

ЗВІТ

Про результати вивчення
пацієнтського досвіду
отримання реабілітаційних
послуг у стаціонарних та
амбулаторних умовах



ЗМІСТ

- 2 **Список скорочень**
- 3 **Вступ**
- 4 **Методологія**
- 6 **Опис вибірки пацієнтів**
- 8 **Досвід отримання медичних послуг пацієнтами**
 - 8 Загальний досвід пацієнтів
 - 8 Доступність необхідної інформації щодо реабілітаційного процесу
 - 10 Фізична доступність лікарні
 - 11 Доступність допоміжних засобів реабілітації
 - 11 Доступність необхідних фахівців у ЗОЗ
- 13 **Відповідність отриманих пацієнтами медичних послуг вимогам договору**
 - 13 Індивідуальний план реабілітації
 - 15 Первинні обстеження
 - 17 Реабілітаційна допомога
 - 17 Допоміжні засоби реабілітації
 - 17 Цілодобовий лікарський та медсестринський догляд
 - 17 Неформальні платежі
 - 19 Фізична та психологічна безпека
- 20 **Виклики в отриманні медичних послуг із реабілітації
Рекомендації для стейкхолдерів**

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ДЗР	допоміжний засіб реабілітації
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІПР	індивідуальний план реабілітації
КНП	комунальне некомерційне підприємство
МДРК	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПМГ	Програма медичних гарантій
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я

За даними Міністерства охорони здоров'я України, щорічно реабілітації потребують понад 200 тисяч пацієнтів. З початком повномасштабної війни в Україні запит на реабілітаційні послуги різко зріс, адже зросла потреба у допомозі пацієнтам із травмами, спричиненими воєнними діями, зокрема серед військовослужбовців та постраждалих цивільних осіб.

Цей новий контекст став критично важливим для системи охорони здоров'я і виявив існуючі обмеження та проблеми у сфері реабілітаційних послуг, водночас підкресливши важливість інтеграції пацієнтського досвіду в процес покращення медичних послуг.

Зростання кількості людей із травмами в українському суспільстві актуалізує необхідність дослідження якості й доступності реабілітації, а також підходів, орієнтованих на потреби пацієнтів. Розуміння досвіду пацієнтів дає можливість виявити сильні та слабкі сторони реабілітаційної системи, допомагає визначити, яким чином послуги можна покращити та зробити їх більш ефективними.

Більшість пацієнтів, які проходять реабілітацію, потребують не лише фізичної допомоги, але й комплексного підходу, що включає психологічну підтримку, соціальну адаптацію та індивідуальні плани відновлення. Однак без систематизованого дослідження досвіду таких пацієнтів складно оцінити відповідність наявних послуг їхнім реальним потребам.

Всебічне вивчення досвіду пацієнтів, які отримують реабілітаційні послуги, сприятиме як впровадженню прогресивних підходів до відновлення після травм і системних захворювань, так і вдосконаленню комплексних пакетів реабілітаційних послуг, орієнтованих на пацієнта.

Цей звіт охоплює вивчення досвіду пацієнтів у закладах охорони здоров'я України (ЗОЗ), які надають послуги реабілітації в амбулаторних та стаціонарних умовах за Програмою медичних гарантій (ПМГ).

Дослідницькі заходи були проведені впродовж жовтня 2024 року громадською організацією «Рух ЧЕСНО» за фінансової підтримки Світового банку та посольства Швейцарії в Україні, а також у партнерстві з Національною службою здоров'я України. Польовий збір інформації проводився представниками БФ «Пацієнти України».

У фокусі дослідження була оцінка загальної задоволеності пацієнтів реабілітаційними послугами, фізичною та інформаційною доступністю ЗОЗ відповідно до пакетів реабілітаційних послуг ПМГ.

Досвід отримання реабілітаційних послуг було проаналізовано на основі опитувань 142 пацієнтів у 15 закладах охорони здоров'я у дев'яти областях України та місті Києві.

Згідно із результатами дослідження, пацієнти високо оцінюють отриману реабілітаційну послугу з середнім рівнем задоволеності 8 із 10 балів.

Водночас отримані дані вказують на те, що пацієнти недостатньо володіють інформацією щодо повного обсягу медичних послуг, які вони можуть отримати в рамках реабілітаційних пакетів ПМГ, що має безпосередній вплив на оцінювання окремих компонентів реабілітаційної допомоги.

Пацієнти потребують кращого інформування та більшої залученості у формування реабілітаційного плану, адже 38,7% із них зіштовхнулися з труднощами в отриманні інформації, зокрема щодо реабілітаційних прогнозів, можливих ускладнень та формату індивідуальних занять.

Доступність допоміжних засобів реабілітації (ДЗР) пацієнти оцінили найнижче: 38,6% пацієнтів із потребою в ДЗР оцінили свій досвід як незадовільний, оскільки ЗОЗ не мають достатньої кількості допоміжних засобів реабілітації, що обмежує пацієнтів в отриманні реабілітаційних послуг у повному обсязі.

Також у 21% випадків зафіксовані факти неотримання реабілітаційної допомоги високого обсягу пацієнтами стаціонарної форми реабілітації, тривалість сесій яких становила менше трьох годин на добу.

Отримані результати вказують на необхідність здійснення додаткових моніторингових заходів Національною службою здоров'я України — щодо виконання вимог до надання послуги відповідно до пакету ПМГ, а також Міністерством охорони здоров'я — щодо якості надання реабілітаційних послуг.

