

**ПЕНСІЙНИЙ ФОНД УКРАЇНИ****ПОСТАНОВА ПРАВЛІННЯ**

від _____ 20__ р.

Київ

№ _____

Про затвердження Порядку надсилання повідомлення про виявлені порушення, вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність

Відповідно до частин другої, третьої та п'ятої 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 № 280, правління Пенсійного фонду України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Затвердити Порядок надсилання повідомлення про виявлені порушення, вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі 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**

Капінус Євгеній Валерійович

Дата та час підписання: 27.02.2026 19:09:29

КНЕДП ДПС

1925F923DF57BFC132B03B80DD370FECA40E04D7C2BA66A33E6F825F9015C77A00

Період дії сертифікату: з 17.10.2025 12:58:57 по 17.10.2027 12:58:57

Пенсійний фонд України

27.02.2026
2800-0803-5/14971

ЗАТВЕРДЖЕНО

Постанова правління

Пенсійного фонду України

_____ 2026 року № _____

Порядок

надсилання повідомлення про виявлені порушення, вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність

1. Цей Порядок відповідно до статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” (далі – Закон) визначає механізм надсилання територіальним органом Пенсійного фонду України закладу охорони здоров’я або фізичній особі – підприємцю, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, лікар яких сформував необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність, або лікарю, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та сформував необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність (далі – суб’єкти господарювання), повідомлення про виявлені порушення та вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (далі – вимога про компенсацію).

2. Повідомлення про виявлені порушення та вимога про компенсацію надсилаються суб’єктам 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 паперовій формі засобами поштового зв’язку рекомендованим листом (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 до цього Порядку надсилається суб’єкту господарювання протягом трьох робочих днів з дня встановлення необґрунтованості медичного висновку про тимчасову непрацездатність за результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності.

4. Вимога про компенсацію за формою згідно з додатком 2 до цього Порядку надсилається суб’єкту господарювання у разі призначення та здійснення



Хижняк Владислава Олександрівна

Дата та час підписання: 25.02.2026 18:49:20

КНЕДП ДПС

05944F94F07AE381F2D10A497B06BDF2DAAD7FD7EC35D831A5DBDDD0178CFA7100

Період дії сертифікату: з 15.07.2025 15:20:14 по 15.07.2027 15:20:14

Пенсійний фонд України



25.02.2026 67/08-16

страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, протягом п'яти календарних днів з дня встановлення факту формування необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність за результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності.

5. У разі якщо суб'єкт господарювання, який одержав вимогу про компенсацію і протягом десяти календарних днів з дня надходження такої вимоги не сплатив суму компенсації, зазначену у вимозі, або не оскаржив її до територіального органу Пенсійного фонду України в порядку, визначеному частиною четвертою статті 28 Закону, або в судовому порядку, відповідний територіальний орган Пенсійного фонду України подає вимогу про компенсацію до органу державної виконавчої служби для примусового виконання.

6. На несвоєчасно сплачену компенсацію суми страхової виплати згідно з частиною п'ятою статті 28 Закону нараховується пеня в розмірі 0,1 відсотка суми коштів, що підлягає компенсації, розрахована за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня закінчення строку, визначеного у пункті 5 цього Порядку, до дня сплати включно. Нарахована пеня включається до вимоги про компенсацію та стягується у тому ж порядку, що і компенсація суми страхової виплати.

7. Датою доведення до відома суб'єкта господарювання повідомлення про виявлені порушення, вимоги про компенсацію є:

у разі надсилання документа в електронній формі – дата його відкриття в електронному кабінеті суб'єкта господарювання на вебпорталі. Інформація про дату і час розміщення та відкриття 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 3 до цього Порядку, що відправляється територіальному органу Пенсійного фонду України з електронного кабінету суб'єкта господарювання автоматично;

у разі надсилання документа в паперовій формі – дата вручення, вказана в повідомленні про вручення поштового відправлення. Якщо дата отримання документа, надісланого поштою, не зафіксована, він вважається отриманим суб'єктом господарювання на п'ятий календарний 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.

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

Владислава ХИЖНЯК

Додаток 1
до Порядку надсилання повідомлення
про виявлені порушення, вимоги про
компенсацію суми страхової виплати за
листком непрацездатності,
сформованим на підставі
необґрунтованого медичного висновку
про тимчасову непрацездатність
(пункт 3)

Повідомлення про виявлені порушення

від _____ 20____ року № _____

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

(найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи –
підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та 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 громадянина України (далі – паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта)

(адреса місцезнаходження закладу охорони здоров'я або адреса задекларованого / зареєстрованого місця
проживання (перебування) фізичної особи – підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської
діяльності з медичної практики)

встановлені порушення: _____

Повідомлення про виявлені порушення надсилається суб'єкту господарювання як підстава
для їх усунення, зупинення фінансування страхових виплат, компенсації відповідної суми
страхових виплат у порядку, визначеному частинами третьою – шостою статті 28 Закону
України “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування”.

