

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
постановою Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**ПОРЯДОК**  
**організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я**

**I. Загальна частина**

1. Цей Порядок визначає завдання, зміст і встановлює вимоги щодо організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я (далі – реабілітаційна допомога) особам з обмеженнями повсякденного функціонування, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю (далі – особи, що потребують реабілітації).

2. Дія цього Порядку поширюється на надавачів реабілітаційної допомоги будь-якої форми власності та організаційно-правової форми протягом гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів, зокрема реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи, інші уповноважені суб'єкти господарювання, які в установленому законодавством порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає здійснення реабілітації у сфері охорони здоров'я.

3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

амбулаторне відділення післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я різного профілю незалежно від форми власності – структурний підрозділ амбулаторного або стаціонарного закладу охорони здоров'я, яке надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах особам, що потребують реабілітації, мультидисциплінарними реабілітаційними командами або окремими фахівцями з реабілітації;

амбулаторний монопрофесійний реабілітаційний заклад – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, що надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право здійснення реабілітації у сфері охорони здоров'я за однією з реабілітаційних професій: фізична та реабілітаційна медицина, фізична терапія, ерготерапія, терапія мови та мовлення тощо протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів;

година реабілітації – одиниця виміру роботи фахівців з реабілітації, яка дорівнює 60 хвилинам;

кабінет асистивних технологій – функціональний підрозділ реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу, в якому здійснюється підбір та налаштування та/або виготовлення технічних та інших засобів реабілітації;

мобільний режим надання реабілітаційної допомоги – модель роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди або окремих фахівців з реабілітації стаціонарних або амбулаторних відділень реабілітації, що надають реабілітаційну допомогу протягом гострого реабілітаційного періоду в нереабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я або в інших закладах охорони здоров'я, в структурі яких немає реабілітаційних відділень та підрозділів;

палата гострої реабілітації у лікарнях різного профілю, багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування сфери охорони здоров'я незалежно від форми власності – виокремлені стаціонарні ліжка у складі нереабілітаційного відділення або підрозділу закладу охорони здоров'я, яке надає вторинну або третинну медичну допомогу, на яких перебувають особи, що потребують реабілітації, та яким також надається реабілітаційна допомога мультидисциплінарними реабілітаційними командами, або окремими фахівцями з реабілітації протягом гострого реабілітаційного періоду;

періодична підтримуюча реабілітаційна допомога – реабілітаційна допомога, що може надаватись протягом довготривалого реабілітаційного періоду з метою запобігання втраті, уповільнення втрати, покращення або підтримки функціонування особи, що потребує реабілітації;

програма терапії – комплекс узгоджених видів, форм, змісту, обсягів та термінів реабілітаційних заходів, що надають фахівці з реабілітації особі, що потребує реабілітації, які спрямовані на вирішення реабілітаційних завдань з визначенням порядку і місця їх проведення із врахуванням аналізу зовнішнього середовища;

реабілітаційна сесія – година реабілітації або її частина, протягом якої фахівець з реабілітації або група фахівців з реабілітації надають реабілітаційну допомогу особі, що потребує реабілітації, в безпосередньому контакті з цією особою;

реабілітаційний маршрут – послідовність етапів надання реабілітаційної допомоги особі, що потребує реабілітації, протягом різних реабілітаційних періодів, в різних реабілітаційних закладах, відділеннях та підрозділах та на різних рівнях медичної допомоги, що зазначено в індивідуальному реабілітаційному плані та забезпечує досягнення особою оптимального рівня повсякденного функціонування в її середовищі;

реабілітаційний цикл – одиниця організації надання реабілітаційної допомоги, яка включає проведення первинного реабілітаційного обстеження, встановлення мети та завдань реабілітації, призначення, планування та реалізацію програм терапії фахівцями з реабілітації та проведення заключного реабілітаційного обстеження з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги;

реабілітація вдома – реабілітаційна допомога, що надається за місцем проживання (перебування) особи, що потребує реабілітації, поза реабілітаційним закладом або закладом охорони здоров'я протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів;

реабілітація у громаді – стратегія в рамках загального розвитку територіальних громад щодо реабілітації, скорочення бідності, вирівнювання можливостей та соціальної інтеграції всіх осіб, що потребують реабілітації, яка забезпечується спільними зусиллями самих осіб, що потребують реабілітації, їх сімей, організацій, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сферах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо;

стаціонарне відділення післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я різного профілю незалежно від форми власності або стаціонарне відділення післягострої та довготривалої реабілітації, створене на базі санаторно-курортних установ незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності – самостійне відділення цілодобового перебування або перебування в умовах денного стаціонару осіб, що потребують реабілітації, яким надається реабілітаційна допомога високого обсягу мультидисциплінарною реабілітаційною командою протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Основах законодавства України про охорону здоров'я, інших законодавчих актах у сфері охорони здоров'я та реабілітації.

4. Надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я базується на застосуванні принципів доказової реабілітації, додержанні протоколів надання реабілітаційної допомоги.

#### 5. Обсяги реабілітаційної допомоги:

високий – кількість годин реабілітації (далі – ГР) особи, що потребує реабілітації, на добу становить три та більше або 15 годин з реабілітації на тиждень та більше;

середній – кількість ГР особи, що потребує реабілітації, на добу становить від однієї до двох;

низький – кількість ГР особи, що потребує реабілітації, становить одну годину на добу та менше.

У разі надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів в стаціонарних умовах її обсяг повинен бути високим.

6. Інформація про результати реабілітаційного обстеження, мету та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреби щодо фахового складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди (далі – МДРК) та щодо необхідної кількості фахівців з реабілітації для ефективною та безпечною реалізації програм терапії, реабілітаційного та іншого обладнання, потреби у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробів, програми терапії відповідних фахівців з реабілітації, поточні показники функціонального стану особи, що потребує реабілітації, та їх зміни, відомості про надані реабілітаційні втручання та їх результативність вносяться уповноваженими фахівцями з реабілітації відповідно до прав доступу до електронної системи охорони здоров'я та вимог, затверджених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, до реєстрів відповідного виду в електронній системі охорони здоров'я в порядку, затвердженому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Розділ перший індивідуального реабілітаційного плану (далі – ІРП) заповнюється впродовж гострого, розділ другий – післягострого, розділ третій – довготривалого реабілітаційного періодів.

7. У разі наявності у особи, що потребує реабілітації, статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю» їй надається комплексна реабілітація. Основним документом для надання реабілітаційної допомоги особі з інвалідністю або дитині з інвалідністю є індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, яка розробляється на основі індивідуального реабілітаційного плану.

8. Реабілітаційна допомога може надаватись із застосуванням телереабілітації шляхом телереабілітаційного консультування разом з обстеженням, телереабілітаційних зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, телеметрії, контролю, домашнього телеконсультування та освіти пацієнта, дистанційної супервізії та в інших формах, що не суперечать законодавству у разі технічної можливості.

## **II. Організація надання реабілітаційної допомоги на різних рівнях медичної допомоги та інші організаційні аспекти**

9. На первинному рівні медичної допомоги надання реабілітаційної допомоги забезпечується:

фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, зокрема у вигляді реабілітації вдома;

фахівцями з реабілітації, які працюють у територіальних громадах (реабілітація у громаді);

фахівцями з реабілітації, які працюють в амбулаторних монопрофесійних реабілітаційних закладах;

фахівцями з реабілітації, які працюють у складі МДРК амбулаторних реабілітаційних закладів;

фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно та/або амбулаторними реабілітаційними закладами, що працюють спільно з практиками (груповими практиками) первинної медичної допомоги.

Лікарі, що надають первинну медичну допомогу, скеровують або координують скерування осіб, що потребують реабілітації, для надання реабілітаційної допомоги на первинному та інших рівнях медичної допомоги.

10. На вторинному рівні медичної допомоги надання реабілітаційної допомоги забезпечується:

мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу в палатах гострої реабілітації у лікарнях різного профілю, багатoproфільних лікарнях інтенсивного лікування сфери охорони здоров'я незалежно від форми власності (далі – палати гострої реабілітації);

мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в мобільному режимі;

мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу у стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я різного профілю незалежно від форми власності або стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації, створених на базі санаторно-курортних установ незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності (далі – стаціонарне відділення реабілітації);

мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я різного профілю незалежно від форми власності (далі – амбулаторні відділення реабілітації);

мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в стаціонарних та амбулаторних реабілітаційних закладах.

11. На третинному рівні медичної допомоги надання реабілітаційної допомоги забезпечується:

мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу в палатах гострої реабілітації;

мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу в мобільному режимі;

мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу у стаціонарних відділеннях реабілітації;

мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в амбулаторних відділеннях реабілітації.

12. Реабілітаційні заклади надають стаціонарну та/або амбулаторну реабілітаційну допомогу протягом післягострого та довготривалого реабілітаційного періодів.

13. У реабілітаційних закладах стаціонарного типу та стаціонарних відділеннях реабілітації надається реабілітаційна допомога високого обсягу, в амбулаторних реабілітаційних закладах, амбулаторних монопрофесійних реабілітаційних закладах, амбулаторних відділеннях реабілітації, у разі проходження реабілітації вдома або реабілітації у громаді обсяг реабілітаційної допомоги визначається відповідно до загальних мети та завдань реабілітації, зазначених в ІРП особи, що потребує реабілітації.