Скринінг досвіду пацієнта слугує вихідною точкою для формування рамки комплексних заходів із подальшого вдосконалення пакетів ПМГ та стимулювання закладів до покращення умов надання та якості реабілітаційних послуг, які не в повному обсязі дотримуються вимог пакетів ПМГ.

Результати дослідження свідчать про те, що застосований методологічний підхід, який передбачає залучення представників громадського сектору до вивчення досвіду пацієнта, дозволяє забезпечити необхідний рівень довіри між респондентами та інтерв'юерами та зменшує похибку на соціально очікувані відповіді, яка може мати місце при опитуванні представниками урядових структур (МОЗ, НСЗУ) та безпосередньо представниками ЗОЗ.

Подальша інтеграція механізмів залучення громадського сектору з урахуванням досвіду пацієнтів у розробці рішень у рамках ПМГ сприятиме кращому розумінню потреб пацієнтів, а також підвищить відкритість і прозорість надання медичних послуг.

Метою вивчення досвіду пацієнтів при отриманні медичних послуг у межах пакетів «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах» була апробація методологічного інструментарію для збору та використання даних щодо обсягу, змісту, кадрового забезпечення реабілітаційних послуг та пацієнтського досвіду за обраним пакетом ПМГ з реабілітаційної допомоги.

Основними **дослідницькими завданнями** були:

- ▶ оцінити суб'єктивний рівень задоволеності, проаналізувати пацієнтський досвід отримання медичних послуг за пакетами медичних гарантій «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних / амбулаторних умовах»;
- ▶ виокремити основні виклики та проблемні аспекти у наданні медичних послуг із реабілітації та розробити рекомендації для ключових стейкхолдерів.

Визначення суб'єктивної задоволеності пацієнтів отриманими послугами **передбачає проведення дослідження за такими індикаторами:**

- ▶ загальний досвід пацієнта;
- ▶ комунікація та ставлення до пацієнта, емпатичність;
- ▶ доступність послуг (наявність послуги, час очікування);
- ▶ фізична доступність ЗОЗ для різних категорій осіб;
- ▶ якість обслуговування (задоволеність результатом консультацій, запропонованої реабілітаційної допомоги та послуг, обґрунтування та пояснення щодо стану пацієнта та процесу реабілітації, залученість до прийняття рішень);
- ▶ доступність та зрозумілість інформації (пошук інформації, запис до лікаря, розклад фахівців із реабілітації, пояснення та зрозумілість інформації під час проходження обстежень, складання індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП) та програм терапії).

Період вивчення досвіду пацієнтів: 4–22 жовтня 2024 року.

Результати опитування можуть бути використані для вдосконалення процедур, підвищення якості медичних послуг із реабілітаційної допомоги в Україні та забезпечення якісного формування політик у сфері охорони здоров'я. Аналітичні напрацювання за підсумками вивчення досвіду пацієнтів будуть передані НСЗУ як компліментарні заходи для подальшого використання під час моніторингових візитів до ЗОЗ, що надають реабілітаційні послуги, а також для врахування у розробці ПМГ на наступні роки.

Методологія дослідження отримала позитивний висновок етичної експертизи Центру громадського здоров'я (ЦГЗ).

ІНСТРУМЕНТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Збір даних відбувався за допомогою проведення **структурованого опитування пацієнтів** у ЗОЗ, яке містило два компоненти: 1) питання, які мають на меті перевірку факту отримання тих чи інших послуг, що передбачені умовами договору за відповідним пакетом медичних гарантій; 2) питання, спрямовані на оцінку суб'єктивного досвіду пацієнта в отриманні послуг, що включає такі параметри, як загальний досвід, комунікація та ставлення до пацієнта, доступність і якість надання послуг, зрозумілість інформації, безперервність і кооперація.

Основними критеріями, якими керувалась дослідницька група при проведенні опитування, були:

- ▶ можливість опитати одержувача послуг за місцем проведення дослідження з урахуванням його фізичного стану;
- ▶ етичні аспекти, пов'язані з можливим психоемоційним станом пацієнтів, що отримують певні види послуг;
- ▶ поширеність послуг та їх доступність у різних областях для можливості формування вибірки в рамках регіонального покриття цього дослідження.

ОПИС ВИБІРКИ ЗОЗ

Для отримання комплексного зрізу пацієнтського досвіду формування вибірки закладів охорони здоров'я відбувалося з урахуванням різнорівневих критеріїв:

- ▶ ризик-орієнтований підхід НСЗУ, зокрема врахування переліку закладів, що входять у вибірку проведення планових моніторингових візитів за ПМГ в рамках пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»;
- ▶ суми виплат за договорами щодо послуг за кожним із пакетів медичних гарантій у 2024 році серед закладів області;
- ▶ зафіксовані скарги пацієнтів в НСЗУ;
- ▶ типи ЗОЗ;
- ▶ географічне розташування ЗОЗ, а саме віддаленість від лінії фронту.

