



Національна Асамблея
людей з інвалідністю України

Всеукраїнське
громадське
об'єднання



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО
ФУНКЦІОНУВАННЯ: РЕЗУЛЬТАТИ
ВПРОВАДЖЕННЯ

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ: РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

березень, 2026 р.

Упорядники:
Юлія Найда,
Павло Ждан.

Верстка та дизайн:
Павло Резніков.

Метою цього звіту є аналіз практичного досвіду проходження оцінювання повсякденного функціонування крізь призму безпосередніх осіб, що пройшли відповідну процедуру, та членів їхніх сімей. Дослідження спрямоване не на критику окремих інституцій, а на виявлення системних прогалин та зон розвитку, усунення яких забезпечуватиме подальше вдосконалення реформи медико-соціальної експертизи та відповідність її Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Зміст

Вступ.....	3
Розділ 1. Загальна інформація	5
Розділ 2. Направлення на оцінювання повсякденного функціонування.....	7
Розділ 3. Проходження оцінювання повсякденного функціонування.....	11
Розділ 4. Результат оцінювання та рекомендації.....	16
Розділ 5. Оскарження рішень	19
Резюме та узагальнені висновки	20



Вступ

Оцінювання повсякденного функціонування є ключовим елементом системної трансформації медико-соціальної експертизи в Україні та базовим інструментом реалізації прав осіб з інвалідністю. Нормативне підґрунтя цієї реформи, закладене Законом України від 19 грудня 2024 р. № 4170-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи», постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» та наказом МОЗ України від 10 грудня 2024 р. № 2067 «Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи», закріпило відмову від застарілої, бюрократизованої системи медико-соціальної експертизи та перехід до нової більш сучасної моделі оцінювання.

За офіційними даними, система з 01 січня 2025 року перейшла від паперового обігу до цифровізації процесів; сформовано мережу із 303 закладів охорони здоров'я та 1 377 експертних команд, до роботи в яких залучено понад 7 тисяч лікарів. В електронну систему оцінювання повсякденного функціонування особи внесено понад 580 тисяч справ, а середній термін очікування рішення скоротився з понад 30 днів до менш ніж 19 днів. Усі справи ведуться в електронній системі, за рік не зафіксовано випадків втрати документів; кожен крок – від направлення до рішення – відстежується.

Запровадження електронної інформаційної взаємодії між інформаційно-комунікаційними системами МОЗ, Мінсоцполітики, Пенсійним фондом та Міноборони мало на меті прибрати застарілі механізми передачі інформації про інвалідність у паперовому вигляді між закладами охорони здоров'я та різними органами влади, зробивши процес обміну цими даними, отримання статусу та послуг більш прозорим і швидким.

Реформа системи медико-соціальної експертизи в Україні відбувається в умовах повномасштабної війни та екстремальних викликів:

- ✓ Різке зростання кількості осіб з інвалідністю, зокрема внаслідок важких поранень, мінно-вибухових травм та ампутацій, що створює колосальне навантаження на систему охорони здоров'я.
- ✓ Кадровий дефіцит, відтік кадрів, відсутність належної системи підготовки.
- ✓ Нерівномірне територіальне створення експертних команд для проведення оцінювання функціонування.
- ✓ Недостатнє фінансування впровадження оцінювання повсякденного функціонування.

У цьому контексті самі лише кількісні показники швидкості розгляду справ не можуть бути єдиним критерієм успіху реформи.

Ключовими індикаторами ефективності оцінювання повсякденного функціонування є зрозумілість, незабюрократизованість, прозорість і доступність усієї процедури для осіб, які проходять таке оцінювання.



Відтак критично важливим є поєднання адміністративного погляду на реформу з регулярним отриманням зворотного зв'язку від безпосередніх користувачів послуг. Досвід людей, які проходять процедуру оцінювання повсякденного функціонування, дозволяє побачити те, що залишається «поза кадром» офіційної статистики: реальне ставлення персоналу, архітектурну доступність закладів, зрозумілість маршруту пацієнта та об'єктивність прийнятих рішень.

Метою цього звіту є аналіз практичного досвіду проходження оцінювання повсякденного функціонування крізь призму безпосередніх осіб, що пройшли відповідну процедуру, та членів їхніх сімей. Дослідження спрямоване не на критику окремих інституцій, а на виявлення системних прогалин та зон розвитку, усунення яких забезпечуватиме подальше вдосконалення реформи медико-соціальної експертизи та відповідність її Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.