14. У реабілітаційних закладах та стаціонарних відділеннях реабілітації реабілітаційна допомога надається МДРК. Спосіб надання амбулаторної реабілітаційної допомоги, реабілітації вдома або реабілітації у громаді залежить від загальної мети, зазначеної в ІРП, та може потребувати як залучення МДРК, так і окремих фахівців з реабілітації, що надають реабілітаційну допомогу згідно із законодавством.

15. Заклади охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів, які надають медичну допомогу при станах здоров'я з гострим початком, мають забезпечити можливість надання реабілітаційної допомоги протягом гострого та післягострого реабілітаційних періодів, згідно з пунктами 25 та 26 цього Порядку.

Реабілітаційні заклади, у складі яких функціонує МДРК, та реабілітаційні відділення, підрозділи, що функціонують у складі багатопрофільних закладів охорони здоров'я, зобов'язані мати у своєму складі кабінет асистивних технологій.

16. Реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи:

розміщуються в будівлях та приміщеннях, що відповідають вимогам ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд»;

забезпечують надання домедичної допомоги та організацію надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення невідкладного стану в осіб при наданні реабілітаційної допомоги або при їх знаходженні на території відповідного закладу, відділення, підрозділу;

зобов'язані організувати та забезпечити підбір та налаштування та/або виготовлення технічних та інших засобів реабілітації, забезпечення медичними виробами протягом надання реабілітаційної допомоги особам, що потребують реабілітації;

співпрацюють з питань освітньої діяльності із закладами вищої та фахової передвищої освіти, іншими суб'єктами освітньої діяльності, які акредитовані щодо надання освітніх послуг з додипломної та післядипломної підготовки та безперервного професійного розвитку фахівців з реабілітації. Це може включати, але не обмежується забезпеченням проведення у реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі клінічних практик фахівців з реабілітації, що навчаються у закладах вищої та фахової передвищої освіти, із залученням до клінічних супервізій фахівців з реабілітації, що працюють у цих закладах, відділеннях, підрозділах;

співпрацюють з питань обмежень життєдіяльності та реабілітації з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, місцевими органами соціального захисту та медико-соціальної експертизи, громадськими об'єднаннями фахівців з реабілітації, осіб, що потребують реабілітації, уповноваженими органами професійного самоврядування.

17. Оснащення реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу медичним та реабілітаційним обладнанням, технічними та іншими засобами реабілітації для тривалого використання, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою, транспортними засобами здійснюється відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення, який затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

18. Державні реабілітаційні заклади, які діють в організаційно-правовій формі установи, мають бути реорганізовані, у тому числі шляхом перетворення, за рішенням власника або уповноваженого органу управління відповідно до підпункту 7 пункту 2 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» до 01.01.2022 року.

### **III. Організаційні засади фінансування реабілітаційної допомоги**

19. Фінансування реабілітаційної допомоги, що входить до програми державних гарантій медичного обслуговування населення, здійснюється за рахунок коштів державного бюджету:

реабілітаційна допомога, що надається протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів, фінансується за реабілітаційними пакетами медичних послуг;

реабілітаційна допомога, що надається протягом гострого реабілітаційного періоду, фінансується в межах фінансування не реабілітаційних пакетів медичних послуг.

20. У разі надання реабілітаційної допомоги особі, що потребує реабілітації, в стаціонарному відділенні реабілітації або стаціонарному реабілітаційному закладі, розрахунковою одиницею фінансування такої допомоги є одна доба реабілітації.

Мінімальна кількість реабілітаційних сесій, проведення яких гарантується особі, що потребує реабілітації, впродовж 10 діб реабілітації в стаціонарних умовах, затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

У разі надання реабілітаційної допомоги особі, що потребує реабілітації, в амбулаторних умовах або у вигляді домашньої реабілітації, розрахунковою одиницею фінансування такої допомоги є одна година реабілітації.

21. Надання реабілітаційної допомоги особам з обмеженнями повсякденного функціонування протягом усіх реабілітаційних періодів може здійснюватися за рахунок місцевих програм розвитку та підтримки комунальних реабілітаційних закладів та реабілітаційних відділень у закладах охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад, місцевих програм надання населенню реабілітаційної допомоги понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення у реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах згідно з загальною метою та завданнями, зазначеними в ІРП на засадах доказової реабілітації.

22. Надання реабілітаційної допомоги особам з обмеженнями повсякденного функціонування протягом усіх реабілітаційних періодів може здійснюватися за рахунок надання платних послуг згідно з переліком, встановленим законодавством, за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями; цільових страхових фондів; засновників реабілітаційних установ; благодійних надходжень; добровільних пожертвувань та інших джерел, не заборонених законом, у реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах згідно з загальною метою та завданнями, зазначеними в ІРП на засадах доказової реабілітації.

