
- Компетенція членів експертних команд може погіршуватися з часом. Адже попри вимоги до щорічного навчання не затверджено ані його програми, ані критеріїв, ані єдиного формату сертифікації. Також викликає занепокоєння той факт, що в частині ЕКОПФО лікарі задіяні на повну зайнятість — це означає відірваність від реальної практики та суперечить ідеям реформи. Лікарі, які працюють у складі ЕКОПФО, зазнають значного психоемоційного навантаження та ризику професійного вигорання,

однак чинне законодавство не передбачає для них жодних додаткових гарантій чи компенсацій порівняно з іншими лікарями. У межах дослідження ми пропонуємо механізм компенсації підвищеного нервово-емоційного навантаження.

- Система фінансування ЕКОПФО недосконала. Наприклад, оплата закладам за кількість прийнятих рішень стимулює швидкість, але не враховує складність справ. Інакше кажучи, лікарі, які уважніше працюють із важкими випадками, можуть отримувати менше грошей. Як варіант удосконалення системи пропонуємо розглянути перехід від єдиного тарифу до гнучкої системи оплати, що враховуватиме складність справ та якість роботи ЕКОПФО.
- Система мотивації лікарів ЕКОПФО багатьох лікарень є непрозорою та неефективною. Кошти за участь у роботі команди надходять лікарні, а їхній подальший розподіл часто залежить від суб'єктивного рішення керівника, а не від чітких критеріїв продуктивності та якості. У межах дослідження ми пропонуємо для лікарень чотири потенційних моделі забезпечення справедливого фінансування лікарів ЕКОПФО.

Мета та дизайн дослідження

Мета дослідження

Зробити об'єктивний незалежний аналіз законодавства щодо впровадження роботи ЕКОПФО з пропозиціями щодо вдосконалення як нормативно-правової бази, так і практичних аспектів її реалізації, які будуть сприяти ефективному впровадженню реформи.

Методи дослідження

Правовий аналіз українського законодавства.

Аналіз судової практики: >50 судових рішень.

Запити до державних органів і та установ.

Якісне дослідження: індивідуальні експертні глибинні інтерв'ю з розробниками реформи та з учасниками процесу оцінювання.

Всього проведено 9 інтерв'ю в форматі онлайн-зустрічей, середня тривалість інтерв'ю – година.

Анкетування лікарів та пацієнтів через соціальні мережі для збору даних про особистий досвід взаємодії з системою ОПФО, участь прийняло 74 респонденти. Анкетування проводилося в соціальних мережах для перевірки сформованих гіпотез та є нерепрезентативним.

Предмет дослідження

Система ОПФО в Україні.

Терміни реалізації дослідження

15 липня 2025 р. – 15 жовтня 2025 р.

Завдання дослідження

- Проаналізувати чинні нормативно-правові акти, що регулюють відносини у сфері ОПФО.
- Провести глибинні інтерв'ю з ключовими стейкхолдерами реформи, лікарями експертних команд, іншими учасниками системи ОПФО для глибшого розуміння процесів реформи та отримання інформації з практики щодо недоліків роботи системи.
- Дослідити маршрут пацієнта в новій системі для різних груп населення (цивільне населення, військовослужбовці, ВПО, громадяни України, що перебувають за кордоном, а також особи, інформація про стан здоров'я яких не міститься в ЕСОЗ, тощо)
- Проаналізувати права пацієнта у новій системі.
- Проаналізувати роль лікаря у новій системі, його функції та права.
- Розробити рекомендації, які сприятимуть усуненню неузгодженостей у законодавстві та нормативно-правових актах.

Географія дослідження

Учасники процесу оцінювання повсякденного функціонування, які долучилися в якості респондентів, працюють в Харкові, Чернігові, Житомирі, Івано-Франківську, Дніпрі, Київській області. Досліджувались як регіональні тенденції роботи нової системи, так і загальнонаціональний контекст.

Цільові групи дослідження

Дослідження проводилося за трьома взаємодоповнювальними напрямками:

- (1) загальна архітектура системи ОПФО,
- (2) роль лікаря та експертні команди,
- (3) шлях пацієнта від звернення до отримання рішень.

Такий поділ забезпечив перехресну перевірку даних: стратегічний (нормативно-правовий та організаційний), клінічний (роль і досвід лікаря/експертних команд) та користувачький (шлях і досвід пацієнта) ракурси.

Загалом було проведено 9 глибинних інтерв'ю:

- один з розробників реформи ОПФО – 1;
- керівниця Центру оцінювання повсякденного функціонування стану особи – 1;
- заступники керівників ЗОЗ, відповідальні за впровадження в ЗОЗ системи ОПФО – 3;
- лікуючий лікар – 1;
- лікарі-члени експертних команд – 2;
- фахівець з реабілітації у сфері охорони здоров'я – 1.

Також проведено коротке анкетування 74 респондентів, серед яких 53 пацієнти, 20 лікарів-членів експертних команд та 1 лікуючий лікар, щодо їх досвіду взаємодії з системою ОПФО.

Критерії відбору експертів, респондентів

- **Розробник реформи** – дотичний до підготовки нормативних рішень і дизайну процесів, може пояснити логіку змін та цілі етапів впровадження реформи.
- **Заступники керівників ЗОЗ**, відповідальні за впровадження в закладі системи ОПФО, – мають безпосередній досвід організації процесу ОПФО у ЗОЗ.
- **Лікарі-члени експертних команд** – здійснюють оцінювання на практиці, можуть дати зворотний зв'язок щодо недієвих процедур та їх покращення.
- **Лікуючі лікарі** – формують направлення на оцінювання, супроводжують пацієнта по маршруту.
- **Керівниця Центру оцінювання повсякденного функціонування стану особи** – відповідає за координацію й методичний супровід діяльності експертних команд, має огляд системних проблем і агрегованих даних, а також відповідає за організацію розгляду скарг, перевірку обґрунтованості рішень.

Усі респонденти (-ки), експерти (-ки) надали добровільну згоду на участь у дослідженні.

Особливості проведення дослідження

Обрано якісний підхід: індивідуальні глибинні експертні інтерв'ю та коротке анкетування лікарів і пацієнтів у соцмережах. Такий дизайн відповідає меті: зібрати актуальну експертну інформацію про ОПФО та зрозуміти практику «на місцях». Також додатково проведено кабінетний аналіз чинних НПА та судової практики.

В умовах воєнного стану враховано операційні ризики (перебої зв'язку, зайнятість експертів, перенос інтерв'ю). Їх мінімізували завдяки гнучкому графіку, дистанційним форматам і резервним часовим слотам, тож це не вплинуло критично на строки дослідження.

Результати проведеного дослідження сприятимуть формуванню доказової бази й веденню діалогу зі стейкхолдерами та ключовими партнерами на національному та регіональних рівнях, допоможуть визначити напрями удосконалення маршруту пацієнта й ролі лікаря, підходи до мотивації та фінансування, а також теми для наступних кількісних досліджень.

Вступ

Потреба трансформації системи медико-соціальної експертизи, яка функціонувала в Україні з радянських часів і до 2024 року, визрівала протягом тривалого часу.

МСЕ була орієнтована виключно на медичні критерії. Основним чинником встановлення інвалідності виступав діагноз та ступінь втрати працездатності. У такій моделі не враховувалися інші аспекти функціонального стану людини, її соціальне оточення, а також середовище, в якому вона проживає. Відсутність комплексного підходу призводила до ізоляції, обмеженого залучення осіб з інвалідністю до суспільного життя та залежності від державної підтримки.

Питання реформування актуалізувалося через виявлені системні корупційні ризики в роботі МСЕК. У 2023–2024 роках задокументовано низку кримінальних правопорушень, пов'язаних з одержанням неправомірної вигоди посадовими особами МСЕК. Це спричинило значний суспільний резонанс і привернуло увагу до глибоких інституційних проблем.

За даними НАЗК корупційні ризики простежувались на всіх етапах МСЕ – від формування направлення до ухвалення рішення. Серед головних корупційних ризиків НАЗК визначило:

- прямі домовленості заявника з головою/членом МСЕК;
- посередництво посадових осіб держорганів;
- посередництво приватних осіб;
- міжрегіональна змова голів/членів різних МСЕК;
- «прискорення» лікарем направлення й пакета документів за винагороду (без підробки);
- підготовка лікарем підроблених первинних документів;
- «інвалідність під ключ» як комплексна послуга;
- використання паперового документообігу для зловживань;
- оформлення фіктивної інвалідності військовозобов'язаним для незаконного перетину кордону;
- змова лікарів МСЕК із вимаганням неправомірної вигоди¹.

У відповідь на ці ризики та з метою забезпечення належного захисту прав та законних інтересів громадян України, недопущення зловживань у сфері МСЕ Рада національної безпеки і оборони України ухвалила відповідне рішення, яке введено в дію Указом Президента № 732/2024. Відтак політична воля щодо ліквідації МСЕК як структури, що втратила суспільну довіру, та запровадження ОПФО отримала своє нормативне закріплення².

Водночас на той момент МОЗ та профільні експерти вже працювали над оновленням моделі: були підготовлені проекти рішень, інструменти та технічні заготовки. Через високий суспіль-

1. <https://nazk.gov.ua/uk/top-10-koruptsiynyh-ryzykiv-u-msek-schodo-vstanovlennya-invalidnosti-nazk-aktualizovalo-doslidzhennya-2021-roku-z-urahuvannjam-rezhymu-voennogo-stanu/>

2. <https://www.president.gov.ua/documents/7322024-52569>

ний запит запуск реформи відбувся раніше, ніж завершили повний цикл планування.

15 листопада 2024 року було ухвалено постанову КМУ № 1338 “Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи³” (Постанова КМУ № 1338), а 19 грудня 2024 року Верховна Рада України прийняла Закон України № 4170-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження ОПФО» (Закон № 4170-IX)⁴.

Нині триває паралельне добудовування та удосконалення самої системи (процедур, ІТ-модулів, аналітики) шляхом напрацювання та прийняття змін.

Концептуальні засади системи ОПФО

Нова система передбачає концептуальну зміну підходу до визначення інвалідності на засадах біопсихосоціальної моделі з урахуванням міжнародних стандартів, зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Біопсихосоціальна модель розглядає обмеження повсякденного функціонування людини як результат її взаємодії з навколишнім середовищем із врахуванням фізичних, психологічних та середовищних чинників. Її мета – забезпечити здатність людини підтримувати максимально високий рівень здоров’я та благополуччя, а також максимально ефективно функціонувати в суспільстві⁵.

Ключовим принципом нової системи ОПФО є **людиноцентричність**: в центрі уваги процесу оцінювання є пацієнт. Процес оцінювання має бути для нього максимально **доступним та зрозумілим**, враховувати його **індивідуальні потреби** та ґрунтуватися **на повазі до людської гідності**.

Поряд із цим, принцип людиноцентричності означає, що в такій системі мають існувати ефективні **гарантії забезпечення прав людини**, яка проходить оцінювання, та **ефективні способи захисту та відновлення порушених прав**. Тобто основна ідея нової системи – пацієнт є партнером, рівноправним учасником процесу оцінювання, зокрема, за рахунок чітких строків оцінювання, ефективного процесу оскарження тощо.

У цьому контексті питання людської гідності набуває особливого значення.

Для прикладу, Конституційний Суд України у рішенні від 20 грудня 2023 року № 11-р(II)/2023 підкреслює, що людська гідність є не лише правом, гарантованим статтею 28 Конституції України, а й абсолютною конституційною цінністю, яка не може бути обмежена або заперечена:

«Кожна людина є найвищою цінністю і заслуговує на гуманне та гідне ставлення до себе як до особистості, а держава зобов’язана гарантувати таке ставлення однаково кожному та бути відповідальною за захист гідності людини, утвердження невідчужуваності та непорушності її конституційних прав і свобод».

«Людська гідність – це абсолютна цінність, яка притаманна кожній людині... гідність людини ніхто і за жодних обставин не може обмежувати чи заперечувати»⁶.

Отже, система має ставитися до людини не як до «носія діагнозу», а як до суб’єкта прав, **забезпечуючи** гуманне ставлення та реальні умови для самостійності та участі.

3 Постанова КМУ від 15 листопада 2024 р. № 1338 “Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи” Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#Text>

4 Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4170-20#Text>

5 WHO standards for prosthetics and orthotics: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512480>

6 Каталог юридичних позицій Конституційного Суду України. Режим доступу: <https://ccu.gov.ua/storinka-knygy/424-pravo-na-povagu-do-gidnosti>

На відміну від попередньої, медикоцентричної моделі МСЕК (орієнтованої на присвоєння статусу й пільг), нова система ОПФО покликана змістити акцент на пошук шляхів реабілітації, адаптацію людини та створення умов для **повернення до максимально активного життя**, роботи, навчання. На цій основі формулюється **нова ціль системи**: встановити обмеження повсякденного функціонування особи (а не класифікувати «відхилення»), визначити компенсатори обмежень повсякденного функціонування особи, підтримати функціонування особи та її участь у суспільстві. Практично це означає індивідуалізований підхід (МКФ-профіль, план підтримки), врахування середовищних факторів і міжсекторальну взаємодію, що ставить гідність і потреби людини в центр рішення.

Пріоритетами цієї трансформації визначено:

- спрощення процедур встановлення інвалідності (в тому числі спрощення маршруту пацієнта) шляхом чіткої формалізації критеріїв та перенесення оцінювання ближче до пацієнта (в ЗОЗ);
- цифровізація процесу оцінювання;
- впровадження прозорих та ефективних механізмів оскарження рішень;
- модернізація системи фінансування.

Біопсихосоціальний підхід має забезпечити можливість:

- оцінити людину цілісно, враховуючи не лише діагноз, а й те, як вона взаємодіє з навколишнім середовищем;
- зосередитися на здібностях, а не лише на обмеженнях;
- підтримувати інклюзію не через ізоляцію, а через адаптацію середовища та надання підтримки;
- уникати стигматизації та забезпечувати індивідуальний підхід до кожного випадку.

Міжнародний досвід свідчить, що аналогічні трансформації вже реалізовано в низці країн. Зокрема, Ізраїль застосовує відсоткову шкалу порушень функціонування, а не класифікацію за групами. В Ізраїлі існує спеціальний статус «військова інвалідність», що встановлюється комісією незалежних медиків, призначених Міністерством оборони. Комісії не виконують соціальних функцій, лише медичне оцінювання, а для ветеранів з інвалідністю понад 20% складаються індивідуальні програми реабілітації з кейс-менеджментом. Також Литва створила єдину структуру для оцінки потреб та реабілітації, а Італія впровадила розмежування видів інвалідності та диференційовану систему оцінки. Найближчою до обраної Україною моделі є литовська, що також базується на принципах МКФ та міжвідомчій координації.^{7 8}

Виклики реалізації реформи

На момент впровадження змін держава ще не мала відповіді на питання, як біопсихосоціальна модель ОПФО буде виглядати на фініші. Остаточна стратегія не була погоджена, і зміни запускалися внаслідок чергового скандалу. В цьому є як позитив – зміни були запущені, так і негатив – зміни не були зрозумілі багатьом суб'єктам, яких вони стосувалися.

7 Аналітична записка з питань порівняльного законодавства щодо встановлення інвалідності (функціонального обмеження) осіб у державах Європейського Союзу, США, Ізраїлі, підготовлена Дослідницькою службою Верховної Ради України (опубліковано 14 березня 2024 року) https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/hum_social_policy/analytical_notes-hsp/74660.html

8 Інформаційна довідка щодо моделей оцінки інвалідності (функціональних обмежень) осіб у державах-членах ЄС (на прикладі Латвійської Республіки), підготовлена Дослідницькою службою Верховної Ради України (опубліковано 04 грудня 2024 року) https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/hum_social_policy/inform_references-hsp/75576.html

Проте варто відзначити МОЗ та профільних експертів за лідерство й управлінську спроможність, що забезпечили запуск і поступове масштабування системи ОПФО. МОЗ ефективно вибудувало координацію й підготувало нормативну базу, що зробило зміни стійкими до коливань та дозволило з 1 січня запустити реформу по всій країні.

Вдосконалення системи ОПФО продовжується і зараз.

Які виклики державі вже вдалось вирішити?

- **Цифровізація процесу ОПФО.** Запущено електронну систему ОПФО (е-направлення, електронна справа, фіксація рішень).
- **Прозорість і аналітика даних системи в реальному часі.** Стало можливим відстежувати черги, навантаження на експертні команди, динаміку та структуру рішень – це дає підґрунтя для оперативного планування подальших змін, перерозподілу ресурсів.
- **Запуск системи на рівні ЗОЗ.** Оцінювання перенесено «ближче до пацієнта». Його проводять експертні команди, які формуються з практикуючих лікарів.

«Філософія реформи – залучення практикуючих лікарів, які щодня ведуть діагностично-лікувальний процес, бачать пацієнтів і працюють за актуальними протоколами».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

- **Екстериторіальний підхід до розгляду справ.** Пацієнт разом із лікуючим лікарем обирає заклад з огляду на зручність розташування та завантаженість експертних команд. Це скорочує очікування й вирівнює потік справ.
- **Для військових.** До маршруту скерування інтегровано голів ВЛК. Це пришвидшує доступ військових до оцінювання.
- **Покращено взаємодії з системою соціального захисту.** Рішення експертних команд автоматично передаються на соціальну сторону. Це полегшує для пацієнтів замовлення допоміжних засобів реабілітації, призначення пенсій тощо.
- **Антикорупційні запобіжники.** Цифровізація та прозорість, що унеможливили винесення рішень заднім числом, запровадження обов'язкового декларування членів експертних команд.
- **Контроль і аналітика.** Дані про рішення доступні для міжрегіонального порівняння, що дозволяє коригувати управлінські підходи.

Які виклики й задачі вирішуються зараз?

Для завершення "медичного етапу" реформування необхідно:

- **Запустити опитувальник на етапах направлення та розгляду справ.** Цей крок необхідний для формування індивідуального МКФ-профілю пацієнта*. Ця робота проведена й очікує погодження з іншими центральними органами виконавчої влади, зокрема, щодо обсягів інформації про пацієнта. Після погодження розпочнеться розробка технічної частини системи.

*Примітка. МКФ-профіль – це структурований опис повсякденного функціонування особи за доменами МКФ (функції організму, структури організму, активності та участь, середовищні фактори) з оцінкою ступеня порушень і впливу середовища. Він формується з опитувальника та висновків експертної команди і є підставою для рішення, плану реабілітації та взаємодії з системою соціального захисту.

- **Ухвалити клінічну настанову щодо застосування критеріїв встановлення інвалідності.** Проект документа вже розроблений та перебуває на внутрішньому погодженні в МОЗ. Настанова стане довідником для експертних команд: зокрема, визначатиме мінімальний обсяг обстежень для конкретних діагнозів та критерії направлення на оцінювання.
- **Запустити на практиці дієвий механізм відсторонення недобросовісних лікарів від ОПО.** Правова основа – постанова КМУ від 3 вересня 2025 року № 1111.
- **Цифровізувати та стандартизувати процеси.** Передусім йдеться про повне переведення роботи Центру оцінювання в електронну систему, що дозволить відмовитися від паперових процедур при оскарженні.

Які питання на поточному етапі реформи є складними для реалізації та висені “за дужки”?

- **Зміна підходів до розгляду та оскарження справ.** Йдеться про асинхронний розгляд лікарями з різних ЗОЗ “засліплених” медичних документів.

Ідея полягає в тому, щоб лікарі переглядали медичні дані пацієнтів при оцінюванні без персональних ідентифікаторів: ПІБ пацієнта, адреси, назви ЗОЗ, ПІБ лікарів, даних про військову частину, контактів тощо. Залишаються лише клінічні та функціональні відомості (діагнози, результати обстежень), а також вік у діапазоні та стать, якщо це впливає на рішення. Правове закріплення можливості знеособлення даних уже відбулося (зміни, ухвалені постановою КМУ від 3 вересня 2025 року), але фактичне використання інструменту можливе лише за наявності технічної реалізації. Асинхронний розгляд означає дистанційний незалежний розгляд справи через е-систему кількома лікарями з різних ЗОЗ – паралельно або послідовно, у зручний для кожного час.

Це технічно складно, оскільки потребує нового механізму розподілу справ та управління чергою. Але ці зміни дозволять збільшити пропускну здатність системи, бо у більшості випадків відпаде потреба збирати лікарів одночасно. Рішення формуватиметься автоматично за збігу оцінок лікарів або – у разі розбіжностей – після короткого синхронного онлайн-консиліуму.

- **Залучення громад до встановлення статусів і системне врахування середовищних факторів** залишаються складними завданнями та наразі не належать до першочергових пріоритетів розробників реформи.

«В ідеальній моделі ми би мали прийти до системи, в якій статус має враховувати не лише медичний стан, а й середовищні фактори: доступність транспорту, житлові умови (напр., 5-й поверх без ліфта), локальні бар'єри. Це означає, що в одних умовах людина може не потребувати статусу, а в інших – потребувати, хоча медичний стан той самий. Оцінити ці фактори без участі представника громади неможливо – лікар «на відстані» не визначить реальні бар'єри».

З інтерв'ю з представником уряду

- **Вирішення проблеми множинності причин інвалідності.** Нинішня модель враховує лише одну причину і не має способу визначити «відсоток участі» кожної причини в кінцевому результаті, тоді як у реальному житті людини часто мають місце кілька одночасних факторів. Це створює виклики для системи пільг і виплат та вимагає комплексного, у тому числі політичного, рішення.
- **Питання грошових виплат.** Ключова задача – визначитись, що має бути завданням держави:
 - відновлення доходу людини, який вона мала до настання функціональних порушень, та/або
 - компенсація додаткових витрат людини, що виникають у неї через інвалідність (додаткові медичні витрати, які не покриваються програмою медичних гарантій, чи витрати на мобільність).

«Це складне питання, адже витрати різняться між різними групами. У законопроекті № 12209 пропонується модель відшкодування втраченого доходу, однак людей з інвалідністю це не задовольняє, оскільки крім втрат у доходах у них існують додаткові витрати. Тож необхідне політичне рішення: або держава бере на себе зобов'язання компенсувати додаткові витрати (повністю чи для певних груп), або визнає, що не робить цього. Без цього виглядає так, ніби держава просто скасовує виплати з мотивом, що людина продовжує заробляти так само, як і раніше. І хоча це вже інша реформа, але вона зачіпає суміжні питання запровадження системи ОПФО».

З інтерв'ю з представником уряду

Враховуючи описані виклики, команда БФ “Здорові рішення” в цьому дослідженні ставить за мету зафіксувати поточний стан системи, ідентифікувати її переваги та недоліки, окреслити ключові виклики та запропонувати практичні рішення.

Командою БФ “Здорові рішення” сформовано попередні гіпотези щодо можливих вразливостей за трьома напрямками дослідження:

1. Системні

- Дефіцит політичної підтримки для запуску наступної фази реформи.
- Відсутність ключових нормативних ініціатив і бачення подальшого поглиблення реформи.