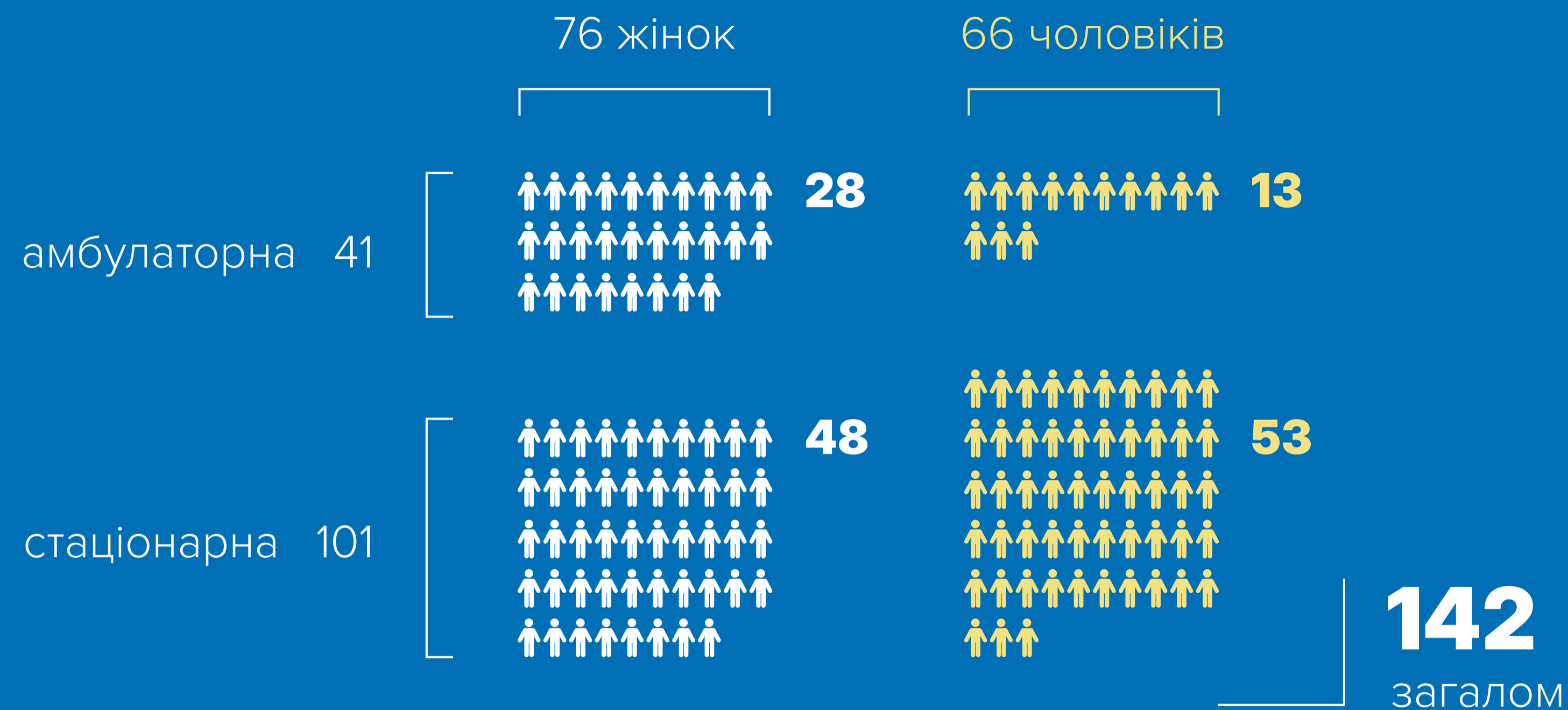
У сформовану вибірку увійшли ЗОЗ Дніпропетровської, Вінницької, Львівської, Харківської, Волинської, Сумської, Запорізької, Рівненської, Чернівецької областей та м. Києва.

З урахуванням кількісного обмеження дослідження у вибірку із 15 ЗОЗ увійшли 3 санаторно-курортні заклади, 2 заклади швидкої та екстреної медичної допомоги, 1 лікарня обласного підпорядкування, 4 міські лікарні в обласних центрах та 5 міських лікарень на рівні центру територіальної громади нижчого адміністративного рівня.

Перелік закладів, у яких було проведено опитування пацієнтів:

1. КНП «Дергачівська центральна лікарня» Дергачівської міської ради
2. КНП Стрийської міської ради «Територіальне медичне об'єднання «Стрийська міська об'єднана лікарня»
3. КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради
4. КНП «Київська міська клінічна лікарня № 7» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)
5. КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради
6. КНП «Дрогобицька міська лікарня № 1» Дрогобицької міської ради
7. КНП «Міська лікарня № 4» Запорізької міської ради
8. КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради
9. Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій «Хмільник» ПАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця»
10. КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Сумської міської ради
11. КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради
12. КНП «Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання» Ковельської міської ради Волинської області
13. Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ПАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця»
14. Дочірнє підприємство «Санаторій «Славутич» імені Б. В. Пашковського» ПАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця»
15. КП «Медичне об'єднання Луцької міської територіальної громади»

