



ПЕНСІЙНИЙ ФОНД УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА ПРАВЛІННЯ

від _____ р.

Київ

№ _____

Про затвердження Порядку надсилання документів щодо застосування відповідальності за створення необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність

Відповідно до частин другої – четвертої статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”, пунктів 9, 10 Положення про Пенсійний фонд України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 липня 2014 року, правління Пенсійного фонду України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Затвердити Порядок надсилання документів щодо застосування відповідальності за створення необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, що додається.

2. Департаменту контролю використання коштів загальнообов’язкового державного соціального страхування (Хижняк В.) разом з Юридичним департаментом (Рябцева Т.) подати цю постанову на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

3. Ця постанова набирає чинності з дня її офіційного опублікування.

Голова правління**Євгеній КАПІНУС**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Постанова правління

Пенсійного фонду України

_____ 2025 року № _____

Порядок

надсилання документів щодо застосування відповідальності за створення необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність

1. Цей Порядок відповідно до статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” визначає механізм надсилання територіальними органами Пенсійного фонду України повідомлення про виявлені порушення, вимоги про компенсацію суми страхової виплати (далі – Вимога про компенсацію) та вимоги про сплату суми компенсації страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (далі – Вимога про сплату суми компенсації).

2. Повідомлення про виявлені порушення, Вимога про компенсацію та Вимога про сплату суми компенсації надсилаються до закладу охорони здоров’я або до фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, лікар якого допустив необґрунтоване створення медичного висновку про тимчасову непрацездатність (далі – суб’єкти господарювання), одним із способів:

в електронній формі через електронний кабінет на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України (далі – вебпортал) з дотриманням вимог законів України “Про електронні документи та електронний документообіг” та “Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги”;

у формі паперового документа засобами поштового зв’язку (з повідомленням про вручення поштового відправлення) або вручається суб’єкту господарювання (його уповноваженому представнику) особисто.

3. Повідомлення про виявлені порушення за формою згідно з додатком 1 та Вимога про компенсацію за формою згідно з додатком 2 до цього Порядку надсилаються суб’єкту господарювання протягом п’яти робочих днів з дня встановлення необґрунтованості медичного висновку про тимчасову непрацездатність.

Вимога про сплату суми компенсації за формою згідно з додатком 3 до цього Порядку надсилається суб’єкту господарювання та одночасно – органу державної виконавчої служби для примусового виконання після спливу строку добровільної сплати компенсації суми страхової виплати, передбаченого абзацом другим



Хижняк Владислава Олександрівна

КНЕДП ДПС

A7F10DCA1B07D2E71A15E49784476B1D47F54D9F2EEDD0845D93103A6607E93600

16.05.2025

Пенсійний фонд України



16.05.2025 174/08-16

частини третьої статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”.

4. Вимога про сплату суми компенсації є виконавчим документом, датою набрання чинності якого є дата надходження цієї Вимоги до суб’єкта господарювання.

5. Датою надходження до суб’єкта господарювання повідомлення про виявлені порушення, Вимоги про компенсацію та Вимоги про сплату суми компенсації є:

у разі надсилання документа в електронній формі – дата його розміщення в електронному кабінеті на вебпорталі. Інформація про дату і час розміщення документа зазначається у сформованій з дотриманням вимог законів України “Про електронні документи та електронний документообіг” та “Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги” квитанції про розміщення документа в електронному кабінеті на вебпорталі за формою згідно з додатком 4 до цього Порядку, що відправляється територіальному органу Пенсійного фонду України з електронного кабінету автоматично;

у разі надсилання документа в паперовій формі – дата вручення, вказана в повідомленні про вручення поштового відправлення. Якщо час отримання документа, надісланого поштою, не зафіксовано, він вважається отриманим суб’єктом господарювання на п’ятий день з дня відправлення, крім випадків, якщо є інформація, що документ не надійшов або надійшов пізніше;

у разі особистого вручення суб’єкту господарювання (його уповноваженому представнику) – дата вручення, підтверджена підписом отримувача.

6. Для стягнення пені в розмірі 0,1 відсотка суми коштів, що підлягає компенсації, за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно, формується Вимога про сплату суми компенсації із зазначенням суми нарахованої пені виходячи з кількості днів прострочення, яка надсилається суб’єкту господарювання та одночасно – органу державної виконавчої служби для примусового виконання.

**Директор Департаменту
контролю використання
коштів загальнообов’язкового
державного соціального страхування**

Владислава ХИЖНЯК

Додаток 1
до Порядку надсилання документів щодо
застосування відповідальності за створення
необґрунтованого медичного висновку про
тимчасову непрацездатність
(пункт 3)

Повідомлення про виявлені порушення

від _____ 20____ року

No _____

За результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків
непрацездатності, виданих _____

(найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України / реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) або номер і серія (за наявності) паспорта фізичної особи)

(місцезнаходження закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

встановлені порушення: _____

Повідомлення про виявлені порушення надсилається суб'єкту господарювання як підстава для їх усунення відповідно до частини другої статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”.

**Начальник Головного управління
Пенсійного фонду України в(у)**

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Додаток 2

до Порядку надсилання документів щодо застосування відповідальності за створення необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (пункт 3)

**Вимога
про компенсацію суми страхової виплати**

від _____ 20____ року

№ _____

За результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності, виданих _____

(найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України / реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) або номер і серія (за наявності) паспорта фізичної особи)

(місцезнаходження закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

встановлено _____

Відповідно до статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” (далі – Закон), на підставі довідки про перевірку обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності від _____ № _____ та повідомлення про виявлені порушення від _____ 20____ року № _____,

1. Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____

ВИМАГАЄ сплатити компенсацію страхової виплати за листком(-ами) непрацездатності, сформованим(и) на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, у сумі _____ грн _____ коп. (_____).