2. Для лікарів-членів експертних команд

- Перевантаження без стимулів. Відсутність у переважній більшості ЗОЗ чітко сформованої, зрозумілої та прозорої системи стимулювання, зокрема, системи оплати праці. Поширена тенденція перевантаженості експертних команд.
- Декларативна відповідальність. Декларативність положень щодо персональної відповідальності членів експертних команд, зокрема, в частині позбавлення/відсторонення від участі в процесі ОПФО.
- Мінімальні вимоги до досвіду. Чинні вимоги допускають залучення фахівців із мінімальним практичним стажем (1 рік), водночас відсутні зрозумілі траєкторії

входу для молодих лікарів (менторство, супервізія, етапність доступу до складних кейсів).

3. Для пацієнтів

- Низька поінформованість. Пацієнти недостатньо знають про свої права під час оцінювання, про строки та інструменти оскарження.
- Фокус на виплатах та пільгах. Для більшості головною метою лишається отримання державних виплат, а не реабілітація та відновлення участі – через інерцію старої моделі й слабку пропозицію реабілітаційних послуг.
- Номінальність апеляцій. Процедури оскарження формально існують, але працюють повільно/непрозоро й рідко змінюють результат.
- Ризик свавільних рішень. Трапляються випадки необґрунтованого позбавлення статусу (і відповідної підтримки), що підриває довіру до системи.

Розділ 1.

Система оцінювання повсякденного функціонування особи в Україні

Розділ висвітлює правову основу та етапи впровадження ОПФО – від уже діючих елементів до тих, що перебувають у доробці, і подальших кроків. Розкрито роль і функції суб'єктів ОПФО, а також те, як функціонує е-система і якими механізмами держава забезпечує якість та однаковість рішень.

Додано графічний таймлайн (після підрозділу 1.1) реформування й візуалізацію кількості експертних команд, ухвалених рішень та їхніх оскаржень за регіонами.

У тексті розділу використано цитати та уривки з проведених інтерв'ю – від розробників реформи, осіб, відповідальних за впровадження ОПФО в ЗОЗ, та інших суб'єктів процесу оцінювання.

1.1. Як працює система. Етапи реформування

Законом № 4170-ІХ передбачено поступове запровадження нової моделі ОПФО. Аналіз законодавчої та підзаконної бази свідчить про реалізацію реформи у три послідовні етапи.

Початковий етап (2025 рік): запуск у сфері охорони здоров'я

На цьому етапі реалізації реформи було закладено інституційну, цифрову та організаційну основу нової системи ОПФО.

Цей фундамент склали, зокрема, такі підзаконні нормативно-правові акти з подальшими змінами до них:

- Постанова Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» (постанова КМУ № 1338) визначила порядок проведення оцінювання, критерії направлення на проведення ОПФО (далі – критерії направлення), порядок функціонування електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи, критерії встановлення інвалідності, а також основних суб'єктів системи, їхнє місце в системі та функції.
- Наказ МОЗ від 10 грудня 2024 року № 2067 (наказ МОЗ № 2067) деталізував практичну реалізацію процедури оцінювання на рівні ЗОЗ включно з вимогами до підготовки документації, маршрутами пацієнтів та механізмами взаємодії фахівців.
- Наказ МОЗ від 3 грудня 2024 року № 2022 (наказ МОЗ № 2022) закріпив правовий

статус, функції та повноваження Центру оцінювання функціонального стану особи, що виконує координуючу, методичну та аналітичну функцію в системі.

- Наказ МОЗ від 17 грудня 2024 року № 2107 (наказ МОЗ № 2107) визначив процедуру здійснення моніторингу ОПФО.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27 червня 2025 року № 769, якою внесено зміни до постанови КМУ від 24 грудня 2024 р. № 1503 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році”, змінила підхід в фінансуванні ЕКОПФО: відбувся перехід від фіксованої оплати «за наявність команди в закладі» до оплати «за кількість винесених рішень».

Також на цьому етапі реформи:

Кабінету Міністрів України необхідно розробити та подати до Верховної Ради України законопроект*, яким необхідно передбачити:

- визначення центрального органу виконавчої влади та інших уповноважених суб'єктів, до компетенції яких переходять функції з оцінювання функціонального стану особи та прийняття рішень щодо встановлення інвалідності;
- впровадження МКФ у всіх сферах життя;
- міжвідомчий обмін інформацією про результати оцінювання.

*Примітка: відповідно до вимог Закону № 4170-IX дедлайн розробки та подання законопроекту – до 1 липня 2025 року. Станом на вересень законопроект не розроблений та не поданий до Верховної Ради України

«Для переходу до наступного етапу реформи необхідно визначити, хто буде встановлювати статуси та як саме це відбуватиметься. Також потребує практичного впровадження новий підхід до формування індивідуального плану реабілітації, що передбачає розподіл його на частини».

З інтерв'ю з представником уряду

МОЗ необхідно розробити та затвердити настанову*, яка регламентує застосування встановлених критеріїв при ухваленні рішень щодо встановлення інвалідності⁹.

Такий документ має стати методичним орієнтиром для ЕКОПФО та забезпечити уніфіковане, доказове та обґрунтоване застосування критеріїв при прийнятті рішень. Клінічна настанова серед іншого передбачатиме перелік мінімальних обстежень для різних діагнозів і станів. Відповідні поля будуть автоматично підсвічуватись в електронній системі, і без їх заповнення лікуючий лікар не зможе сформулювати направлення на ОПФО.

⁹ Критерії встановлення інвалідності, затверджені постановою КМУ № 1338 (пункт 16). Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#n639>

*Примітка: відповідно до Постанови КМУ № 1338 дедлайн розробки та затвердження цього нормативного документу – до 1 квітня 2025 року. Зі слів представника уряду, настанова вже розроблена та перебуває на внутрішньому узгодженні МОЗ.

Другий етап – розширення реалізації реформи (2025 – 2026 роки)

Полягає у поступовому розширенні застосування системи ОПФО в інші сфери крім охорони здоров'я. На цьому етапі Кабінет Міністрів України має визначити центральні органи виконавчої влади, уповноважені на проведення такого оцінювання, та забезпечити обмін інформацією між цими сферами з використанням державних електронних інформаційних систем. Також він має забезпечити впровадження системи ОПФО з використанням МКФ у сфері охорони здоров'я, соціальной, освітній сферах, сфері зайнятості, сфері фізичної культури та спорту та, за потреби, в інших сферах життєдіяльності особи фіксацію результатів такого оцінювання, що відображають потреби особи без скасування статусів «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю».

Третій етап – повна інтеграція (з 1 липня 2026 року)

Передбачає повну інтеграцію системи ОПФО у всі ключові галузі, що забезпечить єдність підходів, координацію дій органів влади, а також своєчасне ухвалення рішень щодо надання послуг, соціальной підтримки чи реабілітації відповідно до індивідуальних потреб особи.

«Ключову роль в оцінюванні результативності втручань має відігравати соціальна сфера з новими критеріями та функціональними групами, які визначатимуть рівень обмежень і стануть базою для надання послуг. Саме вона найбільш зацікавлена в тому, щоб люди ставали самостійними, адже це зменшує потребу у витратах на підтримку. Ідея полягає в тому, що слід не лише здійснювати інтервенції, а й оцінювати їхню ефективність, визначати, чи справді вони зменшують залежність людини від державної допомоги».

3 інтерв'ю з представником уряду

«Координація та контроль результативності мають належати кейс-менеджменту в соціальной сфері. Для військових супровід може здійснювати Мінветеранів, але більш дієвою є участь менеджерів у громадах, які ближчі до конкретної людини».

3 інтерв'ю з представником уряду

Таймлайн

2027

липень 2026

01.07.2026 Повна інтеграція

- У кожній сфері запроваджуються власні оцінки потреб і каталог послуг.
- Формування «функціонального профілю», автоматичний обмін даних

2026

2025-2026 Розширення

- Впровадження інструментів
- Актуалізація критеріїв
- Інтеграція з ЕСОЗ та іншими реєстрами

2025

2025 Початковий етап

- Визначено нові критерії та спрощене направлення
- Запуск електронної системи ЕКОПФО
- Розроблення та подання до ВРУ законопроекту

2024

1.2. Основні суб'єкти системи оцінювання повсякденного функціонування особи: їх роль і функції

Запровадження системи ОПФО стало інституційно-управлінським викликом, що вимагав створення нової інституційної та організаційної інфраструктури. Відбулася ліквідація застарілих інституцій та створення нових, наповнення їх новими функціями та завданнями, які б відповідали концепції реформи.

1.2.1. Лікар, який направляє особу на оцінювання

Перший контакт пацієнта з системою оцінювання відбувається саме на прийомі у лікуючого лікаря. Він визначає, чи є підстави для направлення на проведення оцінювання, керуючись затвердженими постановою КМУ № 1338 критеріями (далі – критерії направлення).

На старті реформи не було чіткого визначення, хто є лікуючим лікарем і хто має робити направлення на ОПФО.

Зазвичай функцію лікуючого лікаря виконує лікар із надання спеціалізованої медичної допомоги, який безпосередньо веде пацієнта. В окремих випадках цю роль можуть брати на себе сімейні лікарі.

«Первісна ідея була така, що направлення мали робити лише профільні спеціалісти або військові лікарі, а не сімейні. Причина відмови від такої моделі – кадровий дефіцит, особливо у зонах бойових дій. Наприклад, у Херсонській області певний час залишався лише один невролог, тому доступ до вузьких спеціалістів був вкрай обмежений».

З інтерв'ю з представником уряду

«Прогноз: коли частка направлень лікарів-спеціалістів сягне 75–80%, можна буде повністю відмовитися від ролі сімейних лікарів у цьому процесі».

З інтерв'ю з представником уряду

Формувати направлення на оцінювання мають право як лікуючі лікарі ЗОЗ державної та комунальної форми власності, так і приватних ЗОЗ.

Для військовослужбовців направлення на оцінювання здійснює голова ВЛК, який у цьому випадку виконує роль лікуючого лікаря.

«Статистика за період із січня по липень підтверджує й тенденцію зростання кількості направлень від військових спеціалістів. Збільшується й кількість направлень від військово-лікарських комісій (чого раніше взагалі не було)».

З інтерв'ю з представником уряду

Основні функції лікуючого лікаря:

- **Визначення потреби в оцінюванні.** Лікар ідентифікує випадки, коли у пацієнта можуть бути стійкі обмеження функціонування, та визначає необхідність проведення оцінювання відповідно до критеріїв направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи.
- **Інформаційна роль.** Лікар інформує пацієнта про зміст і порядок проведення оцінювання.
- **Ініціювання процедури оцінювання.** Лікар формує електронне направлення в електронній системі оцінювання функціонування, забезпечуючи повноту, достовірність і обґрунтованість даних.
- **Формування пакету медичної та іншої документації пацієнта.** Усі документи, що підтверджують стан здоров'я, а також заяви щодо участі уповноваженого представника пацієнта в процесі оцінювання, щодо самостійного здійснення відео-, аудіофіксації процесу оцінювання з використанням власних технічних засобів або документи з інших питань завантажуються у відсканованому вигляді.
- **Супровід пацієнта.** За бажанням пацієнта та подання відповідної заяви лікар може бути присутнім під час самої процедури оцінювання.
- **Оскарження.** У разі подання пацієнтом скарги саме через лікуючого лікаря розпочинається процес адміністративного оскарження в електронній системі (ця функція на практиці ще не реалізується, оскільки технічна можливість електронної системи ще не передбачає такого механізму).
- **Документування.** Лікар видає пацієнту документи, сформовані під час проходження процедури оцінювання або оскарження (на запит пацієнта), витяги з них.

Таким чином, лікуючий лікар виступає першою точкою входу в систему оцінювання, поєднуючи медичну експертизу з функцією інформування та підтримки пацієнта.

1.2.2. Заклади охорони здоров'я

Важливу системоутворювальну роль у впровадженні нової моделі ОПФО відіграють ЗОЗ, на базі яких організуються експертні команди.

Відповідно до Постанови КМУ № 1338 ЕКОПФО формуються у кластерних та надкластерних ЗОЗ. Це, як правило, багатопрофільні лікарні, які надають спеціалізовану чи високо-спеціалізовану допомогу, відповідають критеріям кадрового, організаційного та технічного забезпечення.

Якщо в регіоні не затверджена спроможна мережа ЗОЗ або виникає потреба в додаткових потужностях, ОПФО може здійснюватися у визначених МОЗ державних ЗОЗ, а також у комунальних закладах, які визначаються розпорядженням голови (начальника) обласної чи Київської міської державної (військової) адміністрації за погодженням з МОЗ.

Відповідно до публічних даних щодо системи ОПФО, що містяться у відповідному дашборді на офіційному сайті МОЗ, кількість ЗОЗ зі сформованими експертними командами по всій країні – 301.

Отже, основна їх функція – це організація й забезпечення процесу оцінювання. З цією метою в ЗОЗ призначається відповідальна особа. Як правило, цю роль виконує один із заступників керівника лікарні. Він координує роботу експертних команд, забезпечує адміністративний та кадровий супровід процесу оцінювання, внутрішній моніторинг якості послуги.

ЗОЗ взаємодіють із НСЗУ як з головним фінансовим оператором у межах програми медичних гарантій..

1.2.3. Адміністратор закладу охорони здоров'я

Адміністратор – це визначена керівником ЗОЗ особа (або кілька осіб), яка здійснює первинну перевірку електронного направлення та супровідних документів перед тим як справа буде прийнята до розгляду експертною командою. По суті, адміністратор виконує роль «фільтра» чи запобіжника: він допомагає уникнути витрачання часу експертної команди на перевірку технічних помилок і дозволяє зосередитися на професійній оцінці стану людини.

Кількість залучених в ЗОЗ адміністраторів по всій країні становить 903¹⁰. Кількість направлень на оцінювання, що знаходяться на модерації, становить 8103¹¹.

Функції адміністратора включають:

- перевірку повноти направлення та пакету документів та наявність помилок;
- прийняття направлення до розгляду або його повернення на доопрацювання (з зазначенням підстав) у строк до 5 робочих днів;
- встановлення форми проведення оцінювання (очно, заочно, з використанням телемедицини чи за місцем перебування особи) відповідно до критеріїв і побажань пацієнта;
- інформування особи про дату, час і форму розгляду справи (електронною поштою або поштовим листом);
- виконання інших функцій, визначених Порядком проведення оцінювання, затвердженим постановою КМУ № 1338 (далі – Порядок проведення оцінювання).

Таким чином, адміністратор забезпечує організаційну та процедурну чіткість процесу, виступаючи важливим елементом попереднього контролю та прозорості в системі ОПФО.

1.2.4. Експертні команди оцінювання повсякденного функціонування особи

Виходячи з аналізу статті 69-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я (Основи), експертна команда виконує дві основні функції:

- розгляд справи та ухвалення висновку щодо функціонального стану особи;
- формування та підписання електронного протоколу оцінювання.

Команди формуються з практикуючих лікарів з ЗОЗ, в якому організовано ОПФО.

¹⁰ Дашборд МОЗ щодо системи ОПФО. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/ekopfo> (дані станом на 26 вересня 2025 року)

¹¹ Статистичні дані з відповіді ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України" від 06.10.2025 № 4651/01-16 на запит БФ "Здорові рішення" від 29.09.2025 № 154 (дані станом на 26 вересня 2025 року)

«Лікар повинен правильно і пролікувати, і правильно записати, і правильно оцінити».

З інтерв'ю з представником адміністрації ОЗ, відповідальною особою за організацію процесу ОПФО

Команди створюються індивідуально для кожного випадку оцінювання з не менше ніж трьох лікарів, внесених до переліку тих, хто має право проводити оцінювання. До складу обов'язково входить терапевт або профільний лікар за основним чи супутнім захворюванням. Після запуску технічної функції в електронній системі команди формуватимуться автоматично – за принципом випадковості.

Головуючим лікарем визначається фахівець, чия спеціальність відповідає основному діагнозу.

Детальніше про лікарів див. розділ 3.

Статистичні дані¹²:

1368

Кількість сформованих по всій країні експертних команд в

301

закладі охорони здоров'я

36 194

кількість нерозглянутих справ, доступних до розгляду експертними командами

7 215

Кількість залучених в експертні команди лікарів

8 103

електронних направлень очікують на модерацію

386 745

В електронній системі щодо ОПФО сформовано електронних направлень на проходження оцінювання

371 255

Рішень прийняли експертні команди

35 394

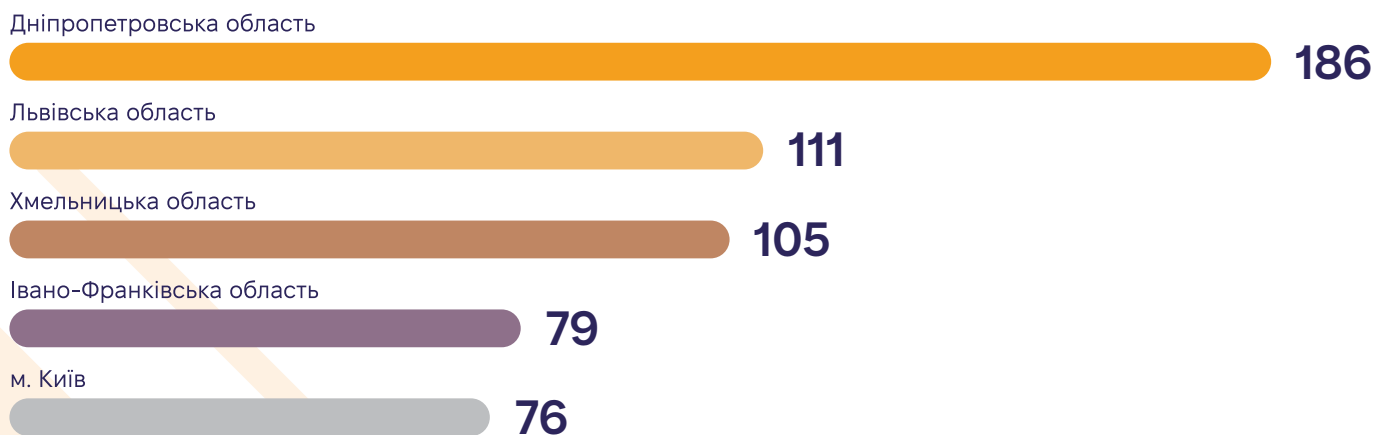
з них електронних

800

паперових

¹² Статистичні дані з відповіді ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України" від 06.10.2025 № 4651/01-16 на запит БФ "Здорові рішення" від 29.09.2025 № 154 (дані станом на 26 вересня 2025 року)

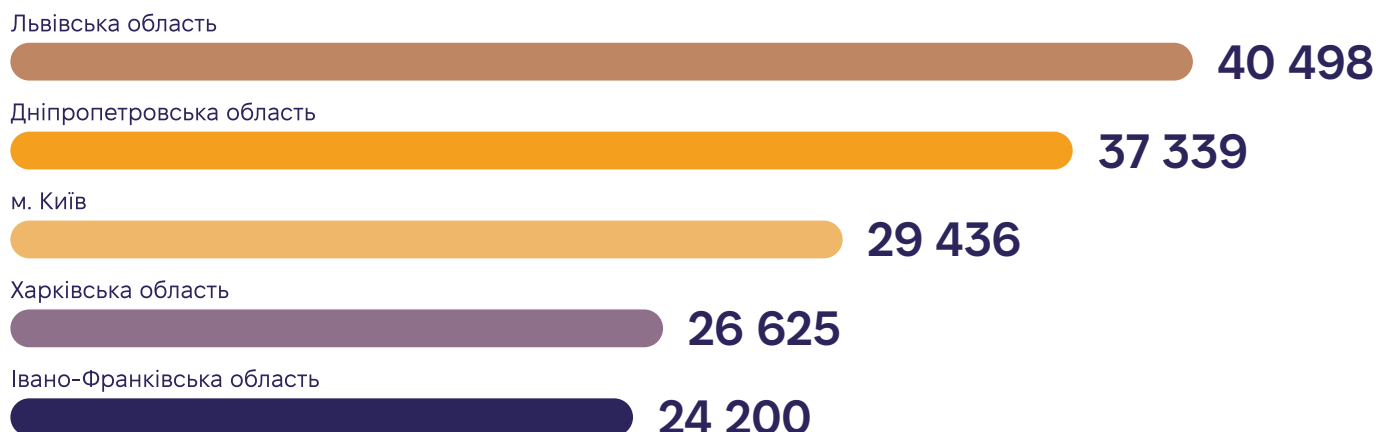
Найбільше експертних команд сформовано в ЗОЗ:



Найменше експертних команд сформовано в ЗОЗ¹³:



За показником найбільшої кількості направлень лідирують¹⁴:



Найменшу кількість направлень на оцінювання сформовано в 3ОЗ таких областей:

Луганська область (сформовано найменше направлень)

| 72

Херсонська область

● 1 296

Донецька область

● 3 270

Запорізька область

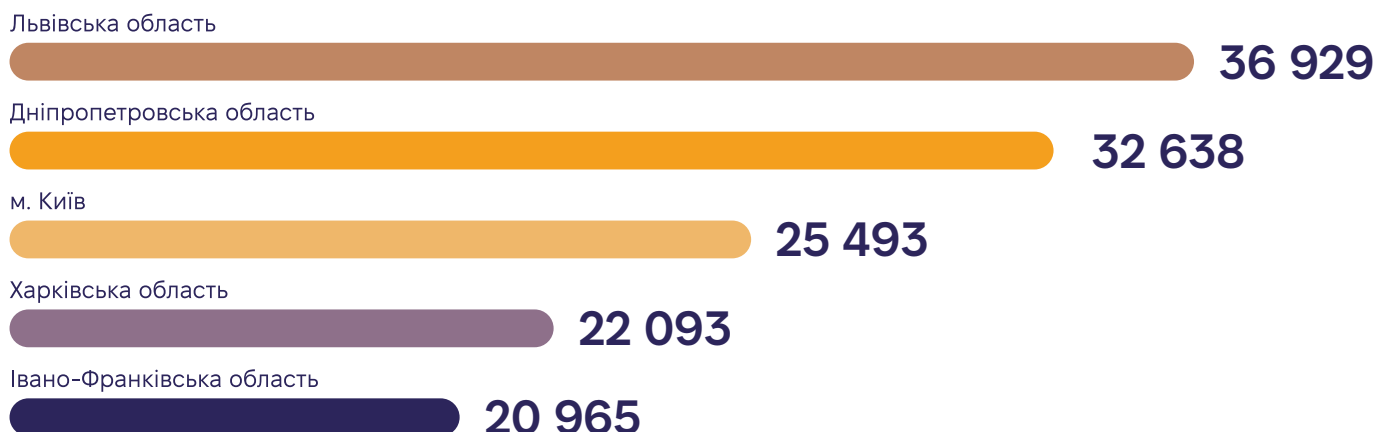
● 10 428

Закарпатська область

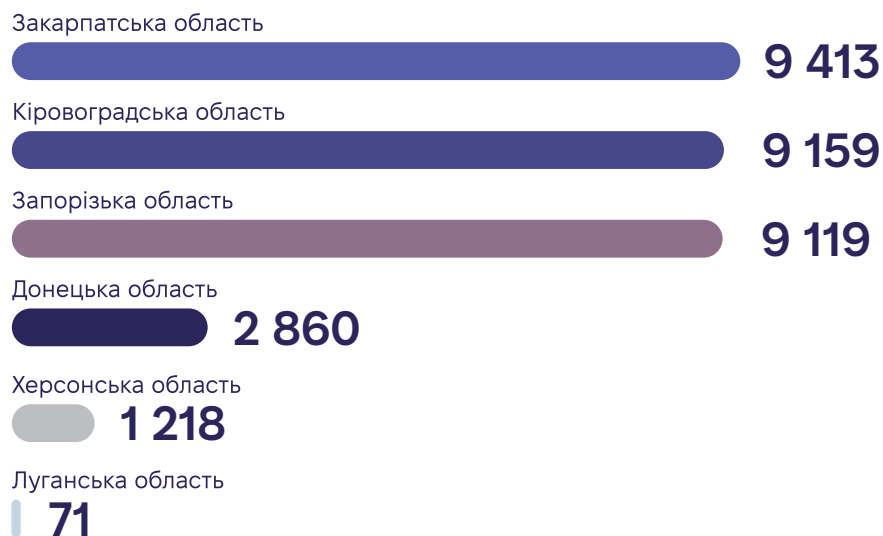
● 10 325

¹⁴ Статистичні дані з відповіді ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України" від 06.10.2025 № 4651/01-16 на запит БФ "Здорові рішення" від 29.09.2025 № 154 (дані станом на 26 вересня 2025 року)