Кількість опитаних пацієнтів та гендерний розподіл за формою реабілітації



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

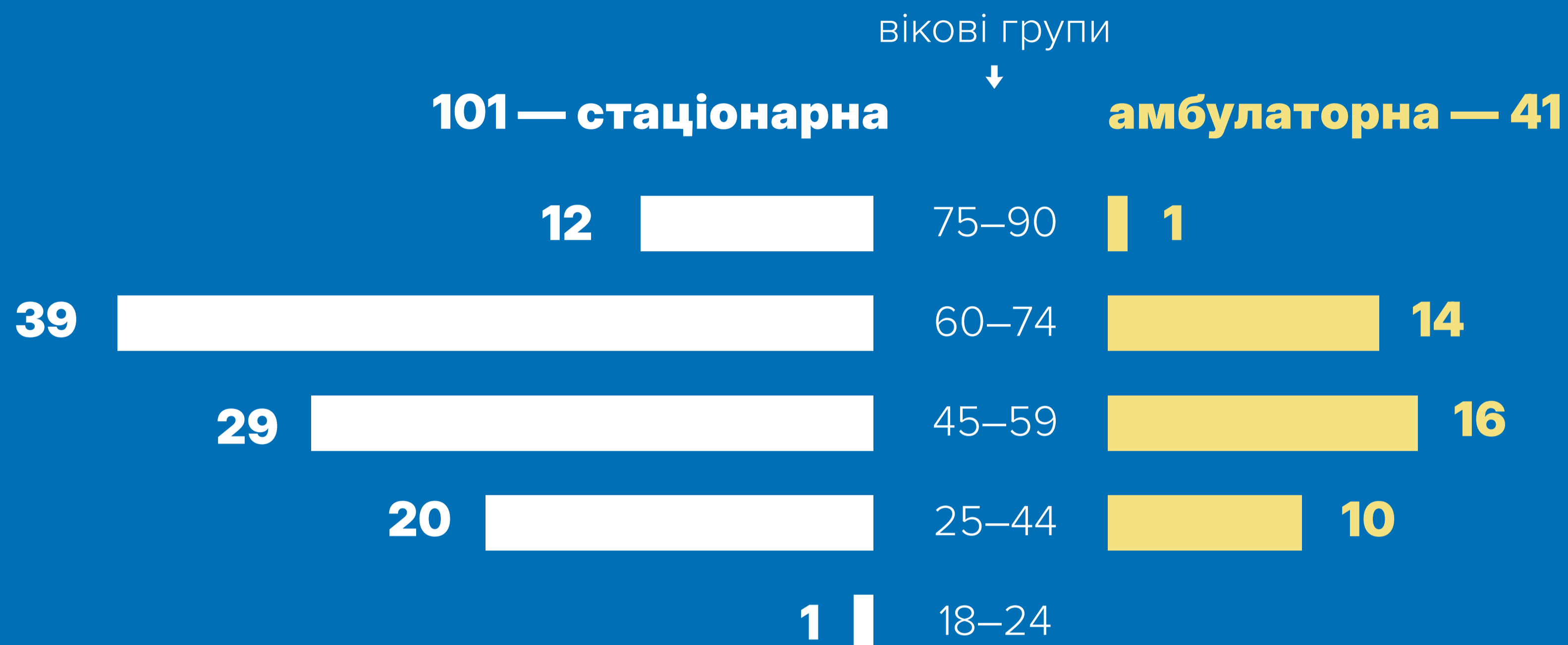
ОПИС ВИБІРКИ ПАЦІЄНТІВ

У межах дослідження було вивчено досвід пацієнтів, які досягли 18 років та перебувають на стаціонарному або амбулаторному лікуванні за ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» чи «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах».

У рамках випадкового відбору пацієнтів:

- ▶ за кожним окремим пакетом медичних гарантій, що підлягає дослідженню, у кожному закладі було опитано від 5 до 10 осіб;
- ▶ інтерв'юер пропонував пройти опитування особам, які перебували у свідомому стані, могли спілкуватися та погоджувалися стати респондентами;
- ▶ інтерв'юер дотримувався балансу у відборі рівної кількості жінок та чоловіків для участі у дослідженні, проте відбір учасників не передбачав забезпечення репрезентативності за віком, статтю чи іншими показниками;
- ▶ участь в опитуванні відбувалася лише після отримання інтерв'юером інформованої згоди;
- ▶ під час відбору респондентів інтерв'юер пріоритизував для дослідження тих пацієнтів, час перебування на реабілітації яких становив 7 та більше днів.

Віковий розподіл респондентів за формою реабілітації



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

Відповідно до визначених критеріїв, в опитуванні взяло участь 142 респонденти, з них 76 жінок і 66 чоловіків.

За пакетом медичних гарантій «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» було опитано 101 особу, з них 48 жінок і 53 чоловіків.

За пакетом медичних гарантій «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах» було опитано 41 особу, з них 28 жінок і 13 чоловіків.

Вікова структура респондентів варіювалась від 19 до 85 років. В рамках амбулаторної реабілітації найбільшу частку становила вікова категорія 45–59 (16 респондентів), а у стаціонарній реабілітації переважала вікова категорія 60–74 (39 респондентів).

Досвід отримання медичних послуг пацієнтами

ЗАГАЛЬНИЙ ДОСВІД ПАЦІЄНТІВ

Загальний рівень задоволеності реабілітаційними послугами **становить 8** за десятибальною шкалою. Цей показник дещо вищий для досвіду реабілітаційних послуг за амбулаторним пакетом (8,2), ніж за стаціонарним пакетом (7,8). Значущих відмінностей в оцінці рівня задоволеності жінками та чоловіками немає.

Найбільше пацієнти задоволені рівнем **уважного ставлення до пацієнта (9,8) та повагою, яку проявляють медичні працівники (9,7)**. Не виявлено значущих відмінностей між показниками, залежними від гендерного розподілу, а також від форми отриманих пацієнтами пакетів послуг.

Також респонденти оцінили чистоту, доступність реабілітаційних послуг і відсутність черг у стаціонарі — понад 9 балів.

У кількох закладах пацієнти мали скарги щодо якості харчування, доступу до суміжних фахівців, маршрутизації пацієнтів у ЗОЗ. Також пацієнти відзначали незручності, пов'язані з ремонтними роботами у відділеннях, температурним режимом, фізичним комфортом приміщень та наявністю черг на заняття в амбулаторній реабілітації.