#### **IV. Реабілітаційні маршрути осіб, що потребують реабілітації, залежно від стану здоров'я**

23. До реабілітаційних маршрутів осіб, що потребують реабілітації, відносяться:

реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, який складається з:



- етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду;

- етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах та/або етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в амбулаторних умовах або реабілітації вдома, або реабілітації в громаді;

- етапу надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду;

реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом.

24. Кожен з етапів надання реабілітаційної допомоги включає виконання всіх компонентів не менш як одного реабілітаційного циклу. У разі тривалого надання реабілітаційної допомоги виконання компонентів одного реабілітаційного циклу передбачає досягнення конкретних короткострокових реабілітаційних завдань.

Початок та закінчення кожного з етапів надання реабілітаційної допомоги супроводжуються проведенням первинного та заключного реабілітаційного обстеження, що відповідає початку та закінченню реабілітаційного циклу. У разі, якщо протягом одного етапу надання реабілітаційної допомоги виконується декілька реабілітаційних циклів, кожен цикл закінчується етапним реабілітаційним обстеженням.

Подальший етап реабілітаційного маршруту особи, що потребує реабілітації, залежить від стану функціонування цієї особи при закінченні попереднього (гострого або післягострого) реабілітаційного періоду.

У разі виявлення МДРК ознак стійкого обмеження життєдіяльності, що зазначається в ІРП, особу з обмеженнями повсякденного функціонування може бути направлено для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з метою підтвердження стійкого обмеження життєдіяльності та встановлення статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю» та продовження надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я та інших видів реабілітації, визначених законодавством.

25. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційна допомога розпочинається після отримання виклику від лікуючого лікаря відповідного нереабілітаційного відділення та після отримання інформованої згоди особи, що потребує реабілітації, відповідно до вимог законодавства. Реабілітаційна допомога надається в мобільному режимі або в палатах гострої реабілітації.

Реабілітаційна допомога розпочинається з проведення первинного реабілітаційного обстеження (первинного огляду) лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (далі – лікар ФРМ) та фахівцями з реабілітації – членами МДРК реабілітаційного відділення або підрозділу.

При проведенні первинного реабілітаційного обстеження лікуючий лікар зобов'язаний надати, а лікар ФРМ зобов'язаний отримати від лікуючого лікаря повний обсяг медичної інформації про стан здоров'я особи, що потребує реабілітації, подальший перебіг діагностичного та лікувального процесу, наявних медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги цій особі. У разі потреби лікар ФРМ узгоджує з лікуючим лікарем обсяг додаткових діагностичних та лікувальних заходів, необхідних для надання реабілітаційної допомоги.

Результати первинного реабілітаційного обстеження, які включають визначені членами МДРК завдання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, необхідні реабілітаційні втручання, включно із кількісною потребою у фахівцях з реабілітації, технічними та іншими засобами реабілітації та медичними виробами, мають бути задокументовані в розділі першому ІРП.

Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду є низьким. За потреби обсяг реабілітаційної допомоги може бути збільшений, що має бути зазначено в розділі першому ІРП.

Графік проведення реабілітаційних сесій при наданні реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду має бути скоординований із наданням медичної допомоги для забезпечення фізичної доступності особи, що потребує реабілітації, в зазначений час. У разі змін стану здоров'я особи або виникнення невідкладних станів, або у разі переведення особи до іншого закладу/відділення, медичні працівники відповідного відділення повідомляють уповноваженого представника реабілітаційного відділення або підрозділу для коригування графіка надання реабілітаційної допомоги.

Після завершення гострого реабілітаційного періоду члени МДРК проводять заключне реабілітаційне обстеження особи, що потребує реабілітації, з визначенням змін стану повсякденного функціонування, стану досягнення завдань, встановлених при первинному реабілітаційному обстеженні, визначенням реабілітаційного прогнозу та плануванням подальшої реабілітаційної допомоги. Етапне реабілітаційне обстеження проводиться при значній тривалості реабілітаційної допомоги, не рідше 1 разу у 2 тижні.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, що потребує реабілітації, після завершення гострого реабілітаційного періоду:

якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень життєдіяльності, надання реабілітаційної допомоги завершується;

якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторному відділенні реабілітації або амбулаторному реабілітаційному закладі, або реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги тощо в амбулаторному монопрофесійному реабілітаційному закладі, або при реабілітації вдома у разі наявності незначних

за вираженістю обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в амбулаторних умовах або реабілітації вдома, або реабілітації в громаді;

якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарному відділенні реабілітації у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування та функціональної можливості особи, що потребує реабілітації, брати активну участь у реабілітаційній допомозі високого обсягу, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах;

якщо особа, що потребує реабілітації, не може брати участі у реабілітаційній допомозі високого обсягу та/або потребує догляду або паліативної допомоги у разі наявності виражених обмежень життєдіяльності та/або відсутності функціональної можливості особи брати участь у реабілітаційній допомозі високого обсягу та/або наявності захворювання (травми), що обмежує життя або загрожує життю, надання реабілітаційної допомоги продовжується у вигляді періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги та/або особу направляють для забезпечення сестринського догляду та/або особу направляють для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з подальшим встановленням статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю» та/або особу направляють для надання паліативної допомоги.

26. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах.

Реабілітаційна допомога розпочинається одразу ж після закінчення гострого реабілітаційного періоду та відповідає принципам послідовності та безперервності.

Особу, що потребує реабілітації, направляють для стаціонарної реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді за результатами заключного реабілітаційного обстеження, проведеного МДРК наприкінці гострого реабілітаційного періоду.

У разі, якщо протягом гострого реабілітаційного періоду реабілітаційна допомога не надавалась або якщо після закінчення гострого реабілітаційного періоду особа була направлена для забезпечення сестринського догляду, особа, що потребує реабілітації, може бути направлена для стаціонарної реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, проте рішення щодо початку стаціонарної реабілітаційної допомоги приймається лікарем ФРМ за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені необхідні фахівці з реабілітації.

Стаціонарна реабілітаційна допомога починається з проведення первинного реабілітаційного обстеження лікарем ФРМ та фахівцями з реабілітації – членами МДРК.

При здійсненні первинного реабілітаційного обстеження на початку етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах лікуючий лікар зобов'язаний надати, а лікар ФРМ зобов'язаний отримати від лікуючого лікаря, який направляє особу, що потребує реабілітації, повний обсяг медичної інформації щодо цієї особи. На підставі вищезазначеної інформації лікар ФРМ визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів МДРК. У разі необхідності лікар ФРМ може призначати додаткові діагностичні обстеження.

За результатами проведеного первинного реабілітаційного обстеження складається розділ другий ІРП, який має містити загальні мету та завдання стаціонарної реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення, визначення переліку необхідних реабілітаційних заходів, потреби у кількості фахівців з реабілітації, реабілітаційному та іншому обладнанні. Після затвердження розділу другого індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації, залучений до надання реабілітаційної допомоги особі, що потребує реабілітації, в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає програму реабілітаційної терапії, відповідно до професії, реалізує та оцінює досягнення особою реабілітаційних завдань, зазначених в ІРП. Одночасно визначається потреба у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках.

Стаціонарна реабілітаційна допомога високого обсягу надається фахівцями з реабілітації реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу впродовж не менш ніж 5 днів на тиждень відповідно до розділу другого ІРП.

Зміни до загальних мети та завдань, визначених за результатами первинного реабілітаційного обстеження, вносяться до ІРП після загального обговорення та затвердження лікарем ФРМ на щотижневих зборах МДРК.

Тривалість надання стаціонарної реабілітаційної допомоги залежить від визначених термінів досягнення загальних мети та завдань стаціонарної реабілітації.

Перед закінченням етапу реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах члени МДРК проводять заключне реабілітаційне обстеження особи з визначенням змін стану її функціонування, стану досягнення завдань, визначених при первинному реабілітаційному обстеженні, визначенням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги. Етапне реабілітаційне обстеження проводиться при значній тривалості реабілітаційної допомоги, не рідше 1 разу у 2 тижні.

При наданні стаціонарної реабілітаційної допомоги МДРК до роботи команди залучається соціальний працівник, який забезпечує взаємодію із службами соціального захисту з метою вчасної організації модифікації середовища, до якого особа, що потребує реабілітації, повернеться після надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я та організації забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації після закінчення стаціонарної реабілітаційної допомоги.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, що потребує реабілітації, після завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах:

якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень життєдіяльності, надання реабілітаційної допомоги завершується;

якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторному відділенні реабілітації або амбулаторному реабілітаційному закладі, або реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги тощо в амбулаторному монопрофесійному реабілітаційному закладі або при реабілітації вдома, або реабілітації у громаді у разі наявності незначних за вираженістю обмежень життєдіяльності, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в амбулаторних умовах або реабілітації вдома, або реабілітації в громаді.

27. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в амбулаторних умовах або реабілітації вдома, або реабілітації в громаді.

Початок надання реабілітаційної допомоги особі, що потребує реабілітації, ґрунтується на результатах заключного реабілітаційного обстеження, проведеного МДРК наприкінці попереднього етапу надання реабілітаційної допомоги.

У разі, якщо впродовж попередніх етапів реабілітаційна допомога не надавалась, особу, що потребує реабілітації, може бути направлено для амбулаторної реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем, або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, проте рішення щодо початку амбулаторної реабілітаційної допомоги приймається лікарем ФРМ за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені необхідні фахівці з реабілітації.