Найбільша кількість прийнятих експертними командами рішень за результатами розгляду справ зафіксовано в таких областях:

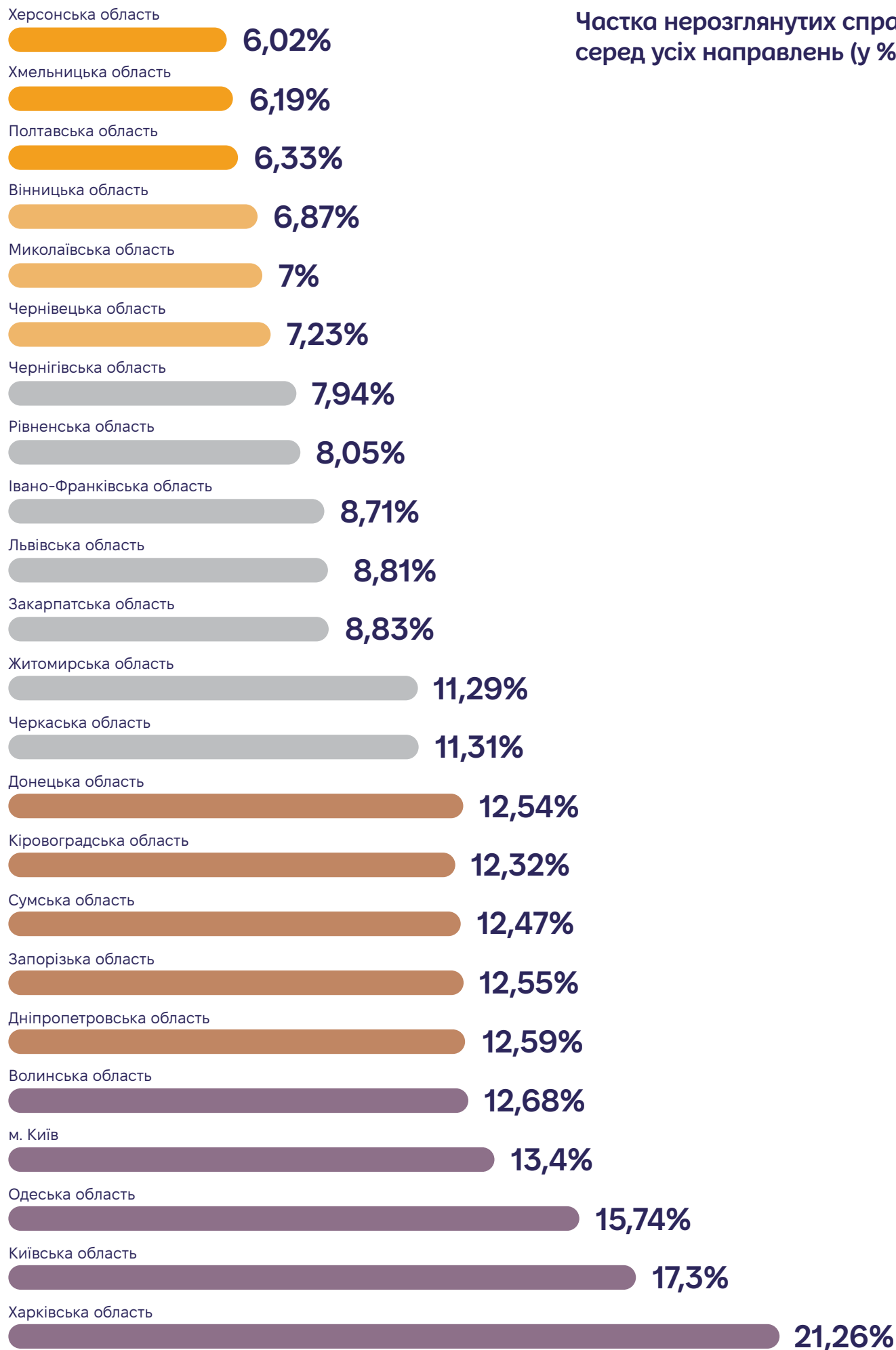


Найменшу кількість прийнятих експертними командами рішень за результатами розгляду справ зафіксовано в таких областях¹⁵:

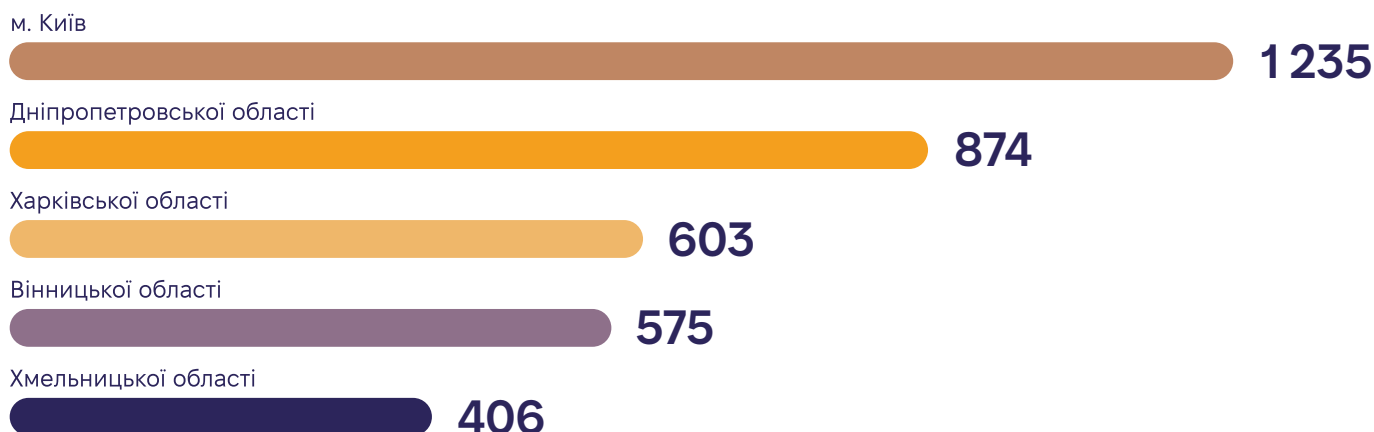


¹⁵ Статистичні дані з відповіді ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України" від 06.10.2025 № 4651/01-16 на запит БФ "Здорові рішення" від 29.09.2025 № 154 (дані станом на 26 вересня 2025 року)

Частка нерозглянутих справ
серед усіх направлень (у %):



Найбільшу кількість скарг до Центру було подано на рішення експертних команд щодо результатів оцінювання повсякденного функціонування особи¹⁶:



Найменшу кількість скарг до Центру оцінювання було подано на рішення експертних команд щодо результатів оцінювання повсякденного функціонування особи



¹⁶ Статистичні дані з відповіді Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2025 № 28//4529 на запит БФ "Здорові рішення" від 08.08.2025 № 148 (дані станом на 31 липня 2025 року)

На підставі проаналізованих статистичних показників можна визначити ключові особливості формування та функціонування експертних команд.

Регіони з найбільшою кількістю експертних команд лідирують і за іншими показниками – кількість електронних направлень, прийнятих рішень, нерозглянутих справ, оскаржених рішень.

Це свідчить про високу активність нової системи, але також і про високий ступінь навантаження, який може перевищувати потужності команд у цих регіонах. Зокрема, наочно про це свідчить висока кількість направлень на фоні великої кількості нерозглянутих справ.

«Наші адміністратори розглядають близько 50 справ щодня. Це дуже велике навантаження. Лікарі встигають розглянути тільки 500 справ на місяць, кількість яких збільшується постійно. Через надлишок справ формується перенесення на наступні місяці, черга вже на лютий. І ми не вкладаємося в терміни 30 днів, які зазначені в постанові КМУ № 1338 для розгляду справи. **Тобто заходить справ більше, ніж ми можемо протягом місяця робити і розглянути».**

З інтерв'ю з представником адміністрації ЗОЗ, відповідального за організацію процесу ОПФО

Найбільше скарг спостерігається зокрема і у тих регіонах, де найбільша кількість команд, сформованих направлень на оцінювання і прийнятих рішень (м. Київ, Дніпропетровська, Харківська, Хмельницька області). Це може вказувати, серед іншого, на більшу обізнаність громадян про свої права та механізми їх захисту або на недостатню якість рішень в умовах перевантаження команд. При цьому найбільша частка нерозглянутих справ серед усіх направлень спостерігається в Харківській області (21,26%). При цьому за кількістю сформованих команд Харківська область (49) значно поступається Дніпропетровській області (186) Львівській області (111), Хмельницькій області (105), Івано-Франківській області (79) та м. Києву (76), у яких частка нерозглянутих справ серед усіх направлень становить відповідно – 12,59%, 8,81%, 6,19%, 8,71% та 13,4%.

З іншого боку, існує проблема низького покриття експертними командами в окремих регіонах, оскільки найменше експертних команд і мінімальний рівень направлень та скарг спостерігається в Луганській, Херсонській, Донецькій, Сумській та Житомирських областях.

Це може свідчити про низький рівень фактичного доступу людей до оцінювання, про об'єктивні обмеження, пов'язані з воєнними діями в більшості з цих регіонів та про відсутність спроможної мережі ЗОЗ, про недостатню поінформованість населення про функціонування системи, а також про дефіцит медичних кадрів в цих регіонах. Водночас низький рівень скарг у Луганській чи Херсонській областях може бути не ознакою якості, а наслідком слабкої активності системи в цих регіонах, пов'язаної з воєнними діями.

1.2.5. Центр оцінювання функціонального стану особи

Центр оцінювання є новим інституційним суб'єктом, створеним у межах реформування МСЕК. Його діяльність визначена:

- статтею 69-1 Основ;
- постановою КМУ № 1338;
- наказом МОЗ № 2022.

Відповідно до наказу МОЗ № 2022 права та обов'язки Центру оцінювання покладено на ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»¹⁷.

Центр оцінювання виконує функцію органу адміністративного оскарження рішень ЕКОПФО або МСЕК.

Розгляд таких скарг здійснюється саме експертними командами Центру оцінювання, які уповноважені:

- перевіряти обґрунтованість первинних рішень;
- аналізувати повноту медичної документації та дотримання процедур оцінювання;
- приймати рішення за результатами розгляду скарг щодо скасування чи підтвердження рішення експертної команди або формування нового рішення.

**Станом на 01 вересня 2025 року
в Центрі оцінювання працює 201 лікар
у складі 74 експертних команд за такими напрямками:**



¹⁷ Наказ МОЗ від 03 грудня 2024 року № 2022 "Про покладання прав та обов'язків Центру оцінювання функціонального стану особи". Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2022282-24#Text>

«Всі залучені лікарі прийняті у штат Центру оцінювання на 0,1 ставки».

3 інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Експертні команди Центру оцінювання працюють у наступних містах: Дніпро, Вінниця, Запоріжжя, Івано-Франківськ, Київ, Кривий Ріг, Кропивницький, Лиман, Львів, Одеса, Полтава, Рівне, Тернопіль, Ужгород, Харків, Чернівці.

Центр оцінювання виступає гарантом права на перегляд результатів оцінювання в адміністративному порядку, а його рішення мають характер остаточного адміністративного акта, який може бути оскаржений лише в судовому порядку.

Однак роль Центру оцінювання не обмежується лише розглядом скарг. На Центр оцінювання також покладено здійснення таких функцій:

- забезпечення обміну інформацією з іншими державними органами та установами, від рішень яких залежать соціальні гарантії й підтримка людини;
- надання організаційно-методичного консультування експертним командам;
- забезпечення єдиних правил та підходів до оцінювання по всій країні;
- збір та аналіз даних щодо ОПФО та допомога МОЗ в ухваленні зважених рішень на основі зібраних даних;
- проведення оцінювання для окремих категорій осіб (колишніх військовослужбовців СБУ, громадян України, які перебувають за кордоном) як перша ланка системи оцінювання.

Ефективність системи ОПФО залежить від належної координації дій між ключовими суб'єктами – державними органами, фаховою спільнотою та громадянським суспільством. Успішне функціонування команд можливе лише за умов чітко визначених повноважень, ресурсного забезпечення та цифрової інтеграції.

1.3. Автоматизація процесу оцінювання повсякденного функціонування особи в електронній системі

Запровадження системи ОПФО в Україні відбувається у тісному зв'язку з цифровізацією медичної сфери. Відповідно до ряду підзаконних актів¹⁸ усі етапи процесу переведені в електронну форму та визначено порядок обробки та захисту персональних даних в електронній системі. Це забезпечує, у порівнянні з паперовою системою МСЕК, прозорість, контрольованість і доступність процедури як для пацієнтів, так і для лікарів експертних команд.

Електронна система щодо оцінювання повсякденного функціонування особи була запущена з 1 січня 2025 року та діє як окрема цифрова платформа, що забезпечує прийом направлень, обмін документами, фіксацію рішень експертних команд та процес оскарження (цей аспект в процесі реалізації). Повної інтеграції з ЕСОЗ поки немає.

¹⁸ Постанови КМУ № 1338 та наказу МОЗ № 2067 і наказу МОЗ № 99 від 15 січня 2025 року. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#n639>, <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0209-25#Text>

«Інтеграція з ЕСОЗ обговорюється, але питання полягає у корисності такої інтеграції».

3 інтерв'ю
з представником уряду

«Для МКФ-профілю інтеграція з ЕСОЗ була б доцільною, бо стане можливим підтягнення оцінки мультидисциплінарних реабілітаційних команд, і це зробить профіль більш повним. Але інтеграція з медичними записами нині майже нічого не вирішує, адже більшість записів у ЕСОЗ – це лише факт консультації у вигляді «проведено консультацію лікаря такого-то» без змістовної інформації».

3 інтерв'ю
з представником уряду

«Поки в ЕСОЗ не буде впроваджено системи кодування медичних станів, користь інтеграції мінімальна».

3 інтерв'ю
з представником уряду

«Змінами, які були ухвалені рішенням уряду від 3 вересня 2025 року № 1111, зроблено спробу цифровізувати хоча б дообстеження. Це важливо, адже команди часто призначають їх для перевірки сумнівних паперових документів. Якщо результати дообстеження фіксуватимуться в ЕСОЗ і підписуватимуться лікарем, це мінімізує ризики фальсифікацій».

3 інтерв'ю
з представником уряду

Щодо основних функцій електронної системи оцінювання функціонування особи варто зазначити наступні:

- **Функція “реєстру направлень і документів”.** У ній лікуючі лікарі формують електронні направлення, додають необхідну медичну та іншу документацію та передають її на перевірку адміністратору ЗОЗ, який обрано разом з пацієнтом для проведення оцінювання. Це дозволяє уникнути дублювання паперових процесів і мінімізує ризик втрати даних.
- **Забезпечення організації роботи ЕКОПФО.** Система визначає експертну команду в обраному для проведення оцінювання ЗОЗ відповідно до спеціалізації, фіксує форму проведення оцінювання (очну, заочну, дистанційну чи виїзну), а також автоматично інформує пацієнта про дату й час розгляду справи.

- **Фіксація та зберігання рішень.** Усі висновки експертних команд вносяться до системи в електронному вигляді з накладанням КЕП лікарів-членів експертних команд, що надає їм юридичної сили, забезпечує прозорість і створює можливість швидкого доступу для уповноважених суб'єктів.
- **Оскарження.** Відповідно до Порядку проведення оцінювання пацієнт або його представник разом з лікуючим лікарем може ініціювати адміністративне оскарження рішення експертної команди через електронну систему, що дозволяє чітко фіксувати строки та дії всіх сторін. Проте наразі повністю відмовитися від паперових процедур при оскарженні поки ще не вдалося.

Представниця адміністрації ЗОЗ під час інтерв'ю висловила надію, що незабаром у цьому взагалі не буде потреби: запусниться повний функціонал Центру оцінювання, і всі документи формуватимуться виключно в електронній системі – друкувати не доведеться.

«Зараз ми вже можемо заходити й дивитися справи, але витяги поки не формуються в модулі. Тож рішення лікарів оформлюються в Excel-формі, викладаються на наш Google-диск; адміністратор перевіряє коректність, друкує; лікарі підписують електронними ключами через ДІЮ, ставимо живі печатки. Це займає час і створює поле для помилок (дати, звірки тощо)...

...Е-система такі помилки відсікає – не пускає далі без заповнення обов'язкових полів, що критично, адже наші документи є підставою для пенсійних виплат».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

«Ми поступово крокуємо до повної роботи в державному електронному модулі, як у закладах охорони здоров'я».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

- **Інформаційна взаємодія.** Через платформу «Трембіта» результати оцінювання автоматично передаються до Пенсійного фонду України, органів соціального захисту, НСЗУ, територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки. Це значно пришвидшує процес призначення соціальних виплат і послуг, зменшуючи навантаження на громадян. (Інтеграція з Єдиною інформаційною системою соціальної сфери (ЄІССС)).
- **Моніторинг та аналітика.** Усі дані зберігаються у знеособленому вигляді й використовуються МОЗ та Центром оцінювання для відстеження дотримання процедур, виявлення типових помилок і формування пропозицій щодо вдосконалення системи ОПФО.

Основним загальнодоступним аналітичним інструментом дослідження системи виступає дашборд МОЗ¹⁹, що дозволяє в реальному часі відстежувати кількість активних експертних команд, їх географію, розподіл навантаження на ЗОЗ, аналітичні дані щодо пацієнтів тощо.

¹⁹ Дашборд МОЗ щодо системи ОПФО. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/ekopfo>

Оновлення дашборду МОЗ відбувається з періодичними збоями, оскільки потребує великого вивантаження даних, що ускладнює аналіз процесу реформування в режимі реального часу.

«...Раніше оновлення робили через ручне вивантаження з системи, тепер будуть прямий канал підключення, щоб дані оновлювалися автоматично. Це технічно складно, оскільки обсяг даних значний. Витягувати щодня такий масив складно, і це впливає на роботу системи. Публікація Excel-таблиць у майбутньому втратить сенс: планується публікація даних у форматі відкритих даних на data.gov.ua. Це передбачено останніми змінами до Постанови № 1338».

З інтерв'ю
з представником уряду

Проте стабільність роботи дашборду чи інших інструментів (системи відкритих даних) є одним з елементів забезпечення прозорості функціонування системи ОПФО.

1.4. Система моніторингу оцінювання повсякденного функціонування особи

Система моніторингу є невід'ємною частиною впровадження системи ОПФО. Вона має багаторівневу організацію та включає як державні інституції, так і громадський сектор. Завданням моніторингу є контроль за процесом оцінювання, аналіз рішень експертних команд, виявлення ризиків та виявлення потреб у нормативних та організаційних змінах. Моніторинг є інструментом забезпечення обґрунтованості рішень, єдності підходів, належного обміну інформацією та захисту прав заявників.

Порядок здійснення моніторингу, його завдання, суб'єкти та об'єкти визначено наказом МОЗ № 2107.

Електронна система ОПФО є ключовим інструментом моніторингу. У ній аналізуються знеособлені дані про справи та рішення експертних команд, що дає можливість бачити, як відбувається оцінювання і які є тенденції.

Якщо результати моніторингу показують можливі порушення чи сумнівні рішення, Центр оцінювання ініціює їх перевірку. Також ініціювати проведення перевірку таких рішень можуть інші суб'єкти здійснення моніторингу, зокрема, робочі групи з моніторингу. У таких випадках саме експертна команда Центру проводить повторний розгляд і визначає, чи було первинне рішення обґрунтованим.

Система моніторингу ОПФО охоплює кілька рівнів і включає як державні органи, так і ЗОЗ та спеціальні робочі групи.

Залежно від ініціатора, рівня проведення та завдань, система моніторингу ОПФО передбачає такі рівні.

Всеукраїнський моніторинг реалізується МОЗ, НСЗУ, а також Центром оцінювання. Цей рівень охоплює узагальнення інформації з усіх регіонів, контроль системної цілісності, а також підготовку політик реагування та пропозицій щодо змін до нормативної бази.

Регіональний моніторинг забезпечується робочими групами з моніторингу, утвореними при обласних державних адміністраціях або Київській міській державній адміністрації. Такі групи можуть включати представників органів влади, ЗОЗ, громадських організацій, експертів. Їхнє завдання – здійснення вибіркового перевірок, аналіз рішень, виявлення

типових помилок або порушень.

Внутрішній моніторинг здійснюється безпосередньо ЗОЗ, на базі якого функціонує експертна команда. Його мета – контроль якості роботи експертної команди, відповідності процедур встановленим стандартам і порядкам, а також реагування на зауваження або скарги з боку пацієнтів.

МОЗ:

- ініціює моніторинг на всеукраїнському рівні;
- аналізує звіти та формує пропозиції щодо вдосконалення законодавства;
- передає інформацію про виявлені порушення відповідним суб'єктам;
- у разі системних проблем подає пропозиції на розгляд Кабінету Міністрів.

Центр оцінювання:

- здійснює моніторинг на всеукраїнському рівні;
- перевіряє обґрунтованість рішень експертних команд за запитами регіональних робочих груп з моніторингу;
- узагальнює дані та інформує МОЗ і правоохоронні органи про виявлені порушення;
- готує пропозиції щодо вдосконалення законодавства у сфері оцінювання.

«Щодо моніторингу прийнятих рішень: ми щойно розробили алгоритм, як його виконувати, і запланували власні моніторингові оцінки на IV квартал цього року — для оцінки ефективності та виявлення недоліків команд. Моніторинг проводитиме Центр у межах нашого доступу до даних; можливе також наше залучення до інших моніторингових робіт».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Робочі групи з моніторингу при обласних та Київській міській державних (військових) адміністраціях:

- здійснюють регіональний моніторинг рішень експертних команд та МСЕК;
- формують запити до Центру оцінювання для перевірки обґрунтованості рішень;
- аналізують результати моніторингу на місцевому рівні та подають пропозиції щодо розв'язання проблем;
- у разі необхідності звертаються до правоохоронних органів.