У 40% закладів пацієнти додатково позитивно відзначали можливість отримання додаткових сеансів апаратної фізіотерапії та масажів, а в санаторних закладах — сеансів бальнеолікування.

Загалом 92,3% пацієнтів мають позитивний досвід проходження реабілітації (середня оцінка 5 і більше).

36,3% усіх негативних оцінок у рамках опитування були надані пацієнтами одного закладу.

Варто зазначити, що все ще спостерігаються окремі випадки неформальних платежів: 3,5% пацієнтів стверджували, що здійснювали такі платежі під час отримання реабілітаційних послуг.

Мотивація здійснення неформального платежу варіювалась від власного бажання віддячити персоналу за послуги до купівлі ліків та здійснення благодійного внеску у фонд ЗОЗ.

Оцінка доступності та зрозумілості інформації

Розподіл за формою реабілітаційної допомоги

	амбулаторна	стаціонарна
Задоволеність наданою інформацією та роз'ясненнями щодо реабілітації	10	9*
Пояснення щодо видів необхідної реабілітації відповідно до діагнозу	10	9
Інформація щодо прогнозу на відновлення	8	7
Інформація щодо можливих ускладнень	7	7
Можливість поставити питання щодо стану, підходів / засобів реабілітації	8	9
Пояснення термінів, які використовувались при обстеженні та призначенні плану реабілітації	9	7
Можливість отримати відповіді фахівців на питання щодо стану, реабілітації та прогнозу на відновлення	9	8
Детальне пояснення щодо переліку безкоштовних послуг у рамках ПМГ	9	8
Відсутність суперечливої інформації	10	9

Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* бали за десятибальною шкалою

ДОСТУПНІСТЬ НЕОБХІДНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

Вивчення доступності необхідної для пацієнта інформації відбувалося за двома комплексними параметрами: зручність отримання загальної інформації про проходження реабілітації в ЗОЗ та доступність і зрозумілість інформації, яку надають фахівці, залучені до реабілітаційного процесу

Оцінка респондентами досвіду отримання загальної інформації про проходження реабілітації була популярною: 0 балів або 8–10. 38,7% пацієнтів мали суттєві труднощі в отриманні необхідної інформації онлайн,



















телефоном тощо. У двох закладах понад 80% пацієнтів дали найнижчу оцінку своєму досвіду отримання інформації.

Водночас пацієнти вважають, що отримали достатню інформацію про реабілітаційні заходи, прогнози та можливі ускладнення, а також вказують на високий рівень доступності інформації безпосередньо про реабілітаційний процес.

Оцінка доступності та зрозумілості інформації дещо нижча (в середньому на 1 бал) у пацієнтів стаціонарної форми реабілітації у порівнянні з оцінкою пацієнтами амбулаторної форми реабілітації.

Оцінка доступності та зрозумілості інформації

Розподіл за формою реабілітаційної допомоги

	амбулаторна	стаціонарна
Задоволеність наданою інформацією та роз'ясненнями щодо реабілітації	10 	9* 
Пояснення щодо видів необхідної реабілітації відповідно до діагнозу	10 	9 
Інформація щодо прогнозу на відновлення	8 	7 
Інформація щодо можливих ускладнень	7 	7 
Можливість поставити питання щодо стану, підходів / засобів реабілітації	8 	9 
Пояснення термінів, які використовувались при обстеженні та призначенні плану реабілітації	9 	7 
Можливість отримати відповіді фахівців на питання щодо стану, реабілітації та прогнозу на відновлення	9 	8 
Детальне пояснення щодо переліку безкоштовних послуг у рамках ПМГ	9 	8 
Відсутність суперечливої інформації	10 	9 

Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* бали за десятибальною шкалою

Однак дані свідчать про те, що рівень задоволеності доступністю та зрозумілістю інформації про реабілітаційний процес знижується в розрізі розподілу пацієнтів за віком. Фахівцям мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) необхідно звернути увагу на формати та способи роз'яснення термінології, прогнозів щодо відновлення, можливих ускладнень, аби забезпечити максимальне розуміння реабілітаційного процесу незалежно від віку пацієнтів.

Значна частина пацієнтів надавали суперечливі відповіді щодо ІПР, вважаючи його лише переліком призначень, до якого входять терапевтичні сесії, апаратна фізіотерапія, масажі та інші процедури.

Пацієнти також мали труднощі у розумінні мети та завдань реабілітації. При запитанні про ці аспекти більшість пацієнтів відповідали загальними фразами: «відновитися», «зменшити біль» або «повернутися до звичайного життя».

Пацієнти не завжди знають, яку саме інформацію про реабілітаційний процес їм необхідно отримати. Вони також мають некоректне уявлення про формат індивідуальних занять, вважаючи, що заняття є індивідуальними, якщо один фахівець одночасно спостерігає за кількома пацієнтами та коригує виконання ними вправ.

У 12 з 15 закладів пацієнти не задоволені чіткістю та зрозумілістю інформації про свій реабілітаційний прогноз і можливі ускладнення. В одному із закладів частина пацієнтів не володіє інформацією про безкоштовний пакет НСЗУ на початок реабілітації.