Розділ 1.

Загальна інформація

Дослідження проведено у формі Google опитування, що дозволило зібрати дані про досвід проходження людьми оцінювання повсякденного функціонування.

Анкета складалася з тематичних блоків:

- ✓ соціально-демографічні характеристики респондентів;
- ✓ досвід направлення на оцінювання повсякденного функціонування;
- ✓ досвід проходження оцінювання;
- ✓ оцінка доступності, комунікації та організації процесу;
- ✓ сприйняття результатів оцінювання та рекомендацій;
- ✓ досвід та поінформованість щодо процедури оскарження.

Географія опитування охоплює різні області України та включає як міські, так і сільські території, що дає змогу врахувати регіональні відмінності в організації та доступності процедури:

- ✓ **100 осіб** – особи з інвалідністю, які проходили оцінювання повсякденного функціонування особисто;
- ✓ **50 осіб** – повнолітні члени сімей, які представляли інтереси особи з інвалідністю або супроводжували її під час процедури.

Серед осіб з інвалідністю, яких стосувалося дане опитування, **56,0 % становлять жінки, 44,0 % – чоловіки.** Такий розподіл відповідає загальній тенденції більш активної участі жінок у соціальних опитуваннях і водночас забезпечує суттєве представництво чоловіків.

Віковий склад осіб з інвалідністю, яких стосувалося дане опитування, охоплює широкий діапазон – від молодих дорослих до осіб старшого віку, що дає можливість врахувати різні життєві контексти та потреби у процесі оцінювання повсякденного функціонування. Найбільшу групу становлять люди середнього віку





(більше половини опитаних). Загалом віковий розподіл осіб з інвалідністю виглядає таким чином:

- ✓ 36 – 60 років: **83 особи (55,3 %)**;
- ✓ 18 – 35 років: **54 особи (36,0 %)**;
- ✓ 61 рік і старше: **13 осіб (8,7 %)**.

Значна частина респондентів проживає у міських громадах, водночас дослідження також охоплює мешканців сільських територій. Зокрема, **110 осіб** з інвалідністю проживають у містах, а **40 осіб** – у сільській місцевості. Це є важливим з огляду на потенційні відмінності в доступі до закладів охорони здоров'я, транспорту та допоміжних сервісів.



Частина респондентів (**7 осіб, або 4,7 %**) зазначила досвід внутрішнього переміщення, що додатково впливає на складність навігації у системі та потребу у чітких і доступних процедурах.

Респонденти повідомили про різні типи порушень, серед яких:

- ✓ порушення опорно-рухового апарату (**123 особи, або 82,0 %**);
- ✓ психосоціальні та неврологічні порушення (**13 осіб, або 8,7 %**);
- ✓ сенсорні порушення зору, слуху (**11 осіб, або 7,3 %**);
- ✓ інтелектуальні порушення (**3 особи, або 2,0 %**).

Результати дослідження відображають суб'єктивний досвід респондентів і не претендують на повну статистичну репрезентативність на національному рівні. Водночас отримані дані є цінними для виявлення позитивного досвіду та типових прогалин упровадження оцінювання повсякденного функціонування з погляду користувачів та членів їх сімей.





Розділ 2.

Направлення на оцінювання повсякденного функціонування

Етап направлення на оцінювання повсякденного функціонування є першою точкою контакту людини з процедурою та має істотний вплив на подальше сприйняття всієї системи. Саме на цьому етапі формується первинне розуміння доступності, логіки процесу та ролі різних суб'єктів у його реалізації.

Закон України від 19 грудня 2024 року № 4170-IX. Направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи за згодою особи може здійснювати лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги, лікуючий лікар закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги, або голова військово-лікарської (лікарсько-експертної), медичної (військово-лікарської) комісії, у тому числі в електронній формі за допомогою електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи після початку її функціонування.

Результати опитування свідчать, що у більшості випадків направлення на оцінювання здійснюється через систему охорони здоров'я. Зокрема, **57,3 %** осіб отримали направлення від лікуючого лікаря, **40,0 %** – від сімейного лікаря, і лише **2,7 %** – через інші механізми.