НСЗУ:

- контролює виконання умов договорів за Програмою медичних гарантій;
- передає МОЗ пропозиції щодо розв'язання проблем, виявлених у процесі моніторингу.

ЗОЗ, в яких організовується проведення оцінювання:

- проводять внутрішній моніторинг діяльності експертних команд;

- аналізують прийняті рішення та інформують Центр оцінювання про випадки їхньої необґрунтованості;
- визначають поширені проблеми та подають пропозиції щодо їх розв'язання до МОЗ, НСЗУ, місцевої державної адміністрації (військової адміністрації), при якій створено робочу групу з моніторингу, або до органів місцевого самоврядування.

Об'єктами моніторингу є:

- рішення, ухвалені експертними командами;
- повнота й достовірність заповнених електронних протоколів;
- відповідність висновків встановленим критеріям оцінки та затвердженим методикам;
- сталість функціонування команд і кадрове забезпечення;
- дотримання вимог до якості та етичності процедур.

Система моніторингу має як реактивну, так і превентивну функцію. Моніторингова діяльність має не лише фіксувати виявлені проблеми, але й формувати механізми для запобігання повторюваним помилкам, корупційним ризикам і зниженню якості рішень²⁰.

Для кращого розуміння система моніторингу зображено схематично (див. Додаток 1).

Участь представників громадського сектору в процесі моніторингу обмежена входженням до складу робочих груп з моніторингу, які створюються розпорядженням голови обласної чи Київської міської державних адміністрацій. До їх складу, як правило, входять представники Пенсійного фонду, правоохоронних та контролюючих органів. Також формально до робочих груп можуть залучатися й представники громадських організацій, зокрема, тих, що працюють у сфері протидії корупції чи захисту прав пацієнтів. Однак їхня присутність здебільшого носить номінальний характер: ключові рішення та аналіз ситуації залишаються у сфері відповідальності державних інституцій. Це створює ризик, що громадський компонент моніторингу буде слабким, а контроль – переважно відомчим.

Висновки за розділом 1:

Запровадження системи ОПФО дало відчутний результат і продемонструвало спроможність системи до швидких змін у складних умовах: відбувся відхід від системи МСЕК радянського зразка, розгорнуто е-процеси (е-направлення, е-черга, фіксація рішень, аналітика), запрацювали експертні команди, посилено антикорупційні запобіжники та налагоджено базову взаємодію із соціальною сферою. Створено інституційний «каркас» — Центр оцінювання, мережа експертних команд, система моніторингу прийнятих рішень, — який уже змінює практику на місцях і підвищує прозорість прийняття рішень.

Водночас медичний етап реформи залишається незавершеним. Клінічну настанову щодо застосування критеріїв встановлення інвалідності ще не затверджено. Це негативно впливає на єдність практик: виникає варіативність клінічного трактування, а у складних випадках приймаються рішення, недостатньо орієнтовані на інтереси пацієнта. Як наслідок, зростає кількість оскаржень.

²⁰ Наказ МОЗ № 2107. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1999-24>

«Первинні команди загалом дотримуються критеріїв і приймають рішення відповідно до них. Водночас є команди, які, можливо, побоюються ухвалювати первинні рішення. Коли є вагання між визнанням інвалідності та сумнівами, рішення нерідко приймається не на користь людини, або не враховуються окремі моменти, що могли б бути на користь такої людини».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Сукупність ухвалених актів створила нормативне підґрунтя для запуску реформи в межах медичної галузі, однак без розширення законодавчого поля міжвідомча інтеграція залишається обмеженою рамками охорони здоров'я.

Профільний законопроект станом на вересень 2025 року до ВРУ не подано. Подальше зволікання з його поданням може дискредитувати концепцію реформи та звести її до часткової галузевої зміни лише в межах системи охорони здоров'я без досягнення цілісного системного ефекту.

Проблемні питання маршруту пацієнта та ролі лікаря в системі ОПФО в Україні будуть оглянуті, відповідно, у Розділах 2 та 3 Дослідження.

Розділ 2.

Маршрут пацієнта в новій системі оцінювання повсякденного функціонування особи в Україні

В цьому розділі ми спробували розібратись, чи дійсно пацієнт є рівноправним учасником в процесі оцінювання, окреслили бачення загального маршруту для цивільного населення в новій системі оцінювання, його особливості для військовослужбовців та інших груп населення, в тому числі ВПО та деяких інших. Також ми поставили собі за мету виявити проблеми, пов'язані із порушенням прав пацієнта на кожному з етапів оцінювання.

2.1. Огляд загального маршруту для цивільного населення

Загалом маршрут для цивільного населення в новій системі ОПФО описаний в Порядку проведення оцінювання. Спираючись на положення цього акту можна умовно виділити такі етапи в процесі оцінювання:

Формування направлення на оцінювання

Особа звертається до лікуючого лікаря для формування направлення на проходження оцінювання. При цьому таке звернення можливе після того, як особа пройде усі необхідні діагностичні, лікувальні заходи. Порядок проведення оцінювання визначає, що особа може звернутись для отримання направлення або до лікаря ПМД (сімейного лікаря), або ж до лікаря з надання спеціалізованої медичної допомоги. У разі якщо стан здоров'я пацієнта відповідає критеріям направлення, лікуючий лікар формує електронне направлення²¹ і додає до нього електронні копії оригіналів документів, в тому числі електронну копію оригінала документа, що посвідчує особу, медичні документи, що стосуються захворювання або стану здоров'я, заяви щодо залучення представника або проведення запису процесу оцінювання за допомогою звукозаписувальних технічних засобів тощо. В електронному направленні (окрім іншого) зазначається бажана пацієнтом форма розгляду справи, наприклад, очно в ЗОЗ, де знаходиться експертна команда, або ж заочно без присутності пацієнта. Електронне направлення разом із пакетом інших документів надсилається до ЗОЗ, в якому проводиться оцінювання, з урахуванням його завантаженості, а також побажань особи.

²¹ Критерії направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений Постановою КМУ № 1338. Режим доступу: <https://surl.li/eoexxp>

Перевірка направлення за місцем проведення оцінювання

Адміністратор ЗОЗ (спеціальна уповноважена особа ЗОЗ: як правило, за фахом це середній медичний персонал), в якому створена експертна команда, **здійснює перевірку електронного направлення та супровідних документів** на предмет повноти наданої інформації. Після здійснення перевірки адміністратор протягом 5 робочих днів з моменту надходження документів приймає їх до розгляду або повертає документи на доопрацювання з зазначенням нормативно визначених підстав²². У разі прийняття до розгляду електронного направлення справи особа, щодо якої проводиться оцінювання, повідомляється про форму, дату та час розгляду через електронну пошту або в паперовій формі засобами поштового зв'язку протягом 5 календарних днів.

Проведення оцінювання експертною командою

За загальним правилом розгляд справ осіб, щодо яких здійснюватиметься оцінювання, проводиться в порядку електронної черги не пізніше 30 календарних днів з дня прийняття ЗОЗ електронного направлення до розгляду.

Рішення приймаються експертною командою в день розгляду справи, крім випадків необхідності проведення додаткового обстеження, неявки особи на проведення оцінювання або зміни складу експертної команди.

Склад команди формується індивідуально, з урахуванням особливостей кожного випадку оцінювання. При цьому головуючим у справі визначається лікар, чия спеціальність відповідає профілю справи.

Головуючий у справі представляє особу, яка направлена на оцінювання, доповідає про наявні діагнози та стан здоров'я особи, медичні та інші документи цієї особи.

Розгляд справи фіксується у відповідному протоколі. За результатами проведення оцінювання приймається рішення, яке підписується в електронній системі кожним членом експертної команди шляхом накладення електронного підпису.

Витяг із рішення надсилається особі, щодо якої проводилось оцінювання.

Оскарження рішення

У разі незгоди з прийнятим експертною командою рішенням особа, щодо якої проводилось оцінювання, може оскаржити його до Центру оцінювання протягом 40 календарних днів з дня надсилання витягу з рішення експертної команди скаржнику (його уповноваженому представнику) або до суду в порядку, визначеному Кодексом адміністративного судочинства України²³.

Для кращого розуміння маршруту пацієнта зображено схематично (див. Додаток № 2).

2.2. Специфіка маршруту для військовослужбовців

Маршрут діючого військовослужбовця в новій системі оцінювання має свою специфіку у порівнянні з маршрутом цивільного.

Справи військовослужбовців, як правило, обробляються першочергово.

Відповідно до пункту 6 Порядок проведення оцінювання ОПФО осіб з числа:

²² Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений Постановою КМУ № 1338 (п. 27). Режим доступу: <https://surl.li/mctzft>

²³ Кодекс адміністративного судочинства України № 2747-IV від 06.07.2005 р. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15#Text>

- військовослужбовців Збройних Сил та інших утворених відповідно до законів України військових формувань,
- правоохоронних органів спеціального призначення з правоохоронними функціями,
- осіб рядового і начальницького складу служби цивільного захисту

проводиться на підставі рішень (постанов) ВЛК, медичної військово-лікарської комісії (МВЛК), лікарсько-експертної комісії (ЛЕК)²⁴.

Вказане означає, що за наявності відповідних медичних показів діючого військовослужбовця спочатку направляють на проходження ВЛК або ЛКК, залежно від специфіки служби та отриманих травм, і тільки після проходження ВЛК, МВЛК чи ЛЕК (за їх направленням) військовий може потрапити на оцінювання повсякденного функціонування.

Для військових, звільнених з військової служби, маршрут в новій системі оцінювання виглядатиме так само, як і для цивільних. Військовому, звільненому з військової служби, потрібно буде звернутись до сімейного лікаря або до профільного лікаря (травматолог, невропатолог тощо) з проханням дати направлення на оцінювання. За наявності підстав лікар сформує електронне направлення, зазначивши в ньому всю необхідну інформацію, та додасть всі документи для розгляду експертною командою.

Особливості проходження оцінювання передбачені для діючих та колишніх військовослужбовців СБУ. Оцінювання функціонування таких осіб здійснюється Центром оцінювання²⁵. При цьому потрібно звернути увагу на те, що діючим військовослужбовцям СБУ направлення на проведення оцінювання так само формується ВЛК, МВЛК чи ЛЕК. Цей висновок можна зробити виходячи з пункту 6 Порядку проведення оцінювання, в якому зазначено, що оцінювання осіб з числа військовослужбовців **правоохоронних органів спеціального призначення з правоохоронними функціями**²⁶ проводиться з метою встановлення або перегляду групи, причини, строку інвалідності та визначення відсотка втрати працездатності на підставі рішень (постанов) військово-лікарської, медичної (військово-лікарської), лікарсько-експертної комісії та документів, зазначених у пунктах 21 і 22 цього Порядку. Якщо військовослужбовець **звільнений з СБУ**, то він/вона має діяти як цивільна особа: звертатись до сімейного лікаря або лікаря спеціалізованої допомоги, який формує електронне направлення згідно з загальним порядком ОПФО.

2.3. Особливості маршруту для інших груп пацієнтів - ВПО, громадян України, які перебувають за кордоном, а також осіб, інформація про стан здоров'я яких не міститься в ЕСОЗ

2.3.1. Проходження оцінювання ВПО

При формуванні електронного направлення для внутрішньо переміщених осіб лікар має право вказати фактичне місце проживання особи, а серед переліку супроводжуваних до електронного направлення документів зазначається довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи.

Певних особливих правил для проходження ВПО оцінювання порівняно з іншими цивіль-

²⁴ Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений. Постановою КМУ від 15 листопада 2024 р. № 1338 Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#top>

²⁵ До внесення змін Постановою КМУ від 03 вересня 2025 року №1111 "Про внесення змін з питань проведення оцінювання повсякденного функціонування особи до деяких постанов Кабінету Міністрів України" Центр оцінювання функціонального стану особи проводив оцінювання не тільки діючих та колишніх військовослужбовців СБУ, але й діючих та колишніх військовослужбовців розвідувальних органів

²⁶ Відповідно до ст.1 Закону України "Про Службу безпеки України" № 2229-XII від 25.03.1992 року Служба безпеки України — державний орган спеціального призначення з правоохоронними функціями, який забезпечує державну безпеку України. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-12#Text>

ними особами немає. Для ВПО (так само як і для інших цивільних) електронне направлення формується лікуючим лікарем (ПМД/лікарем спеціалізованої медичної допомоги). У випадку якщо особа мала декларацію з лікарем на території, яку змушена була покинути внаслідок бойових дій чи тимчасової незаконної окупації, для формування електронного направлення для проходження оцінювання ВПО повинна буде укласти декларацію з новим сімейним лікарем на території свого фактичного місця проживання відповідно до Порядку ведення Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, в електронній системі охорони здоров'я²⁷. Іншим варіантом є отримання послуги з формування електронного направлення на проведення оцінювання платно (в тому випадку, коли в ЗОЗ є затверджений керівником перелік платних послуг і формування електронного направлення входить до переліку таких послуг).

2.3.2. Особливості оцінювання для осіб, які перебувають за кордоном

У разі легального перебування громадян України за кордоном рішення про встановлення інвалідності може прийматися під час заочного розгляду справи за результатами медичного обстеження в країні перебування відповідно до міждержавних договорів (угод).

На період воєнного стану та протягом трьох місяців з дня його припинення або скасування експертні команди можуть приймати до розгляду відповідні медичні документи, видані в країні перебування (крім медичних документів, виданих у Російській Федерації або Республіці Білорусь), в яких 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).

Такі документи мають бути засвідчені відповідно до вимог законодавства України та перекладені на українську мову.

Центр оцінювання забезпечує для громадян України, які знаходяться на території держав, з якими укладено відповідні міждержавні договори (угоди): переклад українською мовою медичних формулярів, що передаються з території цих держав, форма яких затверджується міждержавними договорами (угодами).

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.

Рішення про встановлення інвалідності може прийматися під час заочного розгляду справи або з використанням методів і засобів телемедицини на підставі поданих документів. Після прийняття рішення експертною командою особа так само повідомляється про рішення та має змогу його оскаржити відповідно до положень чинного законодавства.

2.3.3. Особливості оцінювання для осіб, інформація про стан здоров'я яких не міститься в ЕСОЗ

Досить проблемним може бути проходження оцінювання особами, про яких взагалі не міститься інформація в ЕСОЗ. До прикладу, така ситуація теоретично може виникнути у випадку, якщо особа проживала на території України, тимчасово окупованій рф

²⁷ Наказ МОЗ від 04 січня 2023 року № 16. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0324-23#Text>

з 2014 року, і вирішила пройти оцінювання на підконтрольній Україні території. Такому проходженню оцінювання має передувати внесення інформації про особу в ЕСОЗ.

При цьому потрібно звернути увагу на те, що за даними Єльської школи громадського здоров'я майже 1,5 мільйона осіб, які проживають у Донецькій та Луганській областях, отримали російський паспорт станом на 30 травня 2023 року. У Криму після 9 місяців окупації 1,5 мільйона громадян отримали російський паспорт. Серед цих людей є певний відсоток осіб, що мають інвалідність, встановлену за законодавством країни-агресора. У ситуації деокупації певних територій або повернення українців на підконтрольну Україні території будуть виникати питання можливості проходження оцінювання таким особами.

Українці, яким примусово видали паспорт країни-агресора, продовжують залишатись громадянами України²⁸. Як громадяни України вони мають право на проходження ОПФО. Документи про інвалідність, видані країною-агресором, не будуть прийматися в Україні²⁹. Якщо зазначені особи отримали російський паспорт, але при цьому зберегли паспорт громадянина України, проблем із включенням останніх до ЕСОЗ виникнути не повинно.

Водночас непоодинокими є випадки, коли окупаційна влада під тиском і шантажем змушує громадян України здати українські паспорти на тимчасово окупованих українських територіях. В такому випадку (без документа, що посвідчує особу) внесення даних про осіб, що проживатимуть на деокупованих територіях, в ЕСОЗ буде неможливим. Таким чином, за вищеписаної ситуації внесенню даних до ЕСОЗ про громадян України, які вимушені були здати українські паспорти окупантам, має передувати звернення таких осіб до правоохоронних органів та повідомлення про факт примусової паспортизації (та, відповідно, про втрату документа, що посвідчує особу). Після цього, відбуватиметься процедура відновлення документів.

Після процедури відновлення документів дані про особу мають бути внесені в ЕСОЗ (тобто має бути сформована електронна медична карта пацієнта) та має бути укладено декларацію з сімейним лікарем. Сімейний лікар внесе в ЕСОЗ інформацію про особу та стан її здоров'я, а також зможе надати направлення для проходження діагностичних досліджень та/або направлення до вузькопрофільних фахівців. Після формування повного пакету медичної документації та за наявності підстав лікар ПМД або лікар спеціалізованої допомоги матиме можливість сформулювати електронне направлення для особи для проведення оцінювання.

Таким чином, процедура проведення оцінювання повсякденного функціонування для людей з окупованих територій пов'язана з певними адміністративними бар'єрами, якщо така людина втратила українські документи та про неї немає інформації в ЕСОЗ.

2.4. Права та інтереси пацієнта, механізми їх захисту

2.4.1. Огляд основних прав пацієнтів в системі оцінювання повсякденного функціонування

ОПФО є багатокомпонентним процесом, що включає в себе збір інформації про пацієнта, направлення пацієнта для проходження оцінювання, визначення експертною командою рівня порушення структур та функцій організму (що можуть призводити до обмеження

²⁸ Відповідно до ч. 6 ст. 5 Закону України "Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України" № 1207-VII від 15.04.2014р. примусове автоматичне набуття громадянами України, які проживають на тимчасово окупованій території, громадянства Російської Федерації не визнається Україною та не є підставою для втрати громадянства України. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1207-18/print>

²⁹ Цей висновок можна зробити виходячи з положення ч.3 ст.9 Закону України "Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України": "Будь-який акт (рішення, документ), виданий органами та/або особами, передбаченими частиною другою цієї статті, є недійсним і не створює правових наслідків, крім документів, що підтверджують факт народження, смерті, реєстрації (розірвання) шлюбу особи на тимчасово окупованій території, які додаються до заяви про державну реєстрацію відповідного акта цивільного стану". Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1207-18/print>

життєдіяльності особи), а також визначення потреб особи за результатами оцінювання (до прикладу, потребу в реабілітації, допоміжних засобах реабілітації та ін.). У цьому контексті права пацієнта потребують чіткого структурування відповідно до кожного етапу оцінювання, що дозволить забезпечити реальний (а не декларативний) захист прав пацієнта, а також створити прозору, етичну та ефективну систему взаємодії між пацієнтом і фахівцями, де особа виступає не пасивним об'єктом дослідження, а повноправним учасником процесу прийняття рішень щодо власного здоров'я та подальшого життя.

Нижче ми виділили основні права, які мають пацієнти залежно від етапу проведення оцінювання.

Права пацієнтів на етапі звернення до лікуючого лікаря для формування електронного направлення для проведення оцінювання

1. Право пацієнта на отримання інформації: пацієнт як **рівноправний учасник** процесу оцінювання має право отримати від сімейного лікаря або лікаря спеціалізованої медичної допомоги **повну, достовірну та зрозумілу** інформацію про мету (сутність) проведення оцінювання, порядок його проведення, наслідки та значення результатів проведення оцінювання функціонування. Тобто саме від лікуючого лікаря пацієнт має отримати роз'яснення того, що він отримає за результатом проведення оцінювання (наприклад, буде визначена потреба пацієнта у постійному сторонньому догляді, допоміжних засобах реабілітації та ін.). Пацієнт має отримати роз'яснення, чому йому рекомендують пройти оцінювання та навіщо формують електронне направлення (тобто має бути зрозуміле для пацієнта пояснення того, що він/вона відповідає критеріям направлення для проведення оцінювання).

Важливо звернути увагу на те, що право пацієнта на отримання інформації про мету, сутність оцінювання прямо не закріплено ані в Основах, ані у вже згаданому Порядку проведення оцінювання³⁰. Так само у законодавстві прямо не закріплено обов'язок сімейного лікаря/лікаря спеціалізованої допомоги (який формує електронне направлення на проведення оцінювання) інформувати пацієнта про мету, зміст оцінювання, права та ін.

На практиці це може призводити до недостатньої поінформованості пацієнта: пацієнти не розуміють, навіщо їм проходити оцінювання, як воно вплине на їхнє лікування, реабілітацію чи соціальну підтримку.

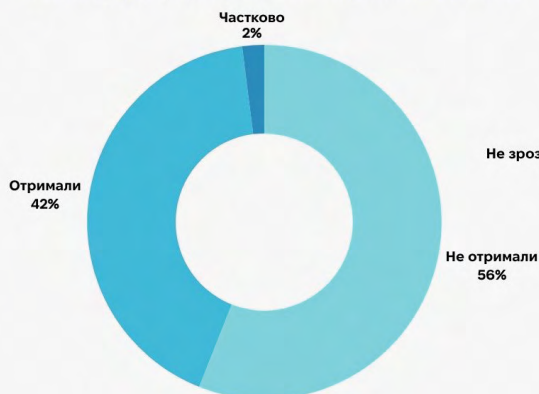
Результати проведеного в рамках цього дослідження анкетування лікарів і пацієнтів щодо їх досвіду взаємодії з системою ОПФО підтвердило вищезазначену гіпотезу. Так, 56% пацієнтів (тобто більше половини) не отримали всієї інформації щодо процесу оцінювання (близько 2% вказали, що отримали інформацію частково). Пацієнти також вказували, що інформація не завжди надавалася усно, іноді їм доводилося самостійно шукати відомості в мережі Інтернет.

В окремих випадках сімейні лікарі ситуативно (за необхідності) інформують пацієнтів про процес оцінювання (будучи впевненими в їх самостійній обізнаності), водночас системного підходу до інформування з боку лікаря, який формує електронне направлення для пацієнта, немає.

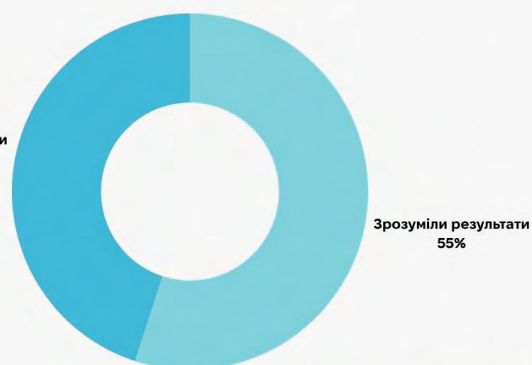
³⁰ Такий висновок про право пацієнта на інформування можна зробити лише виходячи з аналізу частини 1 ст. 39 ЗУ "Основи законодавства України про охорону здоров'я", відповідно до якої пацієнт, що досяг повноліття, має право на отримання достовірної та повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Враховуючи той факт, що направлення на оцінку повсякденного функціонування безпосередньо пов'язане зі станом здоров'я, пацієнт має право знати, чому формується електронне направлення на оцінювання, які підстави для цього та що це означає для пацієнта.