Рівень задоволеності фізичною доступністю ЗОЗ

	амбулаторна	стаціонарна
Зручність облаштування входу у приміщення	10	8*
Зручність пересування між різними частинами лікарні	9	7
Навігація (наявність знаків / вказівників, які допомагають знайти потрібний кабінет)	9	8
Зручність облаштування приміщень очікування	9	7
Зручність облаштування палат для розміщення пацієнтів	4	9
Доступність та зручність облаштування вбиралень (туалетів)	9	8

Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* бали за десятибальною шкалою

ФІЗИЧНА ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРНІ

Фізична доступність ЗОЗ різниться, однак загальна оцінка пацієнтів здебільшого висока.

За спостереженнями дослідницької групи, третина ЗОЗ мали належний рівень доступності у приміщенні відділення стаціонарної реабілітації, де створене безбар'єрне середовище, наявні пандуси та функціонують ліфти. Однак у цих ЗОЗ були скарги на закриті вбиральні і необхідність звертатися до персоналу, щоб скористатися санітарно-гігієнічними приміщеннями.

У більшості закладів просторові рішення у приміщеннях відділення реабілітації потребують подальшого вдосконалення. Дослідницька команда спостерігала лише часткову адаптацію простору під потреби маломобільних груп населення, в той час як ліфти, пандуси, поручні, адаптовані санітарно-гігієнічні приміщення відсутні або не функціонують у належному обсязі. Горизонтальні комунікації також потребують удосконалення. У приміщеннях траплялися високі пороги, вузькі та недостатньо освітлені коридори.

Навіть при певній доступності приміщення відділення реабілітації на територіях закладів безбар'єрний доступ відсутній. Це стосується вхідних груп, пандусів, підйомників, вказівників, території ЗОЗ та пере-

ходів між будівлями. Часто приміщення відділення, такі як зал фізичної терапії, кабінет асистивних технологій тощо знаходяться на іншому поверсі, що також ускладнює їх доступність.

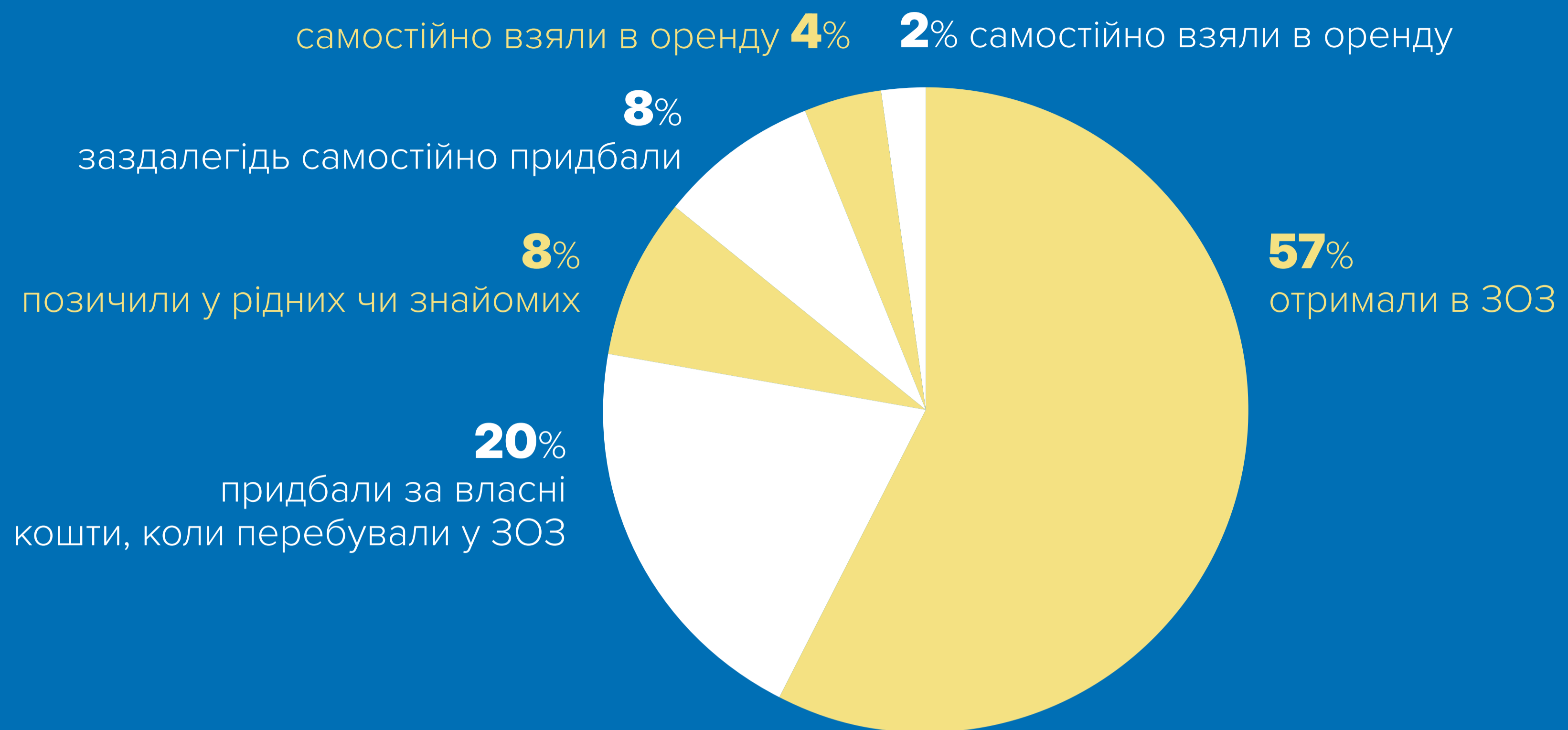
У 2 із 15 закладів комплексна оцінка фізичної доступності ЗОЗ пацієнтами становила менше 4 балів.