РЕСПОНДЕНТ ІЗ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Я готувався до подання ще з січня... Повністю вичитав постанову 1338, наказ 420 та інші документи. Процес подання та оцінювання пройшли добре».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КІЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Дуже довго встановлювали, хто із лікарів повинен нам давати направлення і збирати пакет документів. Це тривало майже три місяці».



РЕСПОНДЕНТКА З ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Мені постійно упродовж 8 місяців відмовляли надавати направлення. Поки я самостійно не домовилась із директором лікарні, в якій працюють сімейні лікарі. А там сімейний лікар мені надав направлення. Через два тижні я пройшла комісію, і того ж дня мені надали відповідь комісії».

РЕСПОНДЕНТКА З СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Сімейний лікар відправила не всі документи. Лікарня, яка прийняла документи, не повідомила сина взагалі, що вона їх прийняла... Я, мама, дзвонила до них, бо минуло вже два тижні... Мені відповіли, що невідомо коли буде відповідь, бо у пріоритеті військові».

РЕСПОНДЕНТКА З ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Лікуючий лікар вимагав той самий пакет документів, що і раніше на МСЕК, хоча на гарячій лінії сказали, що достатньо історії хвороби. Я проходила дослідження, до яких потрібно було добиратися за 150 км, а по суті вони були не потрібні, бо діагноз уже встановлений 7 років тому».

Значна частина респондентів зазначала труднощі, пов'язані з навігацією на цьому етапі.

30,7 % опитаних повідомили, що їм було складно зрозуміти, **до якого саме лікаря необхідно звертатися** для отримання направлення.

⚠ ВАЖЛИВО! Саме на **етапі направлення** важливо мінімізувати невизначеність і чіткий алгоритм дій, забезпечивши інформацією у доступних форматах.



Наступним етапом оцінювання є вибір дати проведення оцінювання, команди з оцінювання та вибір форми проведення, можливість залучення уповноваженого представника особи (зокрема, адвоката, законного представника, представника за довіреністю, залученого лікаря, фахівця з реабілітації у сфері охорони здоров'я, соціального працівника, фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб).



Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338:

- електронне направлення формується та надсилається до закладу охорони здоров'я, в якому проводиться оцінювання, з урахуванням його завантаженості, а також побажань особи, щодо якої формується направлення, з приводу територіальної доступності в електронній формі за допомогою засобів електронної системи;
- експертна команда з оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – експертна команда) проводить розгляд справ за такими формами:
 - 1) очно, за участю особи в закладі охорони здоров'я, в якому утворена експертна команда;
 - 2) заочно, без особистої участі особи;
 - 3) із використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультації);
 - 4) за місцем перебування / лікування особи;
- під час проведення очного, виїзного за місцем перебування / лікування особи або з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультації) розгляду справи з проведення оцінювання повсякденного функціонування особи експертною командою за заявою особи, щодо якої він здійснюється, поданою в електронній (у разі технічної можливості) або паперовій формі, можуть бути присутні: лікар, який направив особу на проведення оцінювання, зокрема з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультації); уповноважений представник особи (зокрема, адвокат, законний представник, представник за довіреністю, залучений лікар, фахівець із реабілітації у сфері охорони здоров'я, соціальний працівник, фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб).

Респонденти зазначили, що:

- ✓ можливість обрати дату оцінювання пропонувалася у **10,0 %** випадків;
- ✓ можливість обрати експертну команду – у **18,0 %** випадків;
- ✓ можливість обрати форму оцінювання (очну, заочну, виїзну, дистанційну) – у **21,3 %** випадків;
- ✓ інформацію про можливість залучення фахівця супроводу отримали лише **11,3 %** респондентів.

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

 *Дозволити проводити відеозапис оцінювання. Дозволити долучати лікуючого лікаря до центрів оцінювання (хоча б по відеозв'язку), бо лікарі в команді не знають пацієнта так, як лікуючий».*



РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИЄВА:

« На жаль, дорослі та дитячі невропатологи дуже відрізняються розумінням захворювань з дитинства (ДЦП). Тому є важливим залучення дитячих невропатологів для оцінювання пацієнтів із інвалідністю з дитинства. Не пустили маму. Взагалі не врахували і не вписали супутні діагнози. Навіть не роздягали, не дивились, як функціонує рука, нога (односторонній геміпарез)».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Голова комісії була від початку налаштована негативно, спілкування як на допиті, почуваєшся звинувачуваним. Тон спілкування дуже грубий і принизливий. Проте вирішити ситуацію ніяк не можливо, бо доказів такої поведінки немає. Варто зробити відеозапис засідань комісії обов'язковим для усіх. Як на іспиті для водіїв. Це знизить корупційні ризики та значно підвищить ефективність роботи комісій».