(сума прописом)

2. Сума, зазначена у вимозі, підлягає сплаті на рахунок територіального органу Пенсійного фонду України протягом десяти календарних днів з дня надходження цієї вимоги за такими реквізитами:

Одержувач: _____
Код одержувача: _____
Банк одержувача: _____
Рахунок, на який
сплачуються кошти: _____
Призначення платежу: _____

3. Відповідно до частини четвертої статті 28 Закону суми компенсації страхової виплати, не повернені протягом десяти календарних днів з дня надходження цієї вимоги, підлягають стягненню на підставі вимоги про їх сплату з нарахуванням пені в розмірі 0,1 відсотка суми коштів, що підлягає компенсації, розрахованої за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно.

4. Відповідно до частини п'ятої статті 28 Закону заклади охорони здоров'я або фізичні особи – підприємці, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, мають право зворотної вимоги (регресу) до лікаря, який створив необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність, у розмірі сплаченої суми компенсації страхової виплати за листком непрацездатності та нарахованої пені.

5. Ця вимога набирає чинності з дня її доведення до відома _____

(найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

6. Відповідно до частини шостої статті 28 Закону оскарження цієї вимоги здійснюється в судовому порядку.

**Начальник Головного управління
Пенсійного фонду України в(у)**

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Додаток 3

до Порядку надсилання документів щодо застосування відповідальності за створення необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (пункт 3)

Вимога
про сплату суми компенсації страхової виплати за листком
непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного
висновку про тимчасову непрацездатність

від _____ 20__ року

№ _____

Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____,
ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій
України _____,

(адреса місцезнаходження)

повідомляє, що

(найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України / реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) або номер і серія (за наявності) паспорта фізичної особи)

(місцезнаходження закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

станом на _____ 20__ року має прострочену заборгованість з повернення суми компенсації страхової виплати за листком(-ами) непрацездатності, сформованим(и) на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, у розмірі _____ грн _____ коп. (_____).

(сума прописом)

Вимога про компенсацію страхової виплати від _____ № _____ на суму _____ грн _____ коп. була надіслана _____

(найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

	через електронний кабінет на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України та надійшла до одержувача _____ 20__ року;
	засобами поштового зв'язку (з повідомленням про вручення поштового відправлення) та вручена одержувачу / вважається отриманою _____ 20__ року;
	вручена одержувачу особисто _____ 20__ року.

Одержувач вимоги був зобов'язаний компенсувати суму страхової виплати протягом десяти календарних днів з дня надходження вимоги, тобто до _____ 20__ року. Станом на _____ 20__ року сума компенсації страхової виплати не сплачена.

Відповідно до частини четвертої статті 28 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування" (далі – Закон) суми компенсації страхової виплати, не повернені протягом десяти календарних днів з дня надходження цієї вимоги, підлягають стягненню на підставі вимоги про їх сплату з нарахуванням пені в розмірі 0,1 відсотка суми коштів, що підлягає компенсації, розрахованої за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно.

Вимога про сплату суми компенсації страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, є виконавчим документом.

Відповідно до вищезазначеного:

1. Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____
ВИМАГАЄ сплатити заборгованість у сумі:

Загальна сума боргу (грн, коп.)	у тому числі		
	сума компенсації страхової виплати (грн, коп.)	сума пені в розмірі 0,1 відсотка (грн, коп.)*	
		кількість днів прострочення*	сума нарахованої пені*
1	2	3	4

* Графи 3, 4 заповнюються у разі стягнення нарахованої пені в розмірі 0,1 відсотка суми коштів, що підлягає компенсації, розрахованої за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно.

2. Сума, зазначена у вимозі, підлягає сплаті на рахунок територіального органу Пенсійного фонду України за такими реквізитами:

Одержувач: _____
 Код одержувача: _____
 Банк одержувача: _____
 Рахунок, на який _____
 сплачуються кошти: _____
 Призначення платежу: _____

3. Відповідно до частини п'ятої статті 28 Закону заклади охорони здоров'я або фізичні особи – підприємці, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, мають право зворотної вимоги (регресу) до лікаря, який створив необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність, у розмірі сплаченої суми компенсації страхової виплати за листком непрацездатності та нарахованої пені.

4. Відповідно до частини шостої статті 28 Закону оскарження цієї вимоги здійснюється в судовому порядку.

5. Ця вимога передається до органу державної виконавчої служби для стягнення суми, зазначеної у вимозі, у примусовому порядку.

6. Дата набрання чинності вимоги про сплату суми компенсації страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність

_____.
(заповнюється при пред'явленні вимоги до органу державної виконавчої служби)

**Начальник Головного управління
Пенсійного фонду України в(у)**

Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ

Додаток 4

до Порядку надсилання документів щодо застосування відповідальності за створення необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (пункт 5)

**Квитанція
про розміщення документа в електронному кабінеті на вебпорталі
електронних послуг Пенсійного фонду України**

Дата формування квитанції _____ 20 ____ року № _____

Назва розміщеного документа: _____

Дата і номер розміщеного документа: _____ 20 ____ року № _____

Документ розміщено Головним управлінням Пенсійного фонду України в(у) _____.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України)

в електронному кабінеті на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

(найменування закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України / реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) або номер і серія (за наявності) паспорта фізичної особи)

Дата і час розміщення документа в електронному кабінеті на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

_____ 20 ____ року; _____ год _____ хв.