Лише в одному закладі охорони здоров'я пацієнти були повністю задоволені фізичною доступністю ЗОЗ: усі респонденти за усіма критеріями поставили найвищий бал — 10.

Однак загальна оцінка зручності облаштування входу у приміщення, навігаційної інформації в ЗОЗ, доступності та облаштування санітарно-гігієнічних приміщень пацієнтами як амбулаторної, так і стаціонарної форми реабілітації становила понад 8 балів. Низький бал (4) оцінки зручності облаштування палат для розміщення пацієнтів у рамках амбулаторної реабілітації радше свідчить про нерозуміння пацієнтами обсягу послуг, які надаються у межах відповідного пакету ПМГ. Тож закладам необхідно звернути увагу на додаткове пояснення обсягу та умов надання послуг у рамках кожного з пакетів ПМГ.

Оцінка фізичної доступності ЗОЗ за більшістю параметрів вища в амбулаторних пацієнтів, ніж у стаціонарних, що може бути обумовлено, зокрема, різним рівнем фізичної спроможності цих категорій пацієнтів.

Спосіб отримання ДЗР



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

ДОСТУПНІСТЬ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Пацієнти оцінили доступність отримання допоміжних засобів реабілітації найнижче серед визначених критеріїв досвіду отримання реабілітаційної допомоги. Варто зазначити, що третина (32,4%) респондентів не потребувала ДЗР, тому не оцінювала цей аспект надання реабілітаційних послуг.

Водночас 38,6% респондентів, які мають потребу в допоміжних засобах реабілітації, оцінили свій досвід найнижчим балом — 0 (1).

Показник задоволеності пацієнтів досвідом отримання допоміжних засобів у рамках амбулаторної реабілітації становить 1,7. Пацієнти, які перебувають на стаціонарній реабілітації, мають дещо більший показник задоволення — 5,9. Такий розподіл може свідчити про те, що ЗОЗ пріоритетно надають допоміжні засоби реабілітації пацієнтам, які постійно перебувають безпосередньо в закладі охорони здоров'я.

Більшість пацієнтів отримали допоміжні засоби реабілітації в закладі охорони здоров'я, однак 42,9% пацієнтів, які мають потребу в ДЗР, користуються необхідними допоміжними засобами, отриманими самостійно. З них 4,1% самостійно взяли в оренду ДЗР, 8,2% позичили у батьків чи друзів, 2% отримали від волонтерів, 8,2% користуються заздалегідь придбаними засобами, 20,4% придбали за власні кошти вже під час перебування у ЗОЗ.

В одному із закладів охорони здоров'я пацієнти скаржились на наявність лише одного допоміжного засобу реабілітації на палату, ще в одному ЗОЗ видавали ДЗР лише на час занять, тому пацієнти були змушені купувати їх за власні кошти.

Загальна оцінка свідчить про те, що ЗОЗ, які брали участь у дослідженні, не забезпечують повною мірою потребу пацієнта у допоміжних засобах реабілітації.

Доступність фахівців ЗОЗ під час проведення гігієнічних процедур

надання допомоги
за запитом пацієнта

83%



реагування на кожен
запит пацієнта

83%



потреба у сторонній
допомозі

35%



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* пацієнти могли обирати декількі варіантів

ДОСТУПНІСТЬ НЕОБХІДНИХ ФАХІВЦІВ У ЗОЗ

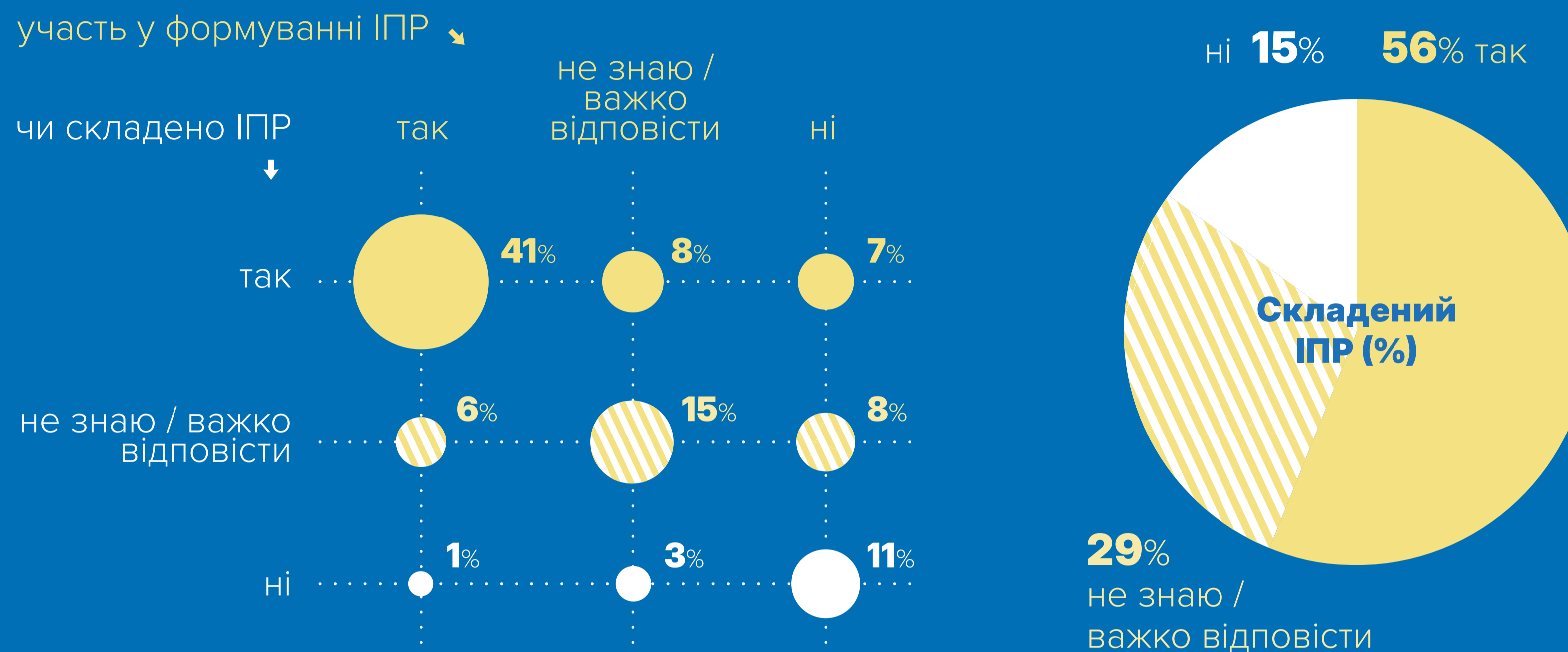
В усіх закладах пацієнти позитивно оцінили доступність фахівців із реабілітації.