Серед чоловіків-респондентів **81,5 %** зазначили, що під час направлення на оцінювання від них вимагали військово-облікові документи.

В умовах воєнного стану така практика має об'єктивні підстави, однак результати опитування підкреслюють важливість **чіткого та коректного пояснення лікарями необов'язкової наявності таких документів для отримання направлення на оцінювання повсякденного функціонування.**



Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338: електронне направлення повинне містити таку інформацію про особу, яка направляється на проведення оцінювання, зокрема, військово-обліковий документ для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної дільниці **(у разі подання таких документів особою)** – для чоловіків віком від 18 до 60 років.



Розділ 3.

Проходження оцінювання повсякденного функціонування

|| Наступним етапом в процедурі оцінювання є розгляд експертною командою справ.

Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338: експертна команда з оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – експертна команда) проводить розгляд справ за такими формами:

- 1) очно, за участю особи в закладі охорони здоров'я, в якому утворена експертна команда;
- 2) заочно, без особистої участі особи;
- 3) із використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультації);
- 4) за місцем перебування / лікування особи.

Результати опитування свідчать, що процедура оцінювання повсякденного функціонування у більшості випадків відбувається в очному форматі. Зокрема:

- ✓ **88,3 %** осіб проходили оцінювання очно;
- ✓ **6,7 %** – у заочному форматі;
- ✓ **2,9 %** – у виїзному форматі;
- ✓ **2,1 %** – у дистанційному форматі.

Важливим індикатором ефективності та передбачуваності системи є тривалість процесу – з дня прийняття закладом охорони здоров'я електронного направлення до отримання рішення.



Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338:

- розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів з дня прийняття закладом охорони здоров'я електронного направлення до розгляду, крім виникнення надзвичайних та невідворотних обставин, що об'єктивно унеможливають розгляд справи в установлені строки; ▶



- у разі проведення повторного оцінювання експертна команда може зробити запит на отримання справи медико-соціальної експертизи або отримати доступ до результатів попередніх оцінювань, що містяться в електронній системі. Розгляд справи зупиняється на строк, необхідний для отримання доступу до справи;
- у разі виникнення необхідності у проведенні додаткового обстеження розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів після завершення такого обстеження;
- рішення приймаються експертною командою в день розгляду справи, крім випадків необхідності проведення додаткового обстеження, неявки особи на проведення оцінювання або зміни складу експертної команди.

За результатами опитування:

- ✓ **52,0 %** респондентів отримали рішення протягом 30 днів;
- ✓ **22,0 %** – у проміжку 31–60 днів;
- ✓ **26,0 %** очікували рішення понад 61 день, з яких **9,3 %** – понад 150 днів.



РЕСПОНДЕНТКА З ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«Документи подали вчасно, а комісія тягне час: я подавала у вересні, 6 числа, а комісія – 25 листопада. Через це скасували пенсію, тепер чекати до січня на виплату, а жити й лікуватися потрібно вже зараз».

Оцінка зрозумілості алгоритму дій під час проходження оцінювання показує, що:

- ✓ **68,7 %** респондентів вважають маршрут повністю або переважно зрозумілим;
- ✓ **31,3 %** – переважно або повністю незрозумілим.



Як свідчить опитування, для багатьох користувачів є комунікація з лікарями та фахівцями експертних команд, які проводять оцінювання. Незрозумілість для користувачів процедури оцінювання, стресовість ситуації, особливо при первинному оцінюванні, можуть призвести до різкого погіршення психоемоційного стану користувачів, тому комунікація та взаємодія з фахівцями оцінювання є важливим елементом якості надання послуг. Середні значення відповідей свідчать про помірно позитивне сприйняття (за 5-ти бальною шкалою):



- ✓ коректність та неупередженість спілкування – **3,47 із 5 балів**;
- ✓ врахування думки та наданих документів – **3,16 із 5 балів**;
- ✓ зрозумілість пояснення процедур – **2,95 із 5 балів**.



РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«Щоб лікарі були більш коректними. Якщо в людини діагноз з психіатрії, то не ввічливо казати батькам, що така (повнолітня) дитина не потребує реабілітації і що вона не має права на освіту».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«На розгляд медичних документів і діагнозу було виділено комісією лише 5 хвилин. Зовсім не було враховано, що стан мого сина за останні 2 роки погіршився... Це просто повний треш, які спеціалісти виносять рішення!».

РЕСПОНДЕНТКА З СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«Лікарі некомпетентні, вони зовсім не розумілися на орфанному захворюванні фенілкетонурія. Я готова назвати ПІБ лікарів для перевірки їх компетентності, а точніше некомпетентності».

Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338:

- під час проведення оцінювання за рішенням експертної команди до справи можуть долучатися документи, надані особою, оцінювання якої проводиться, що не були подані разом із направленням, але стосуються відповідної справи;
- під час оцінювання відео-, аудіофіксація розгляду справи повинна здійснюватися без створення перешкод у проведенні оцінювання та з дотриманням особистих немайнових прав осіб, які беруть участь у проведенні оцінювання, із виявленням тактовності, ввічливості, витримки та поваги.



РЕСПОНДЕНТКА ІЗ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Було упереджене ставлення до мене... Завалили некоректними питаннями. І на папері «зробили» здоровою... Повна байдужість членів комісії! Жахлива комісія за всі мої роки проходження оцінювання. Спеціально так роблять, аби забирати групи».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Постійно лікарі запитували: «Навіщо нам це?». І взагалі ми не відчували підтримки, а тільки й чули від лікаря, що у нього багато роботи і не вистачає часу на заповнення документів».

РЕСПОНДЕНТКА ІЗ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« У чоловіка лімфома ходжкіна, цукровий діабет, серцеві захворювання. Група інвалідності третя, яку зняли! Некоректне поводження експертної команди, ненадання належної інформації щодо прийнятого комісією рішення, все потрібно було шукати самому, позаяк лікуючий лікар був у відпустці. Експертна ж команда відповіла – як вийде з відпустки, то й скаже. А сюди прийдете, як знову братимете хімію».

Забезпечення фізичної доступності приміщень закладів охорони здоров'я та доступність транспортних послуг є складовою процесу оцінювання і важливою умовою отримання якісних послуг для користувачів.

Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338:

- для проведення засідань експертних команд рекомендовано використовувати приміщення, розташоване на першому поверсі, а в разі наявності працюючих ліфтів – додатково на інших поверхах;
- біля приміщення для проведення очного розгляду повинні розміщуватися у достатній кількості меблі (дивани, стільці тощо) для очікування;
- приміщення мають бути забезпечені інклюзивним доступом та умовами для перебування особи та її представників для очного розгляду справ, а також санітарно-гігієнічними кімнатами для відвідувачів (обов'язково на одному поверсі з приміщенням для очного розгляду) та відповідати державним будівельним нормам В.2.2 – 40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення».

Результати опитування демонструють неоднорідну картину доступності:

- ✓ **82,7 %** зазначили, що приміщення було архітектурно доступним;
- ✓ **54,7 %** мали доступ до інклюзивного туалету на тому ж поверсі;
- ✓ **35,3 %** оцінили громадський транспорт до місця оцінювання, як доступний.



РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИЄВА:

 *Врахувати складність транспортних розв'язок і призначати місце прийому комісії в доступному місці».*

РЕСПОНДЕНТКА З ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

 *У моєму місті немає фахівця відповідного, тож довелося їхати більш ніж за 100 км на оцінювання. Від подання документів до комісії я очікувала більше місяця».*

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИЄВА:

 *Хоча був вибір, де проходити оцінювання, але доступність транспорту для осіб з обмеженою рухливістю є низькою, шлях від транспорту до лікарні, де проводять оцінювання, так само не завжди близький».*



Розділ 4.

Результат оцінювання та рекомендації

Результат оцінювання повсякденного функціонування є ключовим підсумком усієї процедури та безпосередньо впливає на подальшу взаємодію людини з системами охорони здоров'я, соціального захисту та реабілітації. Саме на цьому етапі очікується не лише формальне рішення, а й зрозуміле пояснення логіки оцінювання та його наслідків.