При наданні реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або реабілітації вдома, або реабілітації в громаді комплекс реабілітаційних втручань продовжує бути спрямованим на досягнення загальної мети та завдань, визначених на попередньому етапі, та ґрунтується на інформації щодо фактичних змін функціонального стану особи, якій надавалась реабілітаційна допомога протягом попередніх етапів.

Амбулаторна реабілітаційна допомога починається з проведення первинного реабілітаційного обстеження лікарем ФРМ (первинний огляд перед початком надання амбулаторної реабілітаційної допомоги) та фахівцями з реабілітації – членами МДРК, кількісний та професійний склад яких залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи.

При здійсненні первинного реабілітаційного обстеження лікуючий лікар зобов'язаний надати, а лікар ФРМ зобов'язаний отримати від лікуючого лікаря, який направляє особу, що потребує реабілітації, повний обсяг медичної інформації щодо цієї особи. На підставі вищезазначеної інформації лікар ФРМ визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів МДРК. У разі необхідності лікар ФРМ може призначити додаткові діагностичні обстеження.

За результатами проведеного первинного реабілітаційного обстеження фахівцями з реабілітації доповнюється (складається) розділ другий ІРП, який містить загальну мету, що була визначена на попередніх етапах, та загальні завдання етапу амбулаторної реабілітаційної допомоги з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення, визначення переліку необхідних реабілітаційних заходів, потреб у фахівцях з реабілітації, реабілітаційному та іншому обладнанні, технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках. Після внесення змін (затвердження) розділу другого ІРП кожен фахівець з реабілітації, залучений до надання реабілітаційної допомоги особі, що потребує реабілітації, в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає програму реабілітаційної терапії, відповідно до професії, реалізує та оцінює досягнення особою реабілітаційних завдань, зазначених у ІРП. Одночасно визначається (коригується) потреба у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках.

Подальші зміни загальних мети та завдань вносяться до ІРП після загального обговорення та затвердження лікарем ФРМ на зборах МДРК амбулаторного реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу.

У разі надання реабілітаційної допомоги в амбулаторному монопрофесійному реабілітаційному закладі або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або реабілітації вдома, або реабілітації у громаді, реалізується програма фізичної терапії або ерготерапії, або терапії мови та мовлення, або психологічної допомоги відповідно до загальної мети, зазначеної у розділі другому ІРП особи, що потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.

Тривалість та обсяг надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або реабілітації вдома, або реабілітації в громаді залежить від мети та завдань на цьому етапі реабілітації.

При наданні реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду фахівці з реабілітації проводять етапні (заклучні у разі закінчення надання допомоги) реабілітаційні обстеження особи з визначенням змін стану її функціонування, стану досягнення завдань, визначенням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги, що документується в розділі другому ІРП.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, що потребує реабілітації, після завершення післягострого реабілітаційного періоду:

якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень життєдіяльності, надання реабілітаційної допомоги завершується;

якщо особа потребує періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги, що надається в стаціонарних або амбулаторних умовах (зокрема в амбулаторних монопрофесійних реабілітаційних закладах), або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самотійно, або реабілітації вдома (фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги тощо), або реабілітації у громаді з метою запобігання втраті та/або підтримки досягнутого рівня функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

28. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога, яка відповідає принципам послідовності та безперервності.

Періодична підтримуюча реабілітаційна допомога може надаватися в стаціонарних або амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самотійно, а також у вигляді реабілітації вдома або реабілітації у громаді. У разі надання стаціонарної реабілітаційної допомоги її обсяг має бути високим.

Особу, що потребує реабілітації, направляють для надання періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду за результатами заключного (етапного) реабілітаційного обстеження, проведеного наприкінці попереднього етапу, або лікуючим лікарем, або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, або медико-соціальною експертною комісією, або лікарсько-консультативною комісією. Рішення щодо початку, формату та обсягу підтримуючої реабілітаційної допомоги приймається за результатами реабілітаційного обстеження особи, що потребує реабілітації.

Практична організація надання періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я в стаціонарних або амбулаторних умовах здійснюється згідно з пунктами 26 та 27 цього Порядку.

## 29. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом.

Особі, що потребує реабілітаційної допомоги, при наявності стану здоров'я з хронічним перебігом, надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога. Реабілітаційний період, протягом якого надається така допомога, є довготривалим.

Реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я при станах здоров'я з хронічним перебігом розпочинається після направлення для надання реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, або медико-соціальною експертною комісією, або лікарсько-консультативною комісією.

Передумовою початку надання реабілітаційної допомоги є здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу, встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я) та надання лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, лікарю ФРМ цієї інформації з метою визначення ним медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації.