Інформування пацієнтів

✦ 56% пацієнтів не отримали інформації щодо своєї ролі та прав в процесі оцінювання, 42% пацієнтів зазначили, що отримали всю необхідну інформацію, 2% - отримали частково



✦ 55% опитаних пацієнтів мали розуміння щодо результатів ОПФО, 45% залишилися без чіткого розуміння щодо результатів ОПФО



*АНКЕТУВАННЯ НЕРЕПРЕЗЕНТАТИВНЕ

«Коли ми вже дооформлюємо направлення, разом з пацієнтом зідзвонюємося, вирішуємо, куди йому було б краще, в який медичний заклад щоб ми направили це направлення, потім разом з ним моніторимо, коли буде відповідь, на коли нас запишуть. А так за дев'ять місяців ніяких у нас не було питань. Так, звичайно, пояснюю їм, але поки такої необхідності не було. Пацієнти, знають свої права, поки все було добре у нас».

З інтерв'ю з лікарем загальної практики — сімейним лікарем, суб'єктом направлення на ОПФО

Можливим вирішенням описаної ситуації могло б бути закріплення у законодавстві (наприклад, в Порядку проведення оцінювання) обов'язку лікаря, який формує направлення, роз'яснити пацієнту основні питання, що пов'язані з процесом оцінювання, доступною мовою. Допомогою в роз'ясненні також могла б бути роздача в ЗОЗ інформаційних буклетів для пацієнтів, які направляються на оцінювання, аби пацієнт ще до початку оцінювання мав певні сформовані очікування щодо подальшої процедури.

2. Право пацієнта на згоду/відмову від проведення оцінювання: після отримання пацієнтом повної, зрозумілої інформації про мету, сутність оцінювання, його права пацієнт самостійно та усвідомлено надає згоду на формування лікарем електронного направлення на оцінювання (лікар не може здійснювати направлення без **усвідомленої згоди пацієнта**). В той же час, пацієнт (навіть за наявності критеріїв для формування направлення) має право відмовитись від проходження ОПФО.

Законодавство наразі не зобов'язує лікаря (який формує направлення) відбирати у пацієнта письмову інформовану згоду на проведення оцінювання або фіксувати відмову від проведення оцінювання. Статті 42, 43 Основ (що регулюють питання згоди на медичне втручання) не поширюються на ОПФО, адже в розумінні частини 1 статті 3 Основ ОПФО

є видом медичної експертизи, що не є тотожним медичному втручанню, отже, форма інформованої згоди №003-6/о³¹ в даному випадку не буде підписуватись пацієнтом.

З іншого боку, потрібно враховувати, що інформована згода на проведення оцінювання (навіть в усному вигляді) є ефективним інструментом до активного залучення пацієнта ще до початку процесу оцінювання. Крім цього, практика Європейського суду з прав людини (надалі — ЄСПЛ) виходить з того, що будь-яке рішення щодо свого здоров'я (а рішення пацієнта щодо оцінювання може мати непрямий вплив на здоров'я) приймається пацієнтом на основі усвідомленої добровільної згоди, яка надається пацієнтом після отримання від лікаря всієї необхідної для цього інформації зрозумілою мовою. Також тут треба враховувати, що сам пацієнт повинен бути компетентним (тобто здатним інтелектуально та за віком сприйняти цю інформацію)³².

3. Право на вибір ЗОЗ та форми оцінювання: при формуванні електронного направлення та відправці його до відповідного ЗОЗ лікуючий лікар також має враховувати побажання особи (наприклад, побажання щодо територіальної доступності ЗОЗ для пацієнта). Крім цього, при формуванні електронного направлення обов'язково зазначається форма проведення оцінювання (очне, заочне, виїзне за місцем перебування/лікування особи або з використанням методів і засобів телемедицини розгляду).

4. Право на недискримінацію та рівний доступ: пацієнт має право на направлення незалежно від віку, статі, соціального стану чи інших обставин (передусім мають враховуватись відповідність/невідповідність пацієнта критеріям для формування направлення для проведення оцінювання). Лікар зобов'язаний забезпечити рівні умови для всіх пацієнтів.

5. Право на якісне та коректне формування електронного направлення та супровідних документів до нього: пацієнт має право на те, щоб електронне направлення на проведення оцінювання було сформоване належним чином, без помилок, та містило повний перелік необхідних медичних та інших даних.

Наразі сімейний лікар або лікар спеціалізованої медичної допомоги, як правило, формує електронне направлення самостійно, без залучення пацієнта.

Права пацієнтів на етапі перевірки електронного направлення для проведення оцінювання адміністратором ЗОЗ

1. Право на своєчасне та обґрунтоване інформування: пацієнт має право отримати чітку інформацію про результати розгляду електронного направлення – чи прийнято його до розгляду, чи повернуто на доопрацювання і з яких підстав. Адміністратор зобов'язаний надати причини повернення документів упродовж п'яти робочих днів з моменту їх надходження із зазначенням підстави для повернення. Якщо направлення прийнято, пацієнт має отримати відомості про форму, дату і час проведення оцінювання (очного, заочного, за допомогою телемедицини чи виїзного), які надсилаються на електронну пошту або на адресу проживання рекомендованим листом протягом п'яти календарних днів.

2. Право на належне приймання та опрацювання документів: адміністратор повинен перевіряти направлення на повноту й коректність включно з якістю електронних копій документів. Якщо є дефекти, направлення повертається з поясненням, також в електронній формі. У разі повернення пацієнт має право на налагоджену взаємодію, щоб виправити недоліки (наприклад, додати документи або уточнити інформацію).

³¹ Наказ МОЗ від 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу МОЗ від 09.12.2020 № 2837). Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0697-12#Text>

³² Див. критерії правомірності інформованої згоди пацієнта під час прийняття рішення щодо стану здоров'я у рішеннях ЄСПЛ: "V.C. (V.C.) проти Словакії", "P.P. проти Польщі" та ін.

3. Право на недискримінацію: електронне направлення щодо пацієнта не може бути повернуто з підстав його віку, статі, соціального стану чи інших обставин. Порядок проведення оцінювання визначає чіткий та вичерпний перелік підстав, з яких адміністратор може повернути електронне направлення на доопрацювання (пункт 27 Порядку). Також пацієнт не повинен зазнавати дискримінації за відсутності електронної пошти. У таких випадках інформація надсилається у паперовій формі листом з повідомленням про вручення, що гарантує рівний доступ до інформації та послуги.

Права пацієнтів на етапі проведення оцінювання експертною командою

1. Право на безоплатність проведення оцінювання: оцінювання повсякденного функціонування є державною безоплатною медичною послугою, яка фінансується НСЗУ, тож якщо в пацієнта вимагають гроші за проведення такої медичної експертизи, це може стати предметом скарги до керівника ЗОЗ, НСЗУ або заяви про вчинення кримінального правопорушення до органів Національної поліції України.

2. Право на активну участь пацієнта в процесі проведення оцінювання: пацієнт, який обрав очну форму проведення оцінювання (або ж щодо якого буде проводитись виїзне оцінювання за місцем перебування/лікування або з використанням методів і засобів телемедицини розгляду) має право бути активним учасником оцінювання, а саме висловлювати власну думку щодо стану свого здоров'я, обмежень та потреб; отримувати роз'яснення у разі незрозумілих питань. Крім того, Порядком передбачено право участі пацієнта в процесі оцінювання через залучення уповноваженого представника особи (зокрема, адвоката, законного представника, представника за довіреністю, залученого лікаря, фахівця з реабілітації у сфері охорони здоров'я, соціального працівника, фахівця з супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб). Однак має бути документ, що підтверджує повноваження уповноваженого представника у разі його залучення (наприклад, у випадку залучення адвоката – ордер, що підтверджує право особи на надання правової допомоги, або договір про надання правової допомоги).

На етапі безпосереднього залучення пацієнта під час оцінювання подекуди може виникати проблема непорозумінь та емоційного тиску пацієнтів на лікарів-членів експертної команди: інколи пацієнти просять встановити їм певну групу інвалідності навіть тоді, коли для цього немає підстав.

«...і друге – це психологічний фактор. Розумієте, пацієнти деколи просто просять дати їм інвалідність, коли немає за що. Ну, ви розумієте... А скільки людей свариться і кричить, що була інвалідність, а вже немає... Ми ж дивимось на функцію в основному. Чесно, це великий тиск...»

З інтерв'ю з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, колишнім членом ЕКОПФО

Ймовірно, така ситуація пов'язана з тим, що нові критерії для встановлення інвалідності, за якими працюють експертні команди, відрізняються від тих, за якими працювали колишні МСЕК. Нові підходи не завжди зрозумілі пацієнтам. Друга ймовірна причина – недосконалість так званих "фільтрів": через неточності на етапі формування направлення (або перевірки направлення адміністратором ЗОЗ) на оцінювання можуть потрапляти пацієнти, для яких ця процедура не є необхідною. У результаті пацієнти очікують певних рішень або результатів, які фактично не відповідають їхньому стану чи правовим підста-

вам, тоді як лікар змушений відмовляти. Це створює додатковий простір для конфліктів між медичними працівниками та пацієнтами.

Зменшити ризики непорозумінь може налагодження комунікації між пацієнтами та членами експертної команди. Пацієнту варто в доступній формі пояснювати, за якими саме показниками оцінюється його стан, що враховується, а що – ні. Якщо результат оцінювання не збігається з очікуваннями пацієнта, член експертної команди чи адміністратор може надати коротке пояснення: чому саме так, які критерії не виконані, які кроки далі можливі. Так само, лікар ще на етапі направлення може попередити, що оцінювання не завжди збігається з власними відчуттями пацієнта, адже воно проводиться за чіткими алгоритмами. Це допоможе сформуванню більш реалістичних очікувань пацієнтів.

3. Право на об'єктивність та прозорість. Це право багатокомпонентне, а тому в ньому можна виділити декілька складових.

- Оцінювання має проводитися **колегіально** експертною командою. Якщо під час розгляду справи член експертної команди дізнався про наявність у нього конфлікту інтересів, він зобов'язаний негайно повідомити про це адміністратору, зазначити про відповідний конфлікт інтересів у протоколі, що є підставою для формування нового складу експертної команди для розгляду такої справи.
- **До дня розгляду справи** члени експертної команди не мають доступу до справи в електронній системі. Особа, яку направили на проведення оцінювання, не має доступу до персонального складу експертної команди, яка проводитиме оцінювання.
- Результати оцінювання повинні бути обґрунтовані, прийняті на основі дослідження членами експертної команди **всіх наданих документів**, а також відповідних медичних записів, що підтверджують стан здоров'я особи, щодо якої проводиться оцінювання, що містяться в електронній системі охорони здоров'я. Якщо наявної інформації недостатньо для прийняття рішення щодо оцінювання, експертна команда має право направити особу на додаткове медичне обстеження. У такому разі головуючий у справі формує електронне направлення в ЕСОЗ.

На практиці право пацієнта на обґрунтоване рішення часто порушується. Зокрема, непоодинокими є випадки, коли рішення приймаються експертними командами не на підставі всієї медичної документації або ж без проведення дообстеження (яке необхідно було провести для прийняття обґрунтованого рішення). Мова йде про випадки, коли в експертної команди була в розпорядженні медична документація пацієнта, проте, на думку останнього, експертною командою не було враховано окремі документи і, як наслідок, було прийнято рішення, що не відповідає інтересам пацієнта (наприклад, відмовлено у визнанні пацієнта особою з інвалідністю). При цьому, якщо пацієнт під час судового провадження стверджує, що членами експертної команди не було досліджено всю медичну документацію, а у ЗОЗ немає належних та допустимих доказів зворотного (наприклад, письмових доказів, аудіозапису), то вважається, що пацієнт довів цей факт (навіть якщо насправді такі медичні документи досліджувались експертною командою)³³.

Тобто відсутність належної фіксації документів, які були враховані/не були враховані при прийнятті рішення експертними командами, грає на користь пацієнта в суді, бо довести зворотне лікарі вже не можуть. Одним із варіантів вирішення цієї проблеми (що також сприяло б захисту інтересів пацієнта) могла б бути фіксація (бажано в письмовому вигляді) переліку документів, які розглядалися та були покладені в основу прийняття рішення експертною командою. Це сприятиме прозорості процесу (пацієнт чітко бачить, на

³³ Див., наприклад, рішення Івано-Франківського окружного адміністративного суду від 25 квітня 2025 року у справі № 300/1224/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/126878344> рішення Харківського окружного адміністративного суду від 12 серпня 2025 року у справі № 520/6692/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/129477811>

яких підставах ухвалено рішення, і може переконатися, що всі його документи враховані), а також дозволить зменшити ризик помилок та зловживань. Як варіант, така фіксація може бути в протоколі або рішенні експертної команди (а саме пункті 18 "Обґрунтування рішення експертної команди за результатами оцінювання")³⁴.

«Водночас медична експертиза завжди суб'єктивна, об'єктивізація через інструменти допомагає, але остаточне рішення все одно лишається за лікарем. Тому важливий принциповий підхід: оцінювати не просто стан, а потреби людини. Це також зменшуватиме ризики симуляцій та зловживань».

З інтерв'ю з представником уряду

4. Право пацієнта на доступність та належні умови перебування під час оцінювання: приміщення мають бути забезпечені інклюзивним доступом та умовами для перебування пацієнтів та їхніх представників для очного розгляду справ та санітарно-гігієнічними кімнатами для відвідувачів (обов'язково на одному поверсі з приміщенням для очного розгляду) та відповідати державним будівельним нормам.

5. Право на фіксування пацієнтом перебігу оцінювання: особа (щодо якої проводиться оцінювання) або її уповноважений представник мають право самостійно здійснювати відео-, аудіофіксацію розгляду справи експертною командою з використанням власних технічних засобів. Однак для цього має бути дотримана низка умов:

- попереднє (тобто до проведення оцінювання) подання заяви у довільній формі у паперовому або (у разі технічної можливості) електронному вигляді, яка повинна містити зобов'язання особи щодо неперешкоджання процесу здійснення оцінювання та невикористання створеного особою запису для інших цілей, крім використання під час підготовки скарги.
- 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. Тобто пацієнт має право здійснювати запис з дотриманням права на повагу до честі та гідності інших осіб, присутніх під час оцінювання. Важливо також враховувати, що відповідно до статті 307 Цивільного кодексу України лікар, як і будь-яка інша особа, може бути знятий на відео лише за його згодою. Якщо лікар чи інший учасник оцінювання відмовився надати таку згоду або її не було отримано, пацієнт зобов'язаний проводити зйомку таким чином, щоб у кадр не потрапляли особи, які не надали згоди.
- 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.

³⁴ Рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджене наказом МОЗ від 10 грудня 2024 року № 2067. Режим доступу: <https://surl.li/xtgaax>

«На щастя, ця функція неактивно використовується пацієнтами...»

З інтерв'ю з представником адміністрації ЗОЗ, відповідального за організацію процесу ОПФО

Крім цього, особа або її уповноважений представник мають право за допомогою власних технічних засобів здійснити фотофіксацію документів, що формуються експертною командою під час оцінювання особи.

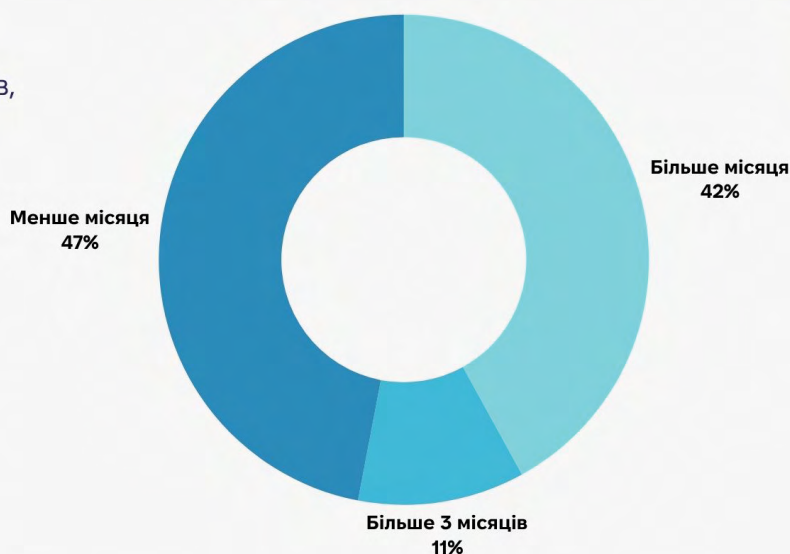
6. Право на проведення оцінювання в розумні строки: за загальним правилом розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів з дня прийняття ЗОЗ електронного направлення до розгляду.

У реальній практиці спостерігається тенденція, за якою в деяких ЗОЗ законодавчо встановлені строки на розгляд справ не дотримуються. Так за результатами анкетування, що було проведене в рамках цього дослідження, більше половини пацієнтів (а саме 53%) очікували прийняття рішення більше місяця, з яких 11% - очікували прийняття рішення більше 3 місяців..

Здебільшого це відбувається через перевантаженість експертних команд великою кількістю справ. Це призводить до утворення "черг" зі справ, що очікують розгляду, затримок у прийнятті рішень щодо оцінювання пацієнтів. Як наслідок, створюється додаткове психологічне навантаження як на пацієнтів, які очікують результатів оцінювання для отримання соціальної підтримки/реабілітації, так і на експертні команди, які змушені працювати в умовах постійного навантаження.

Затримки в очікуванні результатів

- ✦ 42% пацієнтів очікували прийняття рішення більше місяця, 11% - більше 3 місяців, 47% очікували прийняття рішення менше місяця



*АНКЕТУВАННЯ НЕРЕПРЕЗЕНТАТИВНЕ

«Мені здається, що в травні ми тільки закрили весь 24-й рік, це всі ті справи, які передав нам МСЕК. Ну, це було дуже багато справ. А зараз, ну, якщо я не помиляюсь, то кожного дня на нашу лікарню додається близько 80 справ. Ну і розглядаємо ми за день десь 30 справ».

З інтерв'ю з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, колишнім членом ЕКОПФО

«Наші адміністратори розглядають близько 50 справ щодня. Це дуже велике навантаження. Лікарі встигають розглянути тільки 500 справ на місяць, кількість яких збільшується постійно. Через надлишок справ формується перенесення на наступні місяці, черга вже на лютий. І ми не вкладаємося в терміни 30 днів, які зазначені в постанові КМУ № 1338 для розгляду справи. Тобто заходить справ більше, ніж ми можемо протягом місяця робити і розглянути... І пацієнти, на жаль, очікують дуже довго. По два-три місяці розгляду. Це велика для пацієнтів проблема».

З інтерв'ю з представником адміністрації ЗОЗ, відповідального за організацію процесу ОПФО

7. Право бути повідомленим про результати проведення оцінювання: у разі проведення очного або виїзного розгляду справи роздрукована форма прийнятого рішення та рекомендації у зв'язку з прийнятим рішенням надаються особі на підпис.

Права пацієнтів, які виникають після (у зв'язку з) проведенням оцінювання

1. Право пацієнта на виправлення помилок або неточностей у рішенні експертної команди: за заявою пацієнта або його уповноваженого представника, викладеною в довільній формі, експертна команда може виправити допущені в рішенні описки, технічні або арифметичні помилки (заява про внесення виправлень). Виправленню підлягають лише ті описки, що мають істотний характер, а саме написання прізвищ, імен, по батькові, адрес (поштової, електронної пошти), статі, дати народження та інших дат, реквізитів документів, що посвідчують особу, та інших документів, зазначення строків.

2. Право на оскарження рішення експертної команди: рішення експертних команд щодо результатів оцінювання можуть бути оскаржені особами, яким було проведено таке оцінювання (або їхніми уповноваженими представниками), в порядку адміністративного оскарження згідно з вимогами Порядку проведення оцінювання та/або до адміністративного суду (більш детально про це йтиметься в підпитанні 2.4.2. питання 2.4. розділу 2 цього дослідження).

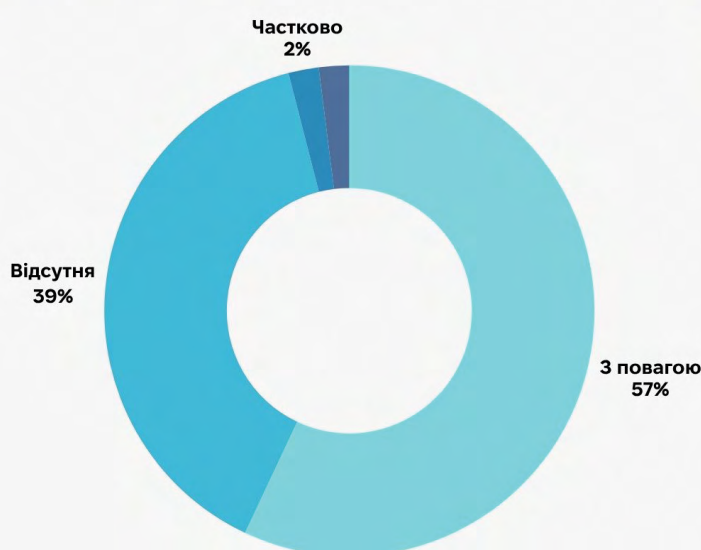
Права пацієнтів, які мають дотримуватись на всіх етапах проведення оцінювання експертною командою

1. Право на повагу до честі та гідності пацієнта: на всіх етапах проведення оцінювання пацієнт не може зазнавати принижень, зневаги або дискримінації під час медичного обслуговування. У своїй поведінці адміністратори та члени експертних команд повинні дотримуватися правил коректності та ввічливості, прийнятих в українському суспільстві. Поведінка адміністраторів та членів експертних команд не повинна провокувати виникнення конфліктних ситуацій.

За результатами проведення анкетування в рамках цього дослідження майже 57% пацієнтів відзначили, що під час проходження оцінювання до них ставилися з повагою, тоді як 39% повідомили про відсутність відчуття поваги. Ще приблизно по 2% респондентів обрали варіанти «частково» або «важко сказати однозначно». Такі результати можуть свідчити про те, що подекуди наявні проблеми у комунікації між пацієнтами та членами експертних команд, що вимагає посилення уваги до етичного і партнерського підходу в процесі оцінювання (в тому числі під час навчання членів експертних команд).

Повага й партнерство

- ◆ 57% пацієнтів відзначили, що під час проходження оцінювання до них ставилися з повагою, 39% повідомили про її відсутність, а по 2% відповіли «частково» або «важко сказати однозначно»



*АНКЕТУВАННЯ НЕРЕПРЕЗЕНТАТИВНЕ

2. Право пацієнта на таємницю про стан свого здоров'я та захист персональних даних: адміністратори, члени експертних команд та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та його результати, інтимну та сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості. Обробка та захист персональних даних в процесі оцінювання здійснюється відповідно до Законів України³⁵.