За результатами опитування:

- ✓ **41,3 %** респондентів зазначили, що переважно або повністю згодні з результатами оцінювання;
- ✓ **44,0 %** – переважно або повністю не згодні;
- ✓ **14,7 %** – нейтральна позиція.



РЕСПОНДЕНТКА З ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Голова комісії не лише не взяла до уваги погіршення стану здоров'я мого сина, ще й призначила не ті катетери (фолея) і в кількості 6 штук на місяць».

РЕСПОНДЕНТКА З КИЄВА:

« У 20 років проходила комісію ЕКОПФО, де була визнана повністю здоровою. Хоча є погіршення. Комісія взагалі не розглядала медичні документи. Написала скаргу – чекаю рішення з Дніпра».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Експертна комісія в психлікарні поставилася зверхньо і дала неправильну групу інвалідності».



Однією з ключових умов сприйняття результатів як справедливих є зрозумілість критеріїв та процедур, за якими ухвалюється рішення. За 5-ти бальною шкалою щодо того, наскільки чітко були пояснені механізми та процедури оцінювання, середній бал становить **2,95 із 5 балів**.



РЕСПОНДЕНТ ІЗ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«**М**оїй дитині понизили групу інвалідності (з 2-ї на 3-тю), незважаючи на стійкі та незворотні зміни, прогресуюча форма. У дитини два сенсоневральних порушення: глибока форма нейросенсорної приглуховатості 5 ступеню + міопія)»

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИЄВА:

«**В**загалі не врахували і не вписали супутні діагнози. Навіть не роздягали, не дивились, як функціонує рука, нога (у мене односторонній геміпарез)».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«**Н**а комісії мали бути присутніми чотири лікарі... Нікого не було, крім невролога. Вона не представилася... Оглянула сина та сказала зачекати в коридорі, поки прийде ендокринолог. Ми чекали годину, лікар так і не з'явився. Зрештою нам винесли висновок із купою помилок».

Оцінювання повсякденного функціонування має надавати чіткі рекомендації щодо визначення потреб особи з інвалідністю:

- у соціальних послугах і соціальній реабілітації – відповідно до законів України «Про соціальні послуги» та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»;
- в освіті та професійній реабілітації – відповідно до законів України «Про освіту» та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»;
- у працевлаштуванні та трудовій реабілітації – відповідно до законів України «Про зайнятість населення» та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»;
- у фізкультурно-спортивній реабілітації – відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».



Результати опитування показують, що в індивідуальних програмах реабілітації:

- ✓ **35,9 %** осіб отримали повні рекомендації;
- ✓ **40,0 %** осіб отримали часткові рекомендації;
- ✓ **24,1 %** зазначили, що не отримали жодних рекомендацій.



Серед користувачів, які отримали рекомендації в індивідуальних програмах реабілітації:

- ✓ **15,9 %** повністю згодні з ними;
- ✓ **29,0 %** зазначили, що швидше згодні з ними;
- ✓ **23,4 %** – нейтральна позиція або помірна незгода.
- ✓ **31,7 %** – критична позиція.



РЕСПОНДЕНТ ІЗ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Практично відсутні рекомендації щодо підтримки, роботи. Рекомендація щодо трудової діяльності фактично забороняє роботу за спеціальністю. Немає рекомендацій щодо санаторно-курортного лікування».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Хворий з плегією верхньої та нижньої кінцівки. Було відмовлено в засобах реабілітації та надання групи інвалідності, хоча пацієнт потребує постійного догляду».

РЕСПОНДЕНТ ІЗ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

« Виражений ступінь до пересування, відмова змінити код милиць, відмова у засобі для пересування, порушення ст. 7 при ампутації кінцівки або її частини, хто із захистом Батьківщини має право на підвищення групи. Крім того, не реагування на зміну ІПР, щоб мати можливість на облаштування робочого місця та перекваліфікацію. Оскарження не допомогло, взагалі будь-якої реакції на запит щодо оскарження».



Розділ 5.

Оскарження рішень

Рішення експертних команд або медико-соціальних експертних комісій можуть бути оскаржені особами, стосовно яких їх прийнято (їх уповноваженими представниками), у порядку адміністративного оскарження відповідно до Закону України «Про адміністративну процедуру» з урахуванням особливостей, встановлених цією статтею, та/або в судовому порядку. Розгляд скарг здійснюється експертними командами Центру оцінювання функціонального стану особи згідно з Порядком проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338.