Це повідомлення може бути оскаржене протягом тридцяти календарних днів з дня його
отримання в адміністративному порядку до Пенсійного фонду України (вул. Бастіонна, буд. 9,
м. Київ-14, 01601) через адміністративний орган, що надіслав це повідомлення (Головне



Хижняк Владислава Олександрівна

Дата та час підписання: 25.02.2026 18:49:20

КНЕДП ДПС

05944F94F07AE381F2D10A497B06BDF2DAAD7FD7EC35D831A5DBDD0178CFA7100

Період дії сертифікату: з 15.07.2025 15:20:14 по 15.07.2027 15:20:14

Пенсійний фонд України



25.02.2026 67/08-16

управління Пенсійного фонду України в(у)

_____, _____), та/або в судовому порядку.
(адреса місцезнаходження територіального органу Пенсійного фонду України)

**Найменування посади
керівника / уповноваженої особи
територіального органу
Пенсійного фонду України**

підпис

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Додаток 2

до Порядку надсилання повідомлення про виявлені порушення, вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком _____ непрацездатності, сформованим на підставі _____ підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (пункт 4)

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

від _____ 20____ року № _____

За результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листка непрацездатності, виданого _____

(найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та 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 громадянина України (далі – паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи)

(адреса місцезнаходження закладу охорони здоров'я або адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

встановлено, що за листком непрацездатності № _____, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність (довідка про перевірку обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності від _____ 20____ року № _____, повідомлення про виявлені порушення від _____ 20____ року № _____), призначено та здійснено страхові виплати у сумі _____ грн _____ коп. (_____).

(сума прописом)

Відповідно до статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” (далі – Закон) Головне управління Пенсійного фонду України в(у)



Хижняк Владислава Олександрівна

Дата та час підписання: 25.02.2026 18:49:20

КНЕДП ДПС

05944F94F07AE381F2D10A497B06BDF2DAAD7FD7EC35D831A5DBDDDD0178CFA7100

Період дії сертифікату: з 15.07.2025 15:20:14 по 15.07.2027 15:20:14

Пенсійний фонд України



25.02.2026 67/08-16

1. **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*	
		кількість днів прострочення*	сума нарахованої пені (грн, коп.)*
1	2	3	4

* Графи 3, 4 заповнюються після сплати суми компенсації страхової виплати для стягнення нарахованої пені в розмірі 0,1 відсотка суми компенсованої страхової виплати, розрахованої за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно, при цьому графа 2 не заповнюється.

Сума компенсації страхової виплати сплачена _____ 20__ року (платіжна інструкція від _____ 20__ року № _____).

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:

Отримувач: _____
 Код отримувача: _____
 Рахунок отримувача: _____
 Код ID НБУ: _____
 Надавач платіжних послуг отримувача: _____
 Призначення платежу: _____

3. У разі несплати суми, зазначеної в пункті 1 вимоги, ця вимога передається до органу державної виконавчої служби для стягнення в примусовому порядку протягом трьох місяців з дати, зазначеної в пункті 4 вимоги.

4. Дата набрання чинності цієї вимоги _____.

5. Ця вимога може бути оскаржена протягом десяти календарних днів з дня її отримання до керівника територіального органу Пенсійного фонду України, уповноважена посадова особа якого підписала цю вимогу (до начальника Головного управління Пенсійного фонду України в(у) _____, за адресою: _____).

У разі, якщо вимога підписана керівником територіального органу Пенсійного фонду України, вона може бути оскаржена в адміністративному порядку до Пенсійного фонду України (вул. Бастіонна, буд. 9, м. Київ-14, 01601) через адміністративний орган, що сформував та надіслав вимогу (Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____).

(адреса місцезнаходження територіального органу Пенсійного фонду України)

), та/або в судовому порядку.

6. Заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, у разі сплати компенсації суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, мають право зворотної вимоги (регресу) до лікаря, який сформував необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність, у визначеному ними розмірі, але не більше розміру сплаченої суми компенсації страхової виплати за таким листком непрацездатності.

**Найменування посади
керівника / уповноваженої особи
територіального органу
Пенсійного фонду України**

підпис

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Додаток 3
до Порядку надсилання повідомлення
про виявлені порушення, вимоги про
компенсацію суми страхової виплати за
листком _____ непрацездатності,
сформованим на підставі
необґрунтованого медичного висновку
про тимчасову непрацездатність
(пункт 7)

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 та організацій України)

в електронному кабінеті на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

(найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи –
підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та 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
громадянина України (далі – паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта)

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

_____ 20____ року; _____ год _____ хв.

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

_____ 20____ року; _____ год _____ хв.

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка відкрила документ в електронному
кабінеті страхувальника на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду
України: _____.



Хижняк Владислава Олександрівна

Дата та час підписання: 25.02.2026 18:49:20

КНЕДП ДПС

05944F94F07AE381F2D10A497B06BDF2DAAD7FD7EC35D831A5DBDDDD0178CFA7100

Період дії сертифікату: з 15.07.2025 15:20:14 по 15.07.2027 15:20:14

Пенсійний фонд України



25.02.2026 67/08-16