2.4.2. Огляд основних механізмів захисту прав та інтересів пацієнтів в системі оцінювання повсякденного функціонування

Система оцінювання повсякденного функціонування виступає важливим інструментом, що дозволяє комплексно аналізувати стан здоров'я людини, створюючи підґрунтя для формування індивідуалізованих програм підтримки. Проте ефективність цієї системи безпосередньо залежить від наявності чітко визначених механізмів правового захисту, які гарантують пацієнтам справедливість, прозорість і повагу до їхньої гідності. Саме тому аналіз ключових інструментів та підходів до захисту прав пацієнтів в системі оцінювання повсякденного функціонування є необхідним кроком для підвищення якості роботи цієї системи та зміцнення довіри пацієнта до процедури оцінювання.

Усі механізми захисту прав пацієнта в новій системі оцінювання можуть бути поділені на адміністративні (тобто ті, що не потребують звернення до суду) та судові (за допомогою

35 Закони України "Про захист персональних даних". Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>, "Про захист інформації в інформаційно-комунікаційних системах" Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80/94-%D0%B2%D1%80>, "Про публічні електронні реєстри". Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1907-20>.

яких пацієнт може відновити порушені права або захистити свої законні інтереси через звернення до суду).

Адміністративні (позасудові) механізми захисту прав пацієнта

Подання скарги пацієнтом до керівника ЗОЗ, в якому функціонує експертна команда.

Одним із первинних механізмів захисту прав пацієнтів в новій системі оцінювання повсякденного функціонування є можливість звернення безпосередньо до адміністрації закладу, в якому функціонує експертна команда. Така форма захисту має низку переваг, адже дозволяє вирішити проблему оперативно, на рівні закладу, без необхідності залучати судові чи адміністративні органи. Якщо пацієнт обирає оскарження до адміністрації ЗОЗ, то тут потрібно зауважити, що **не з усіма скаргами можна звертатись до адміністрації ЗОЗ**. Так, до прикладу, керівник ЗОЗ не розглядатиме скарги на саме рішення експертної команди щодо встановлення/невстановлення інвалідності, оскільки це поза його компетенцією. Оскарження самого рішення експертної команди має здійснюватись або через суд або до Центру оцінювання функціонування особи (більш детально про це йтиметься нижче).

Натомість підставою для скарги до керівника ЗОЗ може бути, до прикладу, некоректне, зневажливе ставлення до пацієнта з боку членів експертної команди, відсутність відповідних умов для проведення оцінювання (наприклад, неінклюзивність приміщення, в якому проводиться очний розгляд справ пацієнтів), порушення строків проведення оцінювання.

Пацієнт може звернутись до адміністрації закладу з усною скаргою або подати її у письмовій формі у двох примірниках (один залишається у ЗОЗ, а другий примірник з відміткою про прийняття – у пацієнта). Скарга має відповідати вимогам до звернення, що визначені в Законі України “Про звернення громадян”, та розглядається адміністрацією за загальним правилом до 30 днів з дня її реєстрації. У разі необхідності перевірки обставин, викладених в скарзі, керівник ЗОЗ може ініціювати проведення службового розслідування. В тому випадку, якщо скарга буде визнана обґрунтованою, останній може вжити заходів вжити заходів дисциплінарного характеру (до прикладу, догана або звільнення для члена експертної команди). За результатами розгляду скарги пацієнт отримує письмову відповідь із зазначенням результатів розгляду та можливих подальших дій (наприклад, права звернутися до суду).

В якості застереження варто звернути увагу на те, що адміністрація закладу може бути зацікавлена швидше в захисті персоналу або іміджу закладу, аніж у відновленні прав пацієнта, а тому можлива певна упередженість у розгляді скарги.

Скарга пацієнта на гарячу лінію МОЗ: пацієнт має право звернутись із усною скаргою до МОЗ або подати письмову скаргу, що має відповідати вимогам Законом України “Про звернення громадян”. Працівники Міністерства можуть запитати пояснення в адміністрації ЗОЗ, де проходить оцінювання.

В якості застереження варто звернути увагу на те, що МОЗ може “спустити” скаргу на структурні підрозділи з питань охорони здоров'я Київської міської, обласних державних (військових) державних адміністрацій для підготовки відповіді, оскільки в МОЗ немає прямого контакту з експертною командою.

3. Скарга пацієнта до НСЗУ: у випадку порушення надавачем (ЗОЗ, в якому функціонує експертна команда) умов договору, пацієнт має право звернутись в контакт-центр НСЗУ або подати письмову скаргу відповідно до Закону України “Про звернення громадян”. Наприклад, така ситуація може виникнути в тому випадку, якщо проведення оцінювання (яке має проводитись безкоштовно, оскільки така послуга оплачується НСЗУ) ставлять

під умову перерахування коштів до благодійного фонду або іншим чином “схиляють” пацієнта до оплати таких послуг. В контексті цього потрібно пам'ятати, що надавач (ЗОЗ) не має права висувати незаконну вимогу щодо оплати за проведення оцінювання. Порушення зазначених вимог є підставою для притягнення до відповідальності надавача у порядку, передбаченому законом та договором, що укладається між НСЗУ та надавачем. За окремих обставин, негативними наслідками для надавача може бути повернення коштів замовнику, що сплачені за відповідні послуги.

В якості застереження варто звернути увагу на те, що МОЗ може “спустити” скаргу на структурні підрозділи з питань охорони здоров'я Київської міської, обласних державних (військових) державних адміністрацій для підготовки відповіді, оскільки в МОЗ немає прямого контакту з експертною командою.

3. Скарга пацієнта до НСЗУ: у випадку порушення надавачем (ЗОЗ, в якому функціонує експертна команда) умов договору, пацієнт має право звернутись в контакт-центр НСЗУ або подати письмову скаргу відповідно до Закону України “Про звернення громадян”. Наприклад, така ситуація може виникнути в тому випадку, якщо проведення оцінювання (яке має проводитись безкоштовно, оскільки така послуга оплачується НСЗУ) ставлять під умову перерахування коштів до благодійного фонду або іншим чином “схиляють” пацієнта до оплати таких послуг. В контексті цього потрібно пам'ятати, що надавач (ЗОЗ) не має права висувати незаконну вимогу щодо оплати за проведення оцінювання. Порушення зазначених вимог є підставою для притягнення до відповідальності надавача у порядку, передбаченому законом та договором, що укладається між НСЗУ та надавачем. За окремих обставин, негативними наслідками для надавача може бути повернення коштів замовнику, що сплачені за відповідні послуги³⁶.

4. Захист прав пацієнта органами Національної поліції України: згідно з п.1 ч. 1 ст. 6 Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” пацієнти мають право **на отримання необхідних їм медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг.** Відповідно до абзацу 3 пункту 7 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, що затверджена Постановою КМУ від 27 грудня 2022 р. № 1464, вимагати **та отримувати винагороду в будь-якій формі від пацієнтів** або їх представників за медичні послуги, які надані за кошти програми медичних гарантій, **забороняється.** Як вже зазначалось, послуга з оцінювання надається ЗОЗ безкоштовно в рамках ПМГ, проте можливими є випадки, за яких, фактично, для пацієнта створюються умови, за яких останній сплачує кошти за прийняття “правильних” рішень членами експертних команд³⁷. За таких обставин вкрай необхідним є належне реагування з боку працівників Національної поліції. Алгоритм дій поліції в такому випадку виглядатиме наступним чином:

- За зверненням пацієнта або його родичів та/або **отримання інформації від НСЗУ³⁸** (або отримання інформації від інших осіб) Нацполіція зобов'язана не пізніше 24 годин з моменту отримання відповідної заяви **внести відомості до ЄРДР;**

36 П.36 Типової форми договору {Типова форма договору в редакції Постанови КМ № 134 від 27.02.2019; із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 1073 від 27.11.2019, № 65 від 05.02.2020 - діє до 31 березня 2021 р. з урахуванням змін, внесених Постановою КМ № 1299 від 21.12.2020, № 1166 від 25.11.2020; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 820 від 09.08.2021 - щодо набрання чинності змін див. пункт 2 Постанови; в редакції Постанови КМ № 1067 від 06.10.2021; із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 1168 від 10.11.2021, № 1268 від 04.11.2022, № 1093 від 17.10.2023, № 1139 від 20.10.2023 - застосовується з 1 вересня 2023 року, № 1110 від 26.09.2024, № 112 від 31.01.2025, № 511 від 02.05.2025}

37 Наприклад, див. вирок Рокитнівського районного суду Рівненської області від 10 липня 2025 року у справі № 571/1102/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/128756484>

38 Примітка: Підпункт 7 пункту 16 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій визначає, що у разі виявлення у діях надавача ознак правопорушення Замовник (НСЗУ) має право надсилати відповідну інформацію до правоохоронних органів.

- Надання пацієнту статусу потерпілого у кримінальному провадженні (якщо кримінальне провадження стосується саме порушення прав пацієнта в процесі оцінювання та має ознаки злочину);
- **Проведення досудового розслідування в межах строків, встановлених КПК України**, а саме проведення необхідних слідчих дій з метою збирання доказової бази (допит пацієнта, свідків, вилучення відповідної документації в рамках тимчасового доступу до речей і документів тощо);
- **Вручення підозри винним особам.** Кваліфікація, скоріш за все, буде здійснюватися за ч. 3 або 4 ст. 354 КК України (якщо ми говоримо про притягнення до відповідальності члена експертної команди, який є звичайним лікарем ЗОЗ) або за ст. 368 КК України (якщо лікар - член експертної команди є службовою особою, до прикладу, завідувачем відділення).
- **Складання обвинувального акту** щодо винної особи (осіб) та направлення його до суду.

5. Скарга пацієнта до Центру оцінювання: пацієнт має право оскаржити в адміністративний спосіб рішення експертної команди, подавши скаргу до Центру оцінювання, права та обов'язки якого покладені на державну установу «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ³⁹». Уповноважені особи Центру оцінювання, маючи спеціальні знання та експертизу в медичній сфері, вирішують чи правильно члени експертної команди на місцях надали оцінку медичній документації особи, чи врахували вони всі аспекти стану її здоров'я та обмеження функціонування та чи правильні висновки вони зробили за результатом аналізу медичної документації.

Процедура подання скарги детально описана в пунктах 57-61 Порядку проведення оцінювання. Зокрема, така скарга має бути подана пацієнтом протягом 40 календарних днів з дня надсилання витягу з рішення експертної команди, що оскаржується, скаргнику (його уповноваженому представнику). Скарга подається в паперовій або електронній формі. Скарга має відповідати вимогам, зазначеним в Додатку 3 Порядку проведення оцінювання. Експертна команда Центру оцінювання розглядає скарги очно, заочно або з використанням методів і засобів телемедицини відповідно до критеріїв визначення форми проведення ОПФО⁴⁰, встановлених у додатку 1, та відповідних клопотань особи. За результатами розгляду скарги експертна команда Центру оцінювання функціонального стану особи приймає рішення про:

- підтвердження оскарженого рішення експертної команди;
- скасування оскаржуваного рішення експертної команди;
- формування нового рішення щодо результату оцінювання.

Статистичні дані щодо роботи Центру оцінювання, надані МОЗ України у відповідь на офіційний запит в межах цього дослідження, свідчать про активне використання пацієнтами механізмів захисту своїх прав⁴¹.

Так, в період з 01.01.2025 року по 31.07.2025 року Центром оцінювання функціонування зареєстровано вже 7525 скарг. При цьому кількість скарг, за якими прийнято рішення про підтвердження оскаржуваного рішення експертної команди, становить **1718 скарг (22,8%)**. Кількість скарг, за якими прийнято рішення про скасування рішення експертної команди, — **34 (0,45%)**. Кількість скарг, за якими було прийнято рішення про форму-

39 Наказ МОЗ від 03.12.2024 № 2022 "Про покладання прав та обов'язків Центру оцінювання функціонального стану особи".

Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2022282-24#n22>

40 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/1338-2024-%D0%BF#n418>

41 Статистичні дані з відповіді Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2025 № 28//4529 на запит БФ "Здорові рішення" від 08.08.2025 № 148 (дані станом на 31 липня 2025 року)

вання нового рішення за результатами оцінювання,— **354 (4.7%)**. Такий низький відсоток скасування рішень експертних команд (**менше 1%**) може свідчити або про **формальний характер системи оскарження**, коли переважно підтверджуються попередні висновки, або про високий рівень роботи експертних команд на місцях.

З наведеної статистики можна також побачити, що в період з 01.01.2025 року по 31.07.2025 Центром оцінювання, по суті, було розглянуто 2106 скарг (27,98%). При цьому решта 5419 скарг (72,02%) скарг залишаються без чіткої інформації по статистиці, (теоретично їх могли залишити без розгляду (без руху) або ж вони перебувають в черзі на розгляд Центром оцінювання, або по ним не винесено фінальне).

Під час проведення глибинного інтерв'ю керівниця Центру оцінювання зазначила оновлені статистичні дані.

«За січень частка справ, у яких ми змінили первинне рішення, становила близько 16,5%. За серпень – 28,5%. Тобто зараз майже третина рішень змінюється. Водночас не за всіма справами винесене фінальне рішення: ми часто викликаємо людину на додаткові обстеження, тож первинний перегляд уже відбувся, але фінал буде після отримання результатів. Дивитимемося на динаміку далі».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Варто зазначити, що в самому Центрі оцінювання є певні кадрові та організаційні виклики: первісного штату виявилось недостатньо для розгляду великого обсягу справ і численних запитів від різних органів, що також є однією з причин описаної результативності розгляду скарг.

«Коли ми розпочали роботу, з часом побачили, що первісного штату недостатньо. Тим складом фахівців ми не могли охопити обсяг справ, що дістався у спадок, і нові звернення громадян. Спільно з МОЗ погодили збільшення штату – додали посади адміністраторів і операторів комп'ютерного набору. Зараз за цими позиціями ми укомплектовані, але залишаються вакансії юридичних посад.

Пояснення просте: окрім розгляду справ маємо великий потік запитів від юридичних осіб, адвокатські звернення, звернення уповноважених із захисту прав людини, Офісу Президента, гарячої лінії МОЗ, Пенсійного фонду, правоохоронних органів тощо. Кожне звернення потребує реєстрації, розподілу, опрацювання, аналізу та підготовки і відправки відповіді з дотриманням строків. Тому нам потрібен потужний підрозділ діловодства з контролем руху документів і відповідними юридичними компетенціями для відповідей на судові та адвокатські запити.

Спершу ми залучили адвокатську компанію за результатами тендеру, але за два місяці її ефективність склала близько 10%, тож від співпраці ми відмовилися і почали формувати власну юридичну команду. Нині з нами працює п'ятеро юристів, однак цього замало через велику кількість судових позовів — не встигаємо опрацьовувати все на належному рівні. На цьому тижні погодили рішення шукати додаткових юристів і діловодів».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Загалом наведена статистика може свідчити про те, що пацієнти користуються своїм правом на оскарження до Центру оцінювання, що може означати або низький рівень якості та прозорості роботи експертних команд, або відсутність довіри до їхніх висновків (або і те й інше разом). Іншою причиною є те, що хоча більшість експертних команд розглядає справи відповідно до критеріїв, частина фахівців ухвалює обережні рішення, що не завжди враховують усі аспекти на користь пацієнта. Це призводить до того, що окрема категорія заявників, яка вважає рішення несправедливими, активно користується правом на оскарження й звертається до Центру оцінювання.

«Щодо осіб, які звертаються за пільгами, то ми не можемо сказати, що всі діють недоброчесно, – ні. Просто в умовах часу звернень стало більше, у т.ч. від тих, хто раніше жив із хронічними захворюваннями без державної підтримки і не потребував її».

«Але є й та категорія осіб, яка б не мала звертатись. Потенційно це та кількість скарг, які будуть направлені до Центру оцінювання, тобто їх не задовільнило рішення первинних експертних команд і вони використовують своє право на оскарження».

«Первинні команди, загалом, дотримуються критеріїв і приймають рішення відповідно до них. Водночас є команди, які, можливо, побоюються ухвалювати первинні рішення. Коли є вагання між визнанням інвалідності та сумнівами, рішення нерідко приймається не на користь людини, або не враховуються окремі моменти, що могли б бути на користь такої людини».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Судові механізми захисту прав пацієнта

«Можливість пришвидшити розгляд справи через суд спонукає людей звертатися до суду, оскільки в Центрі оцінювання великі черги».

З інтерв'ю з представником адміністрації ЗОЗ, відповідального за організацію процесу ОПФО

1. Захист прав пацієнта в межах адміністративного судочинства: судове оскарження рішення або бездіяльності експертних команд передбачає звернення пацієнта з позовом до адміністративного суду за місцем свого проживання або за місцем знаходження відповідача (відповідачем в такій категорії справ, зазвичай, виступає ЗОЗ, в межах якого функціонує експертна команда, з рішенням, дією чи бездіяльністю якої не погоджується пацієнт). Такі справи розглядаються в порядку спрощеного провадження, без виклику сторін (тобто за наявними документами).

Пацієнт наділений правом звернутись до суду протягом 6 місяців з дня отримання рішення (витягу з рішення) експертної команди, вчинення нею дії/бездіяльності, які мають бути оскаржені⁴². При цьому в більшості випадків пацієнти звертаються до суду і вимагають визнати рішення експертної команди протиправним та скасувати його, зобов'язати вчинити певні дії (наприклад, провести повторно переогляд та ін.).

⁴² Стаття 122 Кодексу адміністративного судочинства України. Режим доступу: <https://surl.li/iqmwz1>

Здебільшого звернення пацієнтів до суду пов'язані з тим, що їм відмовили у встановленні статусу інвалідності⁴³. Це можна пояснити тим, що значна частина пацієнтів продовжує сприймати процедуру оцінювання насамперед як етап, що призведе до отримання статусу особи з інвалідністю та, відповідно, отримання пільг чи соціальних гарантій в подальшому.

Щодо судових витрат, то потрібно пам'ятати про те, що за наявності обставин, передбачених ст. 5 ЗУ "Про судовий збір"⁴⁴, пацієнт може бути звільнений від сплати судового збору (але в цьому випадку до суду потрібно надати докази, що підтверджують ці обставини, приміром, для особи з інвалідністю II групи це буде копія відповідного посвідчення). В усіх інших випадках, якщо пацієнт подає заяву немайнового характеру (та просить суд визнати дії експертної команди неправомірними), сума судового збору становитиме 0,4 розміру прожиткового мінімуму на одну працездатну особу (на сьогодні це 1211 грн. 20 коп.).

Судова практика в подібній категорії справ показує, що орієнтовний строк розгляду таких справ судами першої інстанції становить до пів року.

Особливу увагу потрібно звернути на те, що суд не може здійснювати власну оцінку підставності прийняття певного рішення експертними командами, оскільки суди не є спеціалізованими установами в медичній сфері і не мають спеціальних знань (така логіка в судовій практиці була фактично "успадкована" при оскарженні рішень колишніх МСЕК). Суд при розв'язанні спору в першу чергу перевіряє дотримання експертною командою процедури проведення оцінювання та основних вимог законодавства, що регулює відповідну сферу. Тобто суди не будуть заглиблюватись у вивчення медичної документації, а будуть перевіряти, чи було дотримано при прийнятті рішення експертною командою, передусім, Порядку проведення оцінювання.

Так, наприклад, до суду є сенс звертатись, коли експертною командою було порушено певний алгоритм дій, які мали б бути виконані (наприклад, особу не було повідомлено про час та місце розгляду справи, пізніше за результатом розгляду справи було прийнято рішення про зміну групи інвалідності)⁴⁵.

В Єдиному державному реєстрі судових рішень є певна кількість рішень, в яких мова йшла про порушення процедури, а саме безпідставне проведення повторного оцінювання функціонального стану особи Центром оцінювання. В більшості цих рішень особи втрачали свій статус інвалідності і дізнавались про рішення, прийняті відносно них, по-стфактум після припинення пенсійних виплат⁴⁶. Представниця Центру оцінювання надала коментар щодо зазначеної ситуації під час проведення інтерв'ю.

43 Див., наприклад, рішення Харківського окружного адміністративного суду у справі від 31 липня 2025 року у справі № 520/5513/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/129223389> рішення Полтавського окружного адміністративного суду від 12 серпня 2025 року у справі № 440/9347/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/129477083>

44 Закону України "Про судовий збір". Режим доступу: <https://surl.li/tfgshu>

45 Наприклад, див. рішення Хмельницького окружного адміністративного суду від 24 липня 2025 року у справі № 560/8527/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/129071246>

46 Див. рішення Запорізького окружного адміністративного суду від 15 липня 2025 року у справі № 280/3379/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/128855883>; рішення Запорізького окружного адміністративного суду від 07 липня 2025 року у справі № 280/4630/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/128667951>, рішення Львівського окружного адміністративного суду від 28 липня 2025 року у справі № 380/9169/25. Режим доступу: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/129160905>

«Щодо підстав перевірок. До кінця 2024 року перевірка обґрунтованості могла проводитися, зокрема, за листами правоохоронних органів. Із 2025 року – виключно на підставі постанови слідчого/прокурора/судді в межах кримінального провадження. Тобто зараз це інша процесуальна рамка: перевірки здійснюються лише в контексті кримінальних проваджень....

.....Лише цього тижня ми отримали першу постанову про проведення перевірки обґрунтованості рішення, прийнятого вже експертною командою. До сьогодні всі такі перевірки були виключно по справах МСЕК.»

Примітно, що відповідно до статистичних даних за період з 01.01.2025 року по 31.07.2025 року кількість судових справ, у яких пацієнти оскаржували результати оцінювання, становить 366, з них на користь установи – 343 (93,7%), на користь позивача – 23 (6,3%)⁴⁷. Статистика свідчить про значну диспропорцію на користь експертних команд. Фактично, у 9 з 10 випадків суд підтверджує правомірність рішень експертних команд. Це вказує на те, що судовий шлях оскарження результатів оцінювання для пацієнтів є малоефективним.

Висновки за розділом 2:

1. Суб'єктність пацієнта в процесі оцінювання. Пацієнт у новій системі має можливість бути активним учасником процесу оцінювання. Новий порядок надає пацієнту право обирати форму оцінювання та заклад охорони здоров'я, що дозволяє контролювати процес і приймати рішення відповідно до власних потреб та обставин. Водночас відсутність системного інформування лікарем, який формує направлення, про мету та сутність оцінювання призводить до того, що пацієнт може не повністю усвідомлювати наслідки свого вибору та не завжди розуміти, які саме права та обов'язки він набуває під час оцінювання. Це може створювати ситуації, коли рішення ухвалюються без повного розуміння процесу. Для посилення ролі пацієнта важливо забезпечити системне та доступне інформування про оцінювання, включно з критеріями оцінки.

2. Чітка структура та маршрутизація процесу. Маршрут пацієнта у системі є структурованим: від формування направлення до безпосереднього оскарження рішення експертної комісії. Така прозора процедура створює передбачуваність та послідовність дій. Проте на практиці затримки на етапах перевірки документів і очікування розгляду справи, спричинені перевантаженістю закладів, часто порушують строки проведення оцінювання, що призводить до порушень прав пацієнта.

3. Прозорість та об'єктивність рішень експертної команди. Колегіальне прийняття рішень, встановлені правила щодо конфлікту інтересів та обґрунтування висновків сприяють довірі пацієнта до процесу. Водночас відсутність письмової фіксації всіх врахованих документів при прийнятті рішення експертною командою підвищує ймовірність оскарження рішення пацієнтом, знижує прозорість процесу та підвищує ризик помилок та зловживань.