Механізм оскарження є невід'ємною складовою справедливої та правозахисної системи оцінювання.

За результатами опитування:

- ✓ **29,1 %** респондентів повідомили, що оскаржували результати оцінювання;
- ✓ **решта** або не оскаржували, або не вважали це за доцільне.

Респонденти також оцінювали зрозумілість і доступність процедури оскарження. Середній бал із 5-ти бальної шкали становив **3,05 із 5 балів**.



РЕСПОНДЕНТКА З ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«**Подавала на оскарження до ЦОФСО... Вивчивши постанову 1338, подавала вдруге. Жодних проблем далі не було. Результат – 1А група інвалідності».**

РЕСПОНДЕНТ ІЗ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ:

«**Оцінювання проходило заочно, про що пожалкували, бо ніхто і не дивився документи дитини, яка до 18 років була на підгрупі А. За оцінкою дали групу 1Б на рік. Це був шок. Подавали оскарження через кабінет лікуючого лікаря. Звертались і в прокуратуру, і в МОЗ, і по правах людини, і письмово безпосередньо у Центр оцінювання у Дніпрі. Через два місяці дали 1А безтерміново. А скільки це вартувало батькам нервів!».**

РЕСПОНДЕНТ ІЗ КИЄВА:

«**У нас час від дати подання на оскарження й отримання рішення тривав 30 днів. Можна сказати, що опрацьовано швидко, хоча ми отримали відмову, але на позитивне рішення і не сподівалися. Усе ж таки у цьому році більш суворі умови для встановлення інвалідності для всіх, а особливо чоловіків призовного віку».**



Резюме та узагальнені висновки

Реформа системи медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи є важливим кроком у напрямі модернізації державної політики щодо осіб з інвалідністю та наближення її до стандартів, закріплених у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Запроваджена нормативна база створила інституційну основу для переходу від застарілої медичної моделі до більш комплексного та функціонального підходу. Водночас результати дослідження свідчать, що на практиці реформа перебуває на етапі становлення і потребує подальшого системного вдосконалення для повноцінної реалізації правозахисного потенціалу.

Позитивні результати впровадження реформи

Дослідження демонструє, що нова система оцінювання повсякденного функціонування в цілому функціонує. Люди з інвалідністю мають змогу отримати направлення, пройти процедуру оцінювання та отримати рішення за його результатами. Це свідчить про формування базової організаційної спроможності експертних команд та адміністративних процесів.

Цифровізація процедур та перехід до електронного документообігу заклали основу для підвищення прозорості, зменшення бюрократичних бар'єрів та уніфікації підходів. Для частини осіб з інвалідністю та їх законних представників нова система виявилася більш зрозумілою та оперативною порівняно з попередньою моделлю, в якій функціонували медико-соціальні експертні комісії.

Позитивним сигналом є також наявність більшої архітектурної доступності приміщень, в яких відбувається оцінювання, і практик коректної та неупередженої комунікації з боку окремих експертних команд, що відповідає принципам недискримінації, рівного доступу до послуг, поваги до гідності людини та людиноцентричного підходу, закріпленого у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Здекларований перехід до функціональної оцінки створює потенціал для поступового впровадження європейських стандартів, орієнтованих на підтримку участі осіб з інвалідністю у суспільному житті, освіті та праці.

Основні виклики та проблемні аспекти

Водночас результати опитування свідчать про низку слабких сторін, які стримують повноцінну реалізацію цілей реформи.

Нерівномірність доступності послуг

Значна частина осіб змушена долати великі відстані для проходження процедури, що створює додаткові бар'єри для маломобільних груп населення. Хоча більшість респондентів зазначили архітектурну доступність приміщень, лише близько половини мали доступ до інклюзивних санітарних кімнат, а доступність громадського транспорту до місця оцінювання залишається низькою.



Така ситуація суперечить принципам рівного доступу до послуг, закріпленим у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Недостатня поінформованість та складність маршруту

Часто інформацію доводиться шукати самостійно, а медичні працівники не завжди оформлюють направлення або надають повні роз'яснення щодо процедур і можливостей оскарження. Близько третини респондентів вважають алгоритм проходження оцінювання незрозумілим.

Це свідчить про потребу у системному інформаційному супроводі реформи та кращій підготовці первинної ланки охорони здоров'я.