Загальні мета та завдання реабілітаційної допомоги залежно від фази захворювання (загострення або ремісія тощо) мають бути спрямовані на запобігання втраті та/або уповільнення втраті та/або підтримку та/або компенсацію та/або покращення або відновлення функціонування особи, що потребує реабілітації, та зазначаються у розділі третьому ІРП особи, що потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.

У разі виникнення загострень стану здоров'я з хронічним перебігом організація надання реабілітаційної допомоги відбувається згідно з пунктом 25 цього Порядку. Відповідна інформація про зміни функціонального стану особи, що потребує реабілітації, має бути задокументована у частині третій розділу третього ІРП.

Інші аспекти практичної організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я при станах здоров'я з хронічним перебігом в стаціонарних або амбулаторних умовах забезпечуються згідно з пунктами 26 та 27 цього Порядку.

## **V. Нормативи навантаження фахівців з реабілітації та інші організаційні аспекти**

30. Робочий тиждень фахівців з реабілітації становить 38,5 години, якщо інакше не визначено законодавством. Одна година робочого часу при наданні реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я дорівнює одній годині реабілітації.



31. ГР може включати:

реабілітаційну сесію – проведення реабілітаційного обстеження (первинна консультація) лікаря ФРМ та/або реабілітаційного обстеження та/або реабілітаційного втручання фізичним терапевтом / ерготерапевтом / асистентом фізичного терапевта / асистентом ерготерапевта / психологом, психотерапевтом / терапевтом мови та мовлення, при якому відбувається безпосередній контакт фахівця з реабілітації з особою, що потребує реабілітації;

здійснення фахівцем з реабілітації роботи, безпосередньо пов'язаної з організацією та забезпеченням надання реабілітаційної допомоги (документування результатів реабілітаційного обстеження, інформації щодо динамічного спостереження за особою, що потребує реабілітації, ведення щоденників реабілітаційних втручань, складання, внесення відповідної реабілітаційної інформації та змін до ІРП уповноваженими фахівцями з реабілітації відповідно до прав доступу до електронної системи охорони здоров'я та вимог, затверджених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, до реєстрів відповідного виду в електронній системі охорони здоров'я в порядку, затвердженому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я).

У разі надання реабілітаційної допомоги особам, стан яких не дозволяє (швидка втомлюваність, порушення концентрації уваги тощо) або не вимагає реабілітаційної сесії протягом 60 хвилин, фактична тривалість реабілітаційної сесії є коротшою (15, 30 або 45 хвилин), про що зазначається в ІРП. При підрахунку фактичного робочого навантаження фахівця з реабілітації в даних випадках використовуються коригувальні коефіцієнти зі значенням 0,25, 0,5 або 0,75 відповідно.

До реабілітаційної сесії не входить час, витрачений на транспортування особи, що потребує реабілітації/переміщення фахівця з реабілітації до місця проведення реабілітаційного обстеження/надання втручання. Відповідно при плануванні реабілітаційної допомоги необхідно передбачити та забезпечити вчасне транспортування осіб, що потребують реабілітації, до місця проведення реабілітаційної сесії асистентами/молодшим медичним персоналом/доглядачами тощо за умови їх навчання принципам безпечного транспортування та інформування особи, яка транспортує, про фактори ризику (падіння, когнітивні розлади тощо), наявні в особи, що потребує реабілітації. Процес транспортування може бути врахований до реабілітаційної сесії у випадках, коли цей процес використовується з терапевтичною метою та відповідно фіксується в документації.

### 32. Навантаження лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.

У разі надання реабілітаційної допомоги особам, що потребують реабілітації, які знаходяться у стаціонарному відділенні реабілітації, одна ставка навантаження лікаря ФРМ становить не більше дванадцяти таких осіб.

Тривалість первинного консультативного огляду лікаря ФРМ (стаціонарна та/або амбулаторна реабілітаційна допомога) дорівнює 60 хвилинам, тривалість повторного консультативного огляду лікаря ФРМ в амбулаторних умовах дорівнює 30 хвилинам. За наявності певних обставин може бути використаний коригувальний коефіцієнт зі значенням 1,5, про що має бути наявне пояснення в медичній документації.

Реабілітаційна допомога у вигляді консультативних оглядів та/або участі у мобільному режимі надання реабілітаційної допомоги для лікарів ФРМ, які надають стаціонарну реабілітаційну допомогу, є додатковим навантаженням.

Щоденно не менше двох годин виділяється для складання, внесення відповідної реабілітаційної інформації та змін до ІРП та до реєстру відповідного виду електронної системи охорони здоров'я (документування результатів реабілітаційного обстеження, щоденників реабілітаційних втручань, інформації щодо динамічного спостереження за особою, оформлення листків непрацездатності тощо), а також змін в призначеннях (діагностичні і лікувальні втручання) та координації роботи МДРК.