4. Активна участь під час оцінювання. Пацієнт може висловлювати власну думку, залучати представників, проводити фіксацію процесу. Це зміцнює права пацієнта та підвищує контроль над результатами. Проблемою залишається можливий емоційний тиск на експертні команди та невідповідність очікувань пацієнтів реаліям, що іноді провокує конфліктні ситуації.

⁴⁷ Статистичні дані з відповіді Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2025 № 28//4529 на запит БФ "Здорові рішення" від 08.08.2025 № 148 (дані станом на 31 липня 2025 року)

5. Дотримання етичних стандартів в процесі оцінювання. Право пацієнта на поважне та коректне ставлення під час оцінювання є ключовим для забезпечення довіри до системи. Анкетування показало, що 57% пацієнтів відчували повагу, тоді як 39% повідомили про її відсутність, а близько 4% не змогли оцінити однозначно. Це свідчить про потребу посилення уваги до етичного та партнерського підходу, включно з навчанням членів експертних команд для підвищення якості комунікації та зменшення конфліктів.

6. Механізми оскарження рішень. Пацієнти активно користуються своїм правом на оскарження, що може свідчити як про недовіру до первинних рішень експертних команд, так і про бажання забезпечити контроль за процедурою. Система оскарження рішень у новій процедурі включає адміністративні та судові механізми, що формально гарантують захист прав пацієнта. Центр оцінювання виконує функцію перегляду рішень експертних команд і перевіряє відповідність прийнятих рішень медичній документації пацієнта та критеріям оцінювання. Статистичні дані демонструють, що за період з 01.01.2025 року по 31.07.2025 Центром оцінювання, по суті, було розглянуто 2106 скарг (27,98%). Результати розгляду більшості скарг або підтверджують первинне рішення експертних команд (22,8%), або призводять до формування нового рішення (4,7%), тоді як скасування рішень становить менше 1%. Така статистика може свідчити про низьку ефективність адміністративного оскарження. При цьому решта 5419 скарг (72,02%) залишаються без чіткої інформації по статистиці, (теоретично їх могли залишити без розгляду (без руху), або ж вони перебувають в черзі на розгляд Центром оцінювання, або по ним не винесено фінальне рішення. Отже, на практиці право пацієнта на оскарження обмежується високою навантаженою Центру оцінювання, недостатньою кадровою укомплектованістю. Можливість пришвидшити перегляд їх справи спонукає людей звертатись до суду. Водночас суд перевіряє лише дотримання процедурних вимог і законодавства, але не оцінює медичну правильність рішень. Статистика показує, що близько 94% справ вирішуються на користь експертних команд. Це може свідчити про те, що судове оскарження є малоефективним для захисту прав пацієнта та відновлення його порушеного права.

7. Пацієнтське сприйняття оцінювання. Більшість судових звернень пов'язана з відмовою у наданні статусу інвалідності або втратою пенсії у зв'язку зі статусом інвалідності, що свідчить про те, що пацієнти розглядають процедуру оцінювання передусім як засіб отримання соціальних гарантій та пільг. Такий підхід формує високу активність пацієнтів у процесі оскарження. Така тенденція підкреслює необхідність чіткої, зрозумілої та прозорої комунікації щодо дійсної мети та змісту оцінювання.

Розділ 3. Статус лікаря в системі оцінювання повсякденного функціонування особи

Даний розділ дослідження присвячено комплексному аналізу ролі, умов праці та відповідальності лікаря в новій системі ОПФО. Мета розділу - виявити «вузькі місця» та прогалини в нормативно-правовому регулюванні діяльності лікарів як на етапі направлення на оцінювання, так і безпосередньо в роботі ЕКОПФО, а також запропонувати шляхи їх усунення для ефективної реалізації реформи.

3.1. Статус лікарів у процесі оцінювання повсякденного функціонування особи: компетентність, кваліфікаційні вимоги та професійна підготовка

Нормативно-правове регулювання ролі лікарів у сфері комплексної оцінки обмежень життєдіяльності та ОПФО визначається, передусім, положеннями статті 69-1 Основ. Законодавець окреслює дві основні функції лікаря в цій сфері:

- виявлення необхідності проведення ОПФО та формування направлення на нього;
- безпосередню участь у складі експертних команд, які здійснюють розгляд справи.

Перший аспект ролі лікаря полягає у здійсненні направлення пацієнта на оцінювання.

Відповідно до частини восьмої статті 69-1 Основ направлення на оцінювання може здійснювати:

- лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги,
- лікуючий лікар ЗОЗ, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги,
- голова військово-лікарської (лікарсько-експертної), медичної (військово-лікарської) комісії.

Разом з тим нормативно-правові акти не містять чітких критеріїв розмежування компетенцій між лікарями первинної та спеціалізованої ланки, що фактично залишає це питання відкритим.

Пункт 17 Порядку проведення оцінювання зазначає, що таке направлення здійснюється лише після проведення необхідних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності ознак, що відповідають критеріям направлення на проведення ОПФО. Це дозволяє припустити, що рішення про направлення може ухвалювати будь-який лікар, що був обраний пацієнтом та має достатній обсяг інформації про стан пацієнта та відповідну професійну кваліфікацію.

Водночас у матеріалах, які поширюються для інформування лікарів та експертних команд (зокрема, у покроковому алгоритмі для лікуючих лікарів, експертних команд та адміністраторів, що опублікований на сайті МОЗ), фактично описується більш деталізований підхід до розмежування суб'єктів направлення. Згідно з ним лікар з надання первинної медичної допомоги може здійснювати направлення лише у виняткових випадках. Наприклад, у разі:

- перебування пацієнта у зоні бойових дій чи на деокупованих територіях або з інших причин відсутності доступу до спеціалізованої допомоги;
- наявності у пацієнта всіх необхідних медичних документів, що зумовлює відсутність потреби в наявності у лікаря спеціальних знань щодо відповідного захворювання та непотрібності у додаткових обстеженнях пацієнта.

У результаті через відсутність нормативно закріпленого механізму розмежування компетенцій між лікарями різних рівнів (первинної та спеціалізованої медичної допомоги) виникає низка практичних проблем, зокрема:

- ризики відмов у направленні пацієнтів через побоювання лікарів щодо перевищення власної компетенції;
- надмірне навантаження на лікарів з надання первинної медичної допомоги;
- неоднакова практика застосування норм у різних ЗОЗ;
- необґрунтовані перенаправлення пацієнтів між ЗОЗ.

«Пацієнти часто розповідають, що спеціалісти відмовляють їм у направленні на ОПФО. Хоча ці люди відповідають критеріям і зрештою все одно отримують групу інвалідності, спершу стикаються з відмовою – то кардіолог, то пульмонолог, то онколог каже: “Ми цим не займаємось, це робить сімейний лікар”. Більшість відмов – у приватних клініках, але навіть і у державних та комунальних лікарі часто просто кажуть, що вони цим не займаються. І врешті пацієнти звертаються до нас. А так як це наші пацієнти, ми не можемо їх кинути: їм уже всі відмовили, тому ми оформлюємо. Ми не відмовляємось робити свою роботу – ми і раніше робили це, але потрібні чіткі межі та критерії, де саме має направляти сімейний лікар».

З інтерв'ю з сімейним лікарем

Другий аспект ролі лікаря полягає в його участі в роботі експертних команд, що формуються відповідно до Порядку проведення оцінювання. До складу команд включаються лікарі, які:

- відповідають встановленим вимогам до компетентностей, обов'язків та професійних кваліфікацій працівників сфери охорони здоров'я за відповідними професіями;
- здійснюють медичну практику протягом не менше одного року;
- щонайменше один раз на рік проходять навчальний курс щодо ОПФО, організований МОЗ (п. 9 Порядку проведення оцінювання).

Щодо вимог до компетентностей та професійних кваліфікацій членів ЕКОПФО, то, крім щорічного проходження навчальних курсів, передбаченого Порядком проведення оці-

нювання, спеціальні вимоги до осіб, які провадять медичну діяльність, визначаються у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78 «Охорона здоров'я»), затвердженому наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117. У ДКХП встановлено загальні кваліфікаційні характеристики лікарів за відповідними посадами, і саме їх дотримання є достатнім для участі у складі експертної команди за відповідним профілем. При цьому додаткових вимог до компетентностей, обов'язків чи професійних кваліфікацій, крім вже визначених для здійснення медичної діяльності, не передбачено.

Враховуючи відсутність спеціально визначених додаткових вимог до компетентностей, обов'язків чи професійних кваліфікацій членів ЕКОПФО, єдиним елементом, що виходить за межі загальних положень ДКХП, є передбачений Порядком проведення оцінювання обов'язок щорічного проходження навчального курсу з ОПФО, що організовується МОЗ. Разом із тим станом на сьогодні програма та зміст зазначеного курсу нормативно не затверджені, відсутні також визначені критерії та порядок його проведення. Крім того, не врегульованим залишається питання підтвердження факту проходження лікарем відповідного навчання, оскільки не встановлено єдиного зразка сертифіката чи іншої форми офіційного документального підтвердження.

У результаті виникає правова невизначеність: неможливо ані уніфікувати рівень знань лікарів, які залучаються до складу експертних команд, ані належним чином проконтролювати виконання цієї вимоги. Це, у свою чергу, створює ризики для забезпечення належної якості підготовки членів команд та може негативно впливати на ефективність реалізації процедури оцінювання.

З огляду на це необхідними є розробка та затвердження до кінця року програми та змісту щорічного навчального курсу, порядку його проведення та критеріїв проходження, а також встановлення єдиного зразка сертифіката чи іншої форми офіційного підтвердження для уникнення ситуацій, коли лікарі не відповідатимуть законодавчим вимогам щодо проходження щорічного навчання.

«Наразі курс перебуває на стадії розробки, запуск планується на платформі Академії НСЗУ, а проходження буде офіційно сертифікованим. Також планувалося залучити інститут у Дніпрі (як провайдера БПР) до створення додаткових курсів. Водночас варто поєднувати навчання з іншими механізмами підтримки лікарів (додатковими програмами), а не підміняти їх формальними "балами" БПР».

З інтерв'ю з представником уряду

Окрім кваліфікаційних вимог та обов'язку проходження щорічного навчання законодавством встановлено й обмеження щодо участі лікарів у складі експертних команд.

Відповідно до цих обмежень не можуть брати участі у роботі експертних команд лікарі за наявності хоча б однієї з таких умов:

- 1) обіймали посади голів МСЕК;
- 2) відомості про них внесені до Єдиного державного реєстру осіб, які вчинили корупційні або пов'язані з корупцією правопорушення;
- 3) мають судимість за вчинення будь-якого умисного кримінального правопорушення, крім випадків, коли така судимість знята або погашена в установленому законом порядку

(п. 15 Положення про ЕКОПФО);

4) позбавлені права проводити ОПФО з підстав, визначених Кабінетом Міністрів України, і строк дії такої заборони не минув.

Запроваджені законодавством обмеження мають важливу роль у сприянні доброчесності, об'єктивності та якості роботи експертних команд, а також безпосередньо спрямовані на забезпечення високого рівня професійної компетентності лікарів, які беруть участь у процесі оцінювання.

«Лікар для оцінювання має ширший набір компетенцій, ніж звичайний лікуючий лікар, і повинен додати кілька "шарів" до своєї бази для ухвалення рішень».

З інтерв'ю з представником Центру оцінювання

Проте довгий час положення, яке передбачає можливість позбавлення лікаря права проводити оцінювання «з підстав, визначених Кабінетом Міністрів України», залишалось декларативним і не мало конкретного змістовного наповнення. Відсутність чіткого механізму реалізації створювало правову невизначеність: було незрозуміло, за якими саме критеріями, в якому порядку та на який термін може бути застосована ця санкція. Ця прогалина створювала ризики для функціонування системи ОПФО, зокрема, щодо забезпечення участі лише компетентних осіб у складі команд, достовірності прийнятих рішень і довіри до діяльності системи ОПФО.

Ситуація змінилася з прийняттям Постанови КМУ № 1111 від 3 вересня 2025 року. Нею було запроваджено не лише чіткий критерій відсторонення членів експертних команд: кількість рішень, у прийнятті яких такі особи брали участь протягом календарного року і які були скасовані або змінені (25 і більше за рік), але й визначено процедурний механізм, що включає чіткі строки, порядок відсторонення та умови для подальшого відновлення права на участь в роботі ЕКОПФО. Це надало конкретне змістовне наповнення раніше формальній нормі.

Ця норма набирає чинності через шість місяців з дня опублікування постанови, і її запровадження є важливим кроком для забезпечення участі в експертних командах виключно компетентних лікарів. Це сприятиме підвищенню якості та достовірності результатів оцінювання, а також формуванню довіри суспільства до нової системи.

Разом із тим запровадження чіткого кількісного критерію відсторонення (25 і більше оскаржених рішень за рік) може мати й свої недоліки.

Проблема полягає в тому, що такий підхід може виглядати несправедливим щодо лікарів із високою продуктивністю.

Наприклад, лікар з 1000 рішень та 26 скасованими (2,6% помилок) буде відсторонений, тоді як лікар з 100 рішень і 24 скасованими (24% помилок) – ні.

Це створює зворотний стимул – не працювати швидше, уникати участі в розгляді справ, щоб зменшити власні ризики.

Можливі шляхи вдосконалення:

- перехід на відносні показники. Наприклад, встановлення граничного відсотка скасованих рішень (5-10% від загальної кількості);

- градація критеріїв. Для прикладу, при малому навантаженні застосовувати відсоток скасованих рішень (наприклад, понад 10%), при великому – абсолютний показник (25 і більше).

Запроваджений механізм є важливим кроком уперед, однак його жорстка прив'язка до абсолютного числа скасованих рішень може мати й свої вади у застосуванні на практиці. Для забезпечення справедливості бачимо доцільним необхідність вдосконалення підходу з урахуванням інтенсивності роботи лікарів.

3.1.1. Нормативне врегулювання обсягу участі лікарів у роботі експертних команд

Однією з основоположних ідей реформи МСЕК було покращення якості прийнятих рішень шляхом залучення до роботи в експертних командах практикуючих лікарів: лікарів, які щодня ведуть діагностично-лікувальний процес, бачать пацієнтів і працюють за актуальними протоколами. За результатами проведеного аналізу системи ОПФО було виявлено неоднорідність підходів до організації роботи команд з ОПФО в ЗОЗ, **в тому числі випадки залучення лікарів до роботи в ЕКОПФО на умовах повної зайнятості**. Таким чином, ігнорується одна з основоположних ідей реформи – збереження клінічної практики лікарів, адже їхня робота в ЕКОПФО на умовах повної зайнятості фактично відриває фахівців від діагностично-лікувального процесу та знижує актуальність прийнятих рішень. Це створює серйозний ризик того, що такі експертні команди перетворяться на ще один відірваний від практики орган.

Для запобігання подібним ситуаціям на законодавчому рівні доцільно врегулювати максимальний обсяг залучення лікарів до роботи в ЕКОПФО: наприклад, у відсотках від фактичної ставки такого лікаря, що гарантуватиме збереження ним активної клінічної практики.

3.2. Як і ким фінансується робота лікарів експертних команд

3.2.1. Механізм фінансування діяльності експертних команд

Важливою складовою ефективності системи ОПФО є врегулювання питань оплати праці та відповідальності лікарів. Основи та постанова Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503 (Постанова КМУ № 1503) регулюють механізм фінансування діяльності експертних команд. Держава згідно з Конституцією України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом фінансування проведення ОПФО (ст. 7 Основ).

Згідно з постановою КМУ № 1503 вартість послуг експертних команд становить 1847,2 грн. за розгляд однієї справи (прийнятого рішення). Раніше діяла інша модель: НСЗУ оплачувала послуги щомісяця за кожну команду з ОПФО – 92 360,1 грн, але не більше ніж 333 тис. грн на місяць для одного ЗОЗ. Однак після внесення змін постановою КМУ від 27 червня 2025 р. № 769 така модель була скасована. Наразі діє виключно принцип оплати за результат, тобто фактична вартість визначається як добуток тарифу (1847,2 грн.) та кількості розглянутих справ.

Зміна моделі фінансування має важливе значення для формування системи мотивації лікарів. Якщо глобальна ставка не враховувала обсяг виконаної роботи, то новий механізм створює прямий стимул до своєчасного розгляду більшої кількості справ.

«Зміна підходів в оплаті від НСЗУ дозволила збільшити кількість команд в області, тож відбулось розвантаження напливу пацієнтів і в нашому закладі. Зросла вартість розглянутої справи. При такому підході, якщо заклад розглядає 300 справ в місяць при вартості одного винесеного рішення 1847 грн., заклад залучає більше фінансів. Ці фінанси розподіляються на адміністративні потреби, матеріально-технічні, а все решта йде на преміювання».

З інтерв'ю з представником адміністрації ЗОЗ, відповідального за організацію процесу ОПФО

Таким чином, діюча модель фінансування створює передумови для формування систем мотивації лікарів ЗОЗ, у яких формуються та функціонують експертні команди, сприяючи підвищенню їхньої зацікавленості в роботі в експертній команді та досягненню загальнодержавної мети ефективності системи ОПФО.

Разом з тим для підвищення справедливості та ефективності діючої моделі доцільним було б НСЗУ проаналізувати результати роботи експертних команд за підсумками року на предмет диференціації справ за складністю.

Може існувати категорія справ, які потребують значно більших часових витрат та зусиль лікарів. За відсутності такого аналізу існує ризик, що ЗОЗ, які обслуговують більше складних пацієнтів, будуть знаходитися в менш вигідному становищі через потенційно меншу кількість ухвалених рішень, не отримуючи адекватної фінансової компенсації.

Для усунення цієї потенційної нерівності та подальшого стимулювання якості роботи може бути розглянута можливість удосконалення механізму оплати, наприклад, шляхом:

- введення коефіцієнтів складності до базового тарифу для окремих категорій справ. Але при цьому треба врахувати ризик, що ЕКОПФО можуть кодувати "прості" справи як справи з підвищеною складністю. Тому на етапі дизайнування мають бути продумані показники та механізми моніторингу цих записів.
- розробки системи індикаторних показників, за досягнення яких передбачалися б додаткові оплати зі сторони НСЗУ. Такими показниками могли б бути:
 - дотримання встановлених строків розгляду справ;
 - низький рівень успішних оскаржень прийнятих рішень;
 - низький рівень обґрунтованих скарг на роботу експертних команд.

Впровадження таких інструментів не тільки стимулювало б кількість, але й мотивувало б до відповідальної та якісної роботи, що відповідає загальнодержавним інтересам.

Що стосується безпосередньо оплати праці лікарів, то слід зазначити, що кошти, які надходять у рамках цього механізму, спрямовуються до ЗОЗ, який уклав договір з НСЗУ. Подальший розподіл отриманих коштів належить саме до компетенції ЗОЗ і залежить від його внутрішньої системи оплати праці. Законодавство не містить спеціальних норм, що визначали б обов'язок закладів встановлювати лікарям доплати чи премії за участь у роботі експертних команд, але ЗОЗ можуть запроваджувати такі системи мотивації, використовуючи наявні положення колективних договорів або, у разі необхідності, шляхом внесення до них відповідних змін (детальніше див. п. 3.4 Дослідження).

«Чи доходять гроші до лікаря – питання колективного договору лікарень і внутрішньої моделі розподілу. МОЗ дало інструменти обліку (звітність по підписаних рішеннях кожним лікарем), наступний крок – це предмет переговорів щодо оплати у закладі. А коли лікарі навчаться відстоювати свої права на оплату праці і змінювати колдоговір – це не від цієї реформи залежить ...там, де не доплачують за ОПФО, зазвичай є аналогічні проблеми з оплатою інших видів роботи».

З інтерв'ю з представником уряду

3.2.2. Фінансування закладів охорони здоров'я, лікарі яких здійснюють направлення пацієнтів

Разом з тим постанова КМУ № 1503 не передбачає жодного додаткового механізму фінансування для ЗОЗ, лікарі яких здійснюють направлення пацієнтів на оцінювання. У межах функціонування системи ОПФО на них так само покладено суттєвий додатковий обсяг навантаження, зокрема оформлення медичної документації, забезпечення її повноти та достовірності, проведення консультацій і комунікація з пацієнтом. Хоча направлення на оцінювання не є принципово новою процедурою, раніше вони здійснювали направлення МСЕК. Із запровадженням системи ОПФО з 1 січня 2025 року з'явилися суттєво розширені нормативні, клінічні та технічні вимоги: критерії направлення, деталізація документації, електронні форми та нові правила направлення, цифровізація. Ці зміни призвели до зростання навантаження на лікарів первинної та спеціалізованої ланки без відповідного фінансового забезпечення.

За результатами проведених нами інтерв'ю з лікарями, а також з огляду на коментарі медичних працівників у публічній площині, оформлення одного направлення у багатьох випадках займає 2-4 години. Це не стосується всіх випадків, і за окремими профілями захворювань за відсутності технічних проблем цей процес може займати і меншу кількість часу.*

Незважаючи на те, що частина роботи лікаря компенсується загальними механізмами оплати (оплата за консультацію у поліклінічних закладах або капітаційна ставка для лікарів з надання первинної медичної допомоги), оформлення таких направлень часто виходить за межі звичного прийому пацієнтів і створює фактичне додаткове навантаження. Лікарі змушені виконувати ці завдання у позаробочий час, між прийомами або зменшуючи кількість доступних «вікон» для планових консультацій, що, як наслідок, може призводити до зменшення надходжень у межах ПМГ і відповідне зменшення розмірів оплати праці медичних працівників ЗОЗ.

«Більшість часу займає формування виписки. Якщо це первинна група - трохи легше, бо документів небагато. А коли людина хворіє з дитинства і має групу інвалідності, то обсяг дуже великий. Тоді формування виписки може тривати кілька днів, максимум до тижня, по кілька годин на день, якщо є час між пацієнтами».

З інтерв'ю з сімейним лікарем

*Примітка: Суттєва різниця в обсягах затраченого часу на оформлення направлення вказує також на потребу в інвестиціях в навчання лікарів, що направляють на ОПФО, стандартизацію процесів та правильний розподіл обов'язків між працівниками у ЗОЗ.

Подібний дисбаланс системи фінансування має низку потенційно негативних наслідків. По-перше, він знижує мотивацію лікарів до якісного виконання завдань, що може спричиняти ризики формального або поверхневого підходу до виконання цих обов'язків. По-друге, відсутність фінансових стимулів може посилювати кадрові проблеми у ЗОЗ, особливо в умовах дефіциту лікарських кадрів, обмеженого фінансування та зростання загального навантаження на систему. По-третє, без додаткових коштів для ЗОЗ неможливим є розширення штату лікарів, що унеможливорює перерозподіл навантаження між персоналом. У результаті надмірне перевантаження лікарів первинної та спеціалізованої ланки може призводити до погіршення доступу пацієнтів до медичних послуг: збільшення черг, ускладнення запису на прийом до лікуючого лікаря та зростання часу очікування медичної допомоги. У перспективі це здатне негативно позначитися як на ефективності функціонування системи ОПФО, так і на рівні довіри пацієнтів до системи охорони здоров'я в цілому.