Якість та об'єктивність оцінювання

Рівень задоволеності результатами оцінювання залишається суперечливим: майже однакова частка респондентів погоджується і не погоджується з ухваленими рішеннями. У якісних відповідях системно фіксуються проблеми поверхового розгляду документів, відсутності профільних спеціалістів у командах, ігнорування супутніх захворювань та обмеженого часу на аналіз справ.

У ряді випадків користувачі сприймають рішення як формальні або недостатньо обґрунтовані, що підриває довіру до нової системи.

Обмежена ефективність механізму оскарження

Лише близько третини респондентів скористалися процедурою оскарження. Частина з них повідомляє про тривалі строки розгляду та відсутність очікуваного перегляду рішень. Це свідчить про потребу в удосконаленні механізмів захисту прав користувачів.

Узагальнені висновки

1. Реформа створила функціонуючу інституційну основу, проте її якість значною мірою залежить від практичної реалізації на місцях.
2. Найбільшими ризиками для сталості реформи є суб'єктивність рішень, нерівномірність доступності та недостатній рівень поінформованості населення.
3. Позитивний досвід окремих експертних команд демонструє потенціал системи за умови належної організації, навчання та контролю якості.

Пропозиції щодо подальшого вдосконалення

Забезпечення рівного доступу:

- ✓ розширення мережі експертних команд з урахуванням територіальної доступності;
- ✓ розвиток візних та дистанційних форматів для маломобільних осіб і тих, хто перебуває за кордоном;
- ✓ приведення інфраструктури у відповідність до стандартів безбар'єрності;
- ✓ вдосконалення механізму визначення лікарів, які б формували направлення на оцінювання, з метою унеможливлення протиправних відмов у такому направленні деяких з них;



- ✓ унормування механізму визначення лікарів, які б формували направлення на оцінювання, у разі відсутності у осіб з інвалідністю лікуючого лікаря, а також укладеної декларації із сімейним лікарем;
- ✓ передбачення за заявками осіб з порушенням слуху участі (очна участь або відеозв'язок) у засіданнях з оцінювання перекладачів жестової мови (за потреби). При цьому особи з інвалідністю мали б змогу приходити на вказане оцінювання зі своїми перекладачами, або за їх заявками таких перекладачів зобов'язана була б залучити експертна команда.

Підвищення прозорості та поінформованості:

- ✓ системне інформування осіб з інвалідністю та їх законних представників лікарями первинної та спеціалізованої ланки;
- ✓ вдосконалення форм документації експертних команд таким чином, щоб у них зазначалося інформування осіб з інвалідністю, їх законних представників про їх можливості та потреби;
- ✓ обов'язкове здійснення відеозаписів засідань експертних команд;
- ✓ розширення відомостей, що оприлюднюються на дашбордах з оцінювання повсякденного функціонування.

Посилення якості оцінювання:

- ✓ забезпечення мультидисциплінарного складу експертних команд відповідно до діагнозів осіб з інвалідністю, зокрема шляхом обов'язкової участі фахівців за основним і супутніми діагнозами, а також залучення лікарів, які ведуть осіб з інвалідністю (очна участь або відеозв'язок);
- ✓ здійснення оцінювання з урахуванням сукупного впливу всіх захворювань – як основних, так і супутніх;
- ✓ затвердження настанови із застосування критеріїв встановлення інвалідності;
- ✓ обов'язкове попереднє вивчення експертними командами матеріалів справ.

Захист прав осіб з інвалідністю:

- ✓ удосконалення механізму оскарження, зокрема з можливістю відразу заявити про незгоду з рішенням;
- ✓ забезпечення прискорення перегляду рішень;
- ✓ включення до дашбордів з оцінювання повсякденного функціонування даних про результати перегляду рішень;
- ✓ забезпечення обов'язкового інформування осіб з інвалідністю про перевірку обґрунтованості щодо них рішень медико-соціальних експертних комісій та експертних команд, а також її результати. Запрошення зазначених осіб з інвалідністю на відповідні засідання.



**НАЦІОНАЛЬНА АСАМБЛЕЯ ЛЮДЕЙ
З ІНВАЛІДНІСТЮ УКРАЇНИ**

01054, м. Київ, вул. Рейтарська, 8/5А, к. 110

Телефон: +380 44 279 6182

E-mail: office-naiu@ukr.net

Сайт: www.naiu.org.ua