### 33. Навантаження фізичного терапевта, ерготерапевта, асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта.

Реабілітаційні сесії протягом робочого дня фізичного терапевта, ерготерапевта на повну ставку (при наданні реабілітаційної допомоги в стаціонарних та/або амбулаторних умовах) становлять не більше шести ГР.

Щоденно не менше двох ГР виділяється для складання індивідуальних програм реабілітаційної терапії, виготовлення та підготовку матеріалів для реабілітаційних сесій, внесення відповідної реабілітаційної інформації до ІРП та реєстру відповідного виду електронної системи охорони здоров'я (документування результатів реабілітаційного обстеження, щоденників реабілітаційних втручань, інформації щодо динамічного спостереження за особою тощо) та проведення супервізій асистентів.

Реабілітаційні сесії протягом робочого дня асистента фізичного терапевта та асистента ерготерапевта на повну ставку (при наданні реабілітаційної допомоги в стаціонарних та/або амбулаторних умовах) становлять не менше семи ГР.

Щоденно до однієї ГР виділяється для документування відповідної інформації в межах своїх професійних компетентностей, підготовки реабілітаційного інвентарю та матеріалів до реабілітаційних сесій.

34. Навантаження терапевти мови та мовлення при наданні реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я.

Реабілітаційні сесії протягом робочого дня терапевта мови та мовлення на повну ставку (при наданні реабілітаційної допомоги в стаціонарних та/або амбулаторних умовах) становлять не більше п'яти ГР.

Якнайменш дві ГР протягом робочого дня виділяються для занесення відповідної реабілітаційної інформації до ІРП (документування результатів реабілітаційного оцінювання та обстеження, щоденників реабілітаційних втручань, інформації щодо динамічного спостереження за особою тощо) та розробку завдань для проведення подальших реабілітаційних сесій;

Функціональні обов'язки терапевта мови та мовлення протягом п'яти років з дня набуття чинності цим Порядком може виконувати логопед.

35. У разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою кожного тижня обов'язково виділяють час для зборів такої команди.

36. Нормативи навантаження інших фахівців з реабілітації визначаються відповідно до інших нормативно-правових актів.

## **VI. Організація надання реабілітаційної допомоги певним категоріям осіб, що потребують реабілітації**

37. Реабілітаційна допомога особам віком до 18 років (далі – дітям), що потребують реабілітації, надається відповідно до положень розділів I–IV цього Порядку з урахуванням таких особливостей:

реабілітаційна допомога дитині, що потребує реабілітації, включає реабілітацію у сфері охорони здоров'я, а також інші види реабілітації, визначені законодавством;

мережа реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів для надання реабілітаційної допомоги дітям створюється відповідно до визначених потреб дитячого населення, захворюваності, демографічних, географічних, інфраструктурних та інших особливостей регіону, а також повноважень та потреб місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в реабілітаційній сфері;

при організації надання реабілітаційної допомоги дітям використовуються реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи, що надають як стаціонарну, так і амбулаторну реабілітаційну допомогу, проте перевага надається реабілітаційній допомозі в амбулаторних умовах із залученням членів сімей або законних представників дитини;

до складу МДРК, що надає реабілітаційну допомогу дитині, крім фахівців з реабілітації, за потреби можуть входити корекційний педагог та/або соціальний працівник та/або інші фахівці;

до складу МДРК, що надає реабілітаційну допомогу дітям, може долучитися лікар за спеціальністю відповідно до стану здоров'я, що призводить до найбільших обмежень життєдіяльності у дитини;

обов'язковим елементом реабілітаційної допомоги є навчання членів сімей або законних представників щодо впровадження рекомендацій фахівців, що входять до складу МДРК, у домашніх умовах;

під час перебування дитини в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, забезпечується право дитини на спільне перебування з членами її сім'ї на вимогу членів сім'ї;

законному представникові дитини на весь період стаціонарної реабілітації дитини у разі спільного перебування з дитиною надається звільнення від роботи з виплатою у встановленому законодавством порядку допомоги з соціального страхування;

у разі змін стану здоров'я дитини та необхідності надання медичної допомоги забезпечується її направлення до інших закладів охорони здоров'я після отримання інформованої згоди особи відповідно до вимог законодавства або для особи віком до 14 років (малолітньої особи), а також особи, визнаної у встановленому порядку недієздатною, згоди її законного представника.

38. Реабілітаційна допомога особам з психічними розладами, що потребують реабілітації, надається відповідно до положень розділів I–IV цього Порядку. До складу МДРК, що надає реабілітаційну допомогу особам з психічними розладами, можуть входити лікарі відповідного профілю та фахівці з психічного здоров'я, які відповідають кваліфікаційним вимогам, встановленим законодавством.

---