З огляду на викладене постає об'єктивна потреба в додатковому врегулюванні цього питання на рівні державної політики фінансування охорони здоров'я.

3.3. Проблемні аспекти відповідальності та умов праці лікарів експертних команд

Відповідальність лікарів, які входять до експертних команд оцінювання, закріплена в ст. 69-1 Основ та в Порядку проведення оцінювання. Зокрема, ст. 69-1 Основ узагальнено встановлює, що члени експертних команд і адміністратори несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність за неправомірні рішення чи дії, наприклад, незаконне розголошення інформації.

Порядок проведення оцінювання містить окремі пункти про відповідальність членів команд. Зокрема, п.16 Порядку проведення оцінювання встановлює, що члени експертної команди несуть відповідальність відповідно до закону за прийняття необґрунтованих рішень, скасованих Центром оцінювання функціонального стану особи.

Водночас Порядок проведення оцінювання не встановлює правових наслідків у випадку, коли рішення експертної команди оскаржується та скасовується у судовому порядку, що може свідчити про прогалину у регулюванні питань відповідальності членів команд.

Також на загальних підставах члени команд можуть нести дисциплінарну відповідальність. Спеціальних дисциплінарних комісій для членів ЕКОПФО не створено, відповідно дисциплінарні стягнення застосовуються керівництвом ЗОЗ на загальних підставах відповідно до трудового законодавства.

3.3.1. Належна фіксація процесу оцінювання та документальне підтвердження повноти й обґрунтованості рішень

Окремої уваги заслуговує судова практика щодо розгляду справ, пов'язаних із оскарженням рішень експертних команд. Відповідно до частини другої статті 77 Кодексу адміністративного судочинства України у справах про протиправність рішень, дій чи бездіяльності суб'єкта владних повноважень обов'язок доведення правомірності рішення покладається

ся саме на відповідача. Це означає, що у випадку, коли пацієнт стверджує про неповноту дослідження медичної документації, а експертна команда не має належних доказів протилежного, презюмується правота пацієнта. Таким чином, тягар доказування фактичних обставин покладається на ЗОЗ, у межах якого функціонує ЕКОПФО, а відтак і на членів команди. Це обумовлює необхідність належної фіксації процесу оцінювання та збереження документальних підтверджень повноти і обґрунтованості прийнятого рішення.

В якості довгострокового рішення доцільним є закріплення на законодавчому рівні обов'язку зазначати у протоколі або рішенні експертної команди вичерпного переліку досліджених матеріалів. Такий підхід забезпечить належний рівень фіксації доказової бази та унеможливить виникнення сумнівів щодо повноти та обґрунтованості рішень.

3.3.2. Психологічне навантаження лікарів ЕКОПФО

Окремої уваги потребує питання підвищеного нервово-емоційного навантаження лікарів, які працюють у складі ЕКОПФО. Специфіка їхньої діяльності зумовлена двома факторами:

- постійною роботою з людьми, які перебувають у складній життєвій ситуації, спричиненій станом здоров'я та необхідністю проходження ОПФО;
- необхідністю приймати рішення в умовах підвищеного психологічного тиску.

Такі лікарі частіше стикаються з вербальною агресією та демонструють ознаки емоційного вигорання, що вимагає впровадження цілеспрямованих заходів підтримки.

Враховуючи підвищене психоемоційне навантаження у роботі таких лікарів, логічним було б очікувати відповідних механізмів у системі захисту прав медичних працівників. Однак діюче законодавство не враховує цієї специфіки. Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 17.11.1997 № 1290 «Про затвердження Списків виробництв, робіт, цехів, професій і посад, зайнятість працівників в яких дає право на щорічні додаткові відпустки за роботу із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці», лікарі, що працюють в ЗОЗ загалом мають право на додаткові щорічні відпустки тривалістю 7 календарних днів, однак ця постанова не містить спеціальних пільг саме для лікарів ЕКОПФО. Фактично, лікар ЕКОПФО формально прирівнюється до інших лікарів, які не беруть участь у роботі ЕКОПФО, і має право на таку саму тривалість додаткової відпустки.

Відсутність спеціального підходу до компенсації підвищеного нервово-емоційного навантаження створює низку негативних наслідків:

- **Зниження мотивації**

Лікарі не відчують адекватного визнання складності їхньої роботи з боку держави, що знижує бажання добровільно вступати до складу експертних команд і тривало в ній залишатися.

- **Поглиблення кадрового дефіциту**

Високе навантаження без відповідних компенсацій робить посаду менш привабливою, особливо в умовах загального дефіциту лікарських кадрів.

- **Ризик професійного вигорання**

Відсутність додаткового відпочинку для психологічного відновлення підвищує ймовірність втоми та зниження якості роботи.

З огляду на викладене, для забезпечення стабільності роботи експертних команд та визнання особливих умов праці їх членів, доцільно внести зміни до постанови КМУ № 1290 та передбачити для лікарів ЕКОПФО підвищений розмір додаткової щорічної відпустки.

Таке рішення не лише справедливо компенсує підвищене нервово-емоційне навантаження, але й виступатиме важливим стимулом для залучення та утримання кваліфікованих фахівців в системі ОПФО.

«Психологічний фактор - дуже сильний. Розумієте, люди іноді просто просять встановити групу, коли немає за що. Ми ж дивимось на функцію, на критерії. Чесно, морально це дуже великий тиск. Пацієнти дуже важко реагують, сваряться, кричать — емоційний фактор дуже складний.»

З інтерв'ю з лікарем, членом ЕКОПФО

3.4. Рекомендації для ЗОЗ щодо побудови системи мотивації лікарів експертних команд

Дієва система оплати праці є одним з ключових факторів, що впливає на ефективність роботи трудового колективу. Не виключенням ця теза є й для експертних команд ОПФО. Система оплати праці має бути спрямована на:

- заохочення працівників до якісного та своєчасного виконання своїх обов'язків;
- збереження та утримання кваліфікованих кадрів;
- підтримку командної роботи та співпраці.

Поширеною практикою у ЗОЗ є застосування систем оплати праці, які не містять чітко визначених критеріїв заохочення працівників. Такі системи у більшості випадків є непрозорими для працівників та характеризуються значною залежністю розміру оплати від «ручного» рішення керівника ЗОЗ, що знижує мотиваційний ефект та не сприяє ефективному стимулюванню членів експертних команд ОПФО.

Відповідно до статті 97 Кодексу законів про працю України система оплати праці, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій мають бути затверджені у колективному договорі.

3.4.1. Зміни до колективного договору

Якщо діюча система фінансового стимулювання членів ЕКОПФО в ЗОЗ не пристосована до специфіки роботи експертних команд та умов оплати від НСЗУ, її зміна потребуватиме внесення відповідних змін до колективного договору.

Алгоритм внесення змін до колективного договору

- а. Сторона, яка ініціювала зміни до колективного договору, повідомляє про початок переговорів іншу сторону. Остання зобов'язана протягом семи днів розпочати обговорення.
- б. Створюється робоча комісія, яка складається з представників обох сторін. Персональний склад цієї комісії може бути затверджений наказом керівника закладу про початок колективних переговорів.
- в. Робоча комісія, враховуючи пропозиції представників обох сторін, готує проєкт змін до колективного договору.
- г. Робоча комісія затверджує розроблений проєкт колективного договору і приймає рі-

шення про винесення його на розгляд трудового колективу. Рішення комісії оформлюється протоколом, до якого додається підготовлений документ для розгляду трудовим колективом.

е. Затвердження проекту змін до колективного договору на загальних зборах (конференції) трудового колективу підприємства.

ф. Підписання змін до колективного договору сторонами та подання змін на повідомну реєстрацію.

3.4.2. Моделі фінансового стимулювання членів ЕКОПФО

Залежно від моделей організації роботи членів експертних команд підхід до фінансового стимулювання членів ЕКОПФО може відрізнятися.

Типово для більшості ЗОЗ робота в експертних командах ОПФО здійснюється як додаткова функція до основних обов'язків у стаціонарі або поліклініці.

У такому випадку оптимальним є використання механізму преміювання, як найбільш гнучкого з наявних механізмів. При цьому для побудови сталого та прозорого механізму стимулювання працівників доцільним є використання **періодичного преміювання** з мінімальною залежністю розміру оплати від рішення керівника ЗОЗ та з чіткими правилами отримання премії за роботу в команді. Водночас можливі й інші моделі організації оплати за виконання додаткових обов'язків у команді, які не обов'язково передбачають періодичне преміювання (детальніше див. Модель №4).

З урахуванням вищезазначеного наводимо наступні моделі фінансового стимулювання, що можуть бути використані ЗОЗ.

Модель 1. Оплата за прийняте рішення

У положенні про преміювання, яке є додатком до колективного договору, або безпосередньо в колективному договорі закріплюється періодичне преміювання працівників за результатами місяця залежно від кількості прийнятих рішень членом ЕКОПФО.

За кожне прийняте експертною командою рішення ЗОЗ отримує 1847,2 гривні.

Ця сума може розподілятися між працівниками за фіксованою шкалою:

- головуєчий – 20% від суми, встановленої НСЗУ;
- інші члени команди – 10%;
- адміністратор – 5%;
- допоміжні спеціалісти, залучені до розгляду справ, – залежно від рівня залученості;

Такий підхід забезпечує прозорість і зрозумілу логіку: одна справа = визначена винагорода, яка розподіляється відповідно до заздалегідь затверджених правил.

Переваги:

- проста у впровадженні;
- стимулює членів команд до більшої продуктивності, що, у свою чергу, позитивним чином впливатиме на оперативність розгляду справ та дотримання строків їх розгляду та збільшення загальних надходжень ЗОЗ.

Недоліки:

- без додаткових критеріїв не завжди відобразатиме різницю у складності розглянутих справ;
- може стимулювати поверхневність та зниження якості розгляду справ, оскільки працівники зацікавлені зробити більше справ за менший час. Для пом'якшення цього ризику модель може бути доповнена індикаторами якості та запобіжниками щодо депреміювання або зменшення розміру премії у разі прийняття рішень, які, були скасовані або змінені в результаті проведення перевірки обґрунтованості чи їх оскарження.

«Після того як ввели оплату за кожну розглянуту справу, лікарі ЕКОПФО отримують одну з найвищих зарплат у нашому закладі».

З інтерв'ю з представником адміністрації ЗОЗ відповідального за організацію процесу ОПФО

Модель 2. Оплата за кількість відпрацьованих годин

У положенні про преміювання, яке є додатком до колективного договору, або безпосередньо в колективному договорі закріплюється періодичне преміювання працівників за результатами місяця залежно від кількості відпрацьованих ними годин у складі ЕКОПФО.

За роботу над конкретною справою кожен учасник команди отримує оплату, виходячи з кількості фактично відпрацьованих годин. Для цього встановлюється єдиний розмір оплати години, відповідно до якого розраховується розмір премії кожного учасника.

Такий підхід забезпечує прозорість і простоту розрахунків, а також дозволяє легко масштабувати модель.

Переваги:

- проста та зрозуміла схема, яку легко пояснити працівникам;
- винагороджує фактично витрачений час, і, на відміну від першої моделі, може враховувати різницю в обсягах витраченого часу між різними за складністю випадками та профілями захворювань.

Недоліки:

- потребує ретельного та регулярного обліку відпрацьованих годин ЕКОПФО;
- не стимулює членів команд до більшої продуктивності та оперативності у розгляді. Існує ризик розтягування процесу – працівники можуть бути зацікавлені у більшій кількості годин, а не у швидкому виконанні;
- важче контролювати якість, якщо головний акцент зроблено на часі, а не на результаті.

«У нас це залежало від годин. Поки ми навчалися, лікарі могли брати участь в експертних комісіях навіть три рази на тиждень, тому оплачували фактично відпрацьовані години. Наш відділ кадрів обраховував години, і з бухгалтерії так формувалася оплата».

З інтерв'ю з лікарем, членом ЕКОПФО

Примітка: У разі потреби Модель № 1 та Модель № 2 можуть бути модифіковані з урахуванням додаткових критеріїв, наприклад, профілю чи рівня складності справи.

Модель 3. Фонд преміювання експертних команд ОПФО з розподілом залежно від трудової участі

У положенні про преміювання, яке є додатком до колективного договору, або безпосередньо в колективному договорі закріплюється періодичне преміювання працівників за результатами місяця залежно від рівня їх трудової участі в роботі системи ОПФО в закладі та обсягу надходжень ЗОЗ за прийняті рішення командами .

ЗОЗ отримує надходження за прийняті рішення. Наприклад, за місяць 100 рішень * 1847,2 грн = ~184 тис. грн.

У колективному договорі визначається відсоток, що береться від цих надходжень та формується **фонд преміювання експертних команд**.

Розподіл між членами відбувається на основі коефіцієнтів трудової участі (КТУ).

КТУ визначається комісією з преміювання і може враховувати:

- кількість справ, у яких брав участь член команди;
- складність профілю та розглянутих справ;
- загальний рівень залученості до роботи системи ОПФО у ЗОЗ, наприклад, проведення інструктажів чи консультацій для інших колег;

Переваги:

- гнучкість;
- справедливіше врахування непрямого внеску та додаткових обставин кожного ЗОЗ.

Недоліки:

- можлива суб'єктивність у визначенні КТУ;
- потребує комісії й додаткового адміністративного ресурсу та часу для справедливого розрахунку.

Модель 4. Надбавка за складність і напруженість у роботі/разові премії

Безпосередньо в колективному договорі більшості ЗОЗ закріплено право працівників на отримання надбавки за складність і напруженість у роботі та/або разової премії у разі прийняття відповідного рішення керівником ЗОЗ.

Ця модель передбачає, що всі працівники, які беруть участь у роботі експертної команди ОПФО, отримують оплату за участь шляхом нарахування надбавки за складність і напруженість у роботі та/або разової премії.

Порядок встановлення й виплати:

- розмір надбавки та розмір разової премії визначає керівник закладу в кожному конкретному випадку залежно від рівня участі працівника (інтенсивність, складність, роль у команді);

- надбавка може бути встановлена у вигляді відсотка від посадового окладу (тарифної ставки). Разова премія – у відсотках від окладу або як фіксована сума;
- механізми можна поєднувати: працівник може одночасно отримувати надбавку (постійніше) і разові премії за досягнуті показники або за перевищення навантаження.

Переваги:

- дуже проста й швидка для впровадження;
- гнучкість – керівник регулює розмір залежно від реальної ситуації;
- може не вимагати змін до колективного договору.

Недоліки:

- значна залежність від суб'єктивного рішення керівника («ручний» підхід);
- відсутність механізмів відповідальності, якщо керівник не нарахує виплати;
- непрозорість даного підходу для працівників, що може викликати у працівників недовіру до керівництва, підозри в упередженості та демотивацію працівників;
- відсутність гарантій регулярності нарахування у працівників та відчуття нестабільності та невпевненості, що знижує довіру до самої системи мотивації.

Висновки за розділом 3:

Система ОПФО є значним кроком вперед порівняно зі старою системою. Вона має низку переваг, зокрема:

- прозоре фінансування ЕКОПФО в рамках програми медичних гарантій;
- включення практикуючих лікарів до складу експертних команд, що сприяє збереженню клінічної релевантності та якості рішень, уникненню їх відірваності від актуальних практик;
- запровадження вищих вимог до членів експертних команд, що має важливу роль у сприянні доброчесності, об'єктивності та якості роботи експертних команд.

Разом із тим аналіз виявив низку прогалин та ризиків, що можуть знизити ефективність реформ та потребують вирішення:

Розмежування компетенцій. Відсутність чітких нормативних критеріїв щодо розмежування повноважень між лікарями первинної та спеціалізованої медичної допомоги у процесі скерування на ОПФО призводить до відмов у направленні на ОПФО, необґрунтованих перенаправлень між ЗОЗ та надмірного навантаження на сімейних лікарів.

Декларативність вимоги щодо навчання. Хоча Порядком проведення ОПФО передбачено щорічний курс, його програма, критерії проходження та єдиний формат сертифікації наразі не затверджені, що створює правову невизначеність.

Загроза втрати зв'язку з реальною практикою. Практика залучення лікарів до роботи в ЕКОПФО на умовах повної зайнятості суперечить ідеям реформи й загрожує перетворенням команд на ще один бюрократичний орган, відірваний від реальної практики.

Недоліки критерію відсторонення. Запровадження абсолютного кількісного критерію (25 і більше скасованих рішень) для відсторонення лікаря може бути несправедливим до

найбільш продуктивних фахівців та дозволяти уникати відповідальності тим, у кого загальна кількість прийнятих рішень менше.

Психологічне навантаження лікарів. Лікарі, які працюють у складі ЕКОПФО, зазнають значного психоемоційного навантаження та ризику професійного вигорання, однак чинне законодавство не передбачає для них жодних додаткових гарантій чи компенсацій порівняно з іншими лікарями.

Дисбаланси системи фінансування. Відсутність додаткових механізмів фінансування для закладів охорони здоров'я, лікарі яких здійснюють направлення, не компенсує значні часові витрати та збільшене навантаження, яке лікарі виконують часто у позаробочий час, що веде до демотивації та погіршення доступності інших послуг.

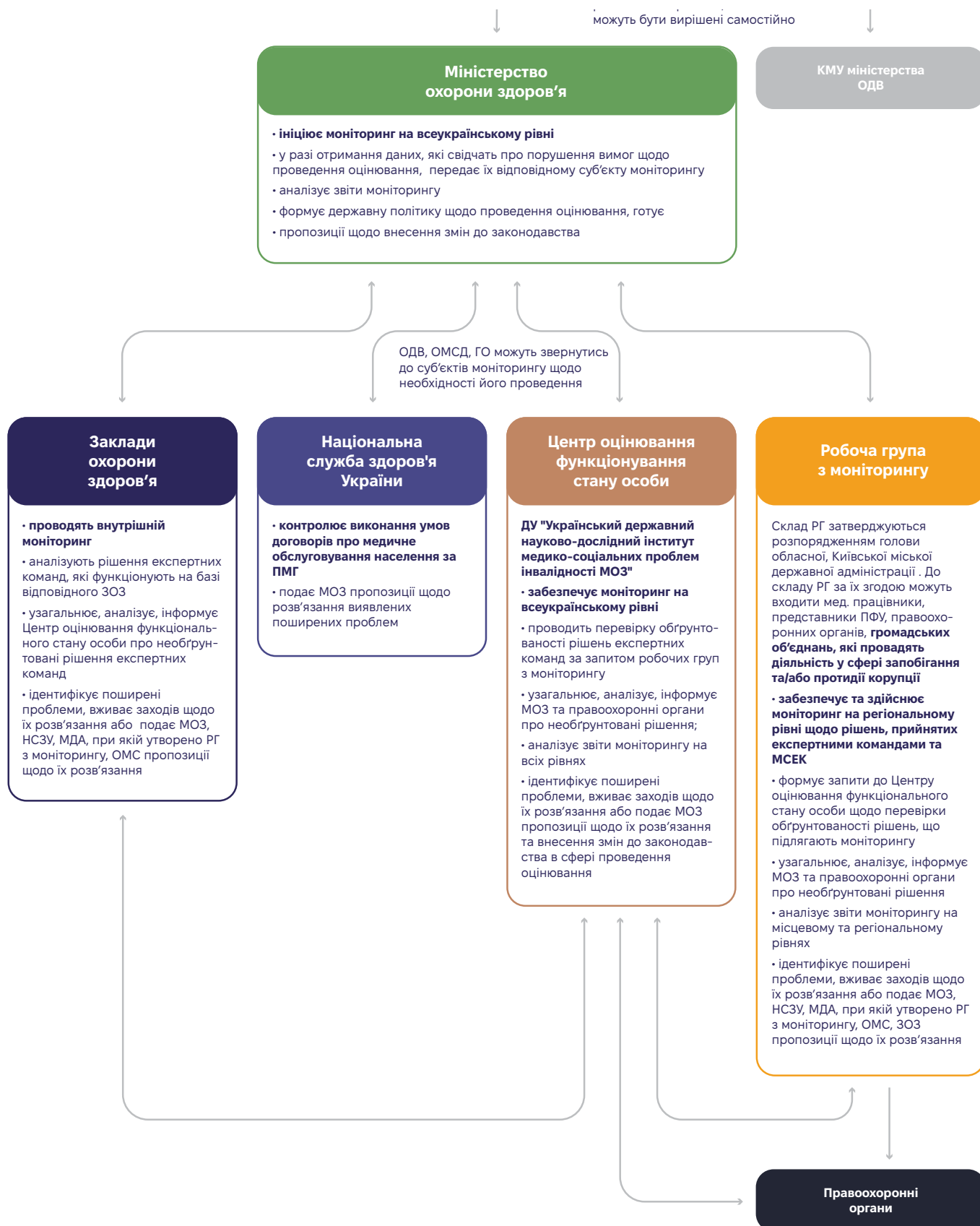
Також оплата ЗОЗ, у яких сформовані експертні команди, за кількість прийнятих рішень стимулює швидкість, але не враховує складність справ, що може ставити ЗОЗ та експертні команди, які обслуговують більше складних пацієнтів, у не вигідне становище через меншу кількість ухвалених рішень.

Ризики скасування рішень через недоліки фіксації. Відсутність обов'язкової детальної фіксації переліку досліджених матеріалів у рішенні підвищує ризик їх скасування та ускладнює захист позиції ЗОЗ в суді.

На основі проведеного аналізу для подальшого вдосконалення системи ОПФО пропонується низка конкретних рекомендацій:

- деталізувати критерії розмежування компетенцій лікарів при скеруванні на ОПФО;
- розробити та затвердити до кінця року щорічний навчальний курс, обов'язковий для проходження лікарями-членами ЕКОПФО;
- ввести нормативний ліміт участі лікаря в роботі ЕКОПФО (наприклад, у відсотках від ставки) для збереження клінічної практики;
- вдосконалити критерій відсторонення, поєднавши абсолютні та відносні показники якості рішень;
- розробити додатковий механізм фінансування для ЗОЗ за оформлення направлень на ОПФО;
- запровадити для ЕКОПФО диференційовані коефіцієнти оплати за складністю справ та/або систему бонусів за якісні показники;
- закріпити обов'язок фіксувати у рішенні ЕКОПФО перелік досліджених матеріалів;
- внести зміни до постанови КМУ № 1290, встановивши для лікарів ЕКОПФО підвищену тривалість додаткової щорічної відпустки як механізм компенсації підвищеного нервово-емоційного навантаження.
- **на рівні ЗОЗ** активно впроваджувати прозорі та справедливі моделі фінансового стимулювання членів ЕКОПФО шляхом внесення змін до колективних договорів. Для цього можуть бути використані практичні рекомендації для ЗОЗ щодо побудови системи мотивації членів ЕКОПФО, розроблені в рамках дослідження. Такі заходи створять умови для того, щоб кошти, які надходять ЗОЗ за розглянуті справи, доходили до лікарів, а система мотивації водночас стимулювала продуктивність та якість роботи експертних команд та сприяла долученню нових лікарів до роботи команд.

Додаток 1.



Додаток 2.