Однак у 8 із 15 закладів пацієнти не розрізняли фахівців із реабілітації, не ідентифікували їхні ролі та не знали, які саме фахівці мають бути залучені до реабілітаційного процесу відповідно до пакету послуг ПМГ. У частині закладів пацієнти вважали основними реабілітаційними заходами масаж та фізіопроцедури. В одному із закладів пацієнти отримували рухову терапію лише у формі ранкової гімнастики груповим методом.

Також 34,7% пацієнтів мали потребу звертатися по допомогу до співробітників закладу під час проведення гігієнічних процедур і у 82,9% випадків отримували її за кожним запитом.

Відповідність отриманих пацієнтами медичних послуг вимогам договору¹

Індивідуальний план реабілітації



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН РЕАБІЛІТАЦІЇ

56,3% респондентів проходять реабілітацію відповідно до реабілітаційного плану. Решта пацієнтів не знає плану реабілітації або стверджує, що не має його.

Незважаючи на той факт, що 5,6% респондентів стверджували, що не знають, чи мають вони розроблений план реабілітації, а 1,4% відповіли, що не мають ІПР, водночас зазначали, що брали участь у його розробці.

15,5% пацієнтів із тих, хто має індивідуальний план реабілітації, не брали участі у визначенні мети та завдань реабілітації та / чи не певні, що брали участь у процесі формування реабілітаційних завдань.

Можна зробити припущення, що пацієнти не вповні розуміють, що таке індивідуальний план реабілітації і яким чином відбувається їхня реабілітація. Пацієнти не завжди могли пояснити зміст ІПР, а також плутали призначені процедури.

Членам мультидисциплінарної реабілітаційної команди, які відповідають за складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії, необхідно покращити підходи до пояснення пацієнтам процесу реабілітації, яку вони проходять, та ефективніше залучати пацієнтів до формування рамки реабілітаційного плану.

¹ Додаток 1. Вимоги до надання послуги відповідно до пакету ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»
Додаток 2. Вимоги до надання послуги відповідно до пакету ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»

Фахівці, які обстежували пацієнта у перші дні перебування в ЗОЗ



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* пацієнти могли обирати декількі варіантів

15,5% пацієнтів із тих, хто має індивідуальний план реабілітації, не брали участі у визначенні мети та завдань реабілітації та / чи не певні, що брали участь у процесі формування реабілітаційних завдань.

Можна зробити припущення, що пацієнти не вповні розуміють, що таке індивідуальний план реабілітації і яким чином відбувається їхня реабілітація. Пацієнти не завжди могли пояснити зміст ІПР, а також плутали призначені процедури.

Членам мультидисциплінарної реабілітаційної команди, які відповідають за складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії, необхідно покращити підходи до пояснення пацієнтам процесу реабілітації, яку вони проходять, та ефективніше залучати пацієнтів до формування рамки реабілітаційного плану.

ПЕРВИННІ ОБСТЕЖЕННЯ

Результати дослідження свідчать про те, що первинно у рамках реабілітаційних пакетів ПМГ пацієнтів обстежують лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (75,4%) та фізичні терапевти (62%), що відповідає вимогам організації надання реабілітаційної послуги відповідно до ПМГ.

Залежно від виду реабілітації та діагнозу пацієнта мультидисциплінарна реабілітаційна команда, яка проводила обстеження у перші дні його перебування у ЗОЗ, включала ерготерапевта (31% випадків), психолога (31,7%), лікаря-невропатолога (15,5%), логопеда (14,1%).

Необхідно врахувати, що 11,3% респондентів мали труднощі у визначенні посад фахівців, які проводили первинні обстеження. Також пацієнти використовували означення «завідуючий/а відділенням» (2,8%) та «лікар» (4,2%) як загальні дескриптори фахівців, які проводили обстеження.

Володіння інформацією про фахівців, які обстежували пацієнта на початкових етапах реабілітації, не залежало від віку чи гендерного розподілу.

Фахівці, які обстежували пацієнта у перші дні перебування в 303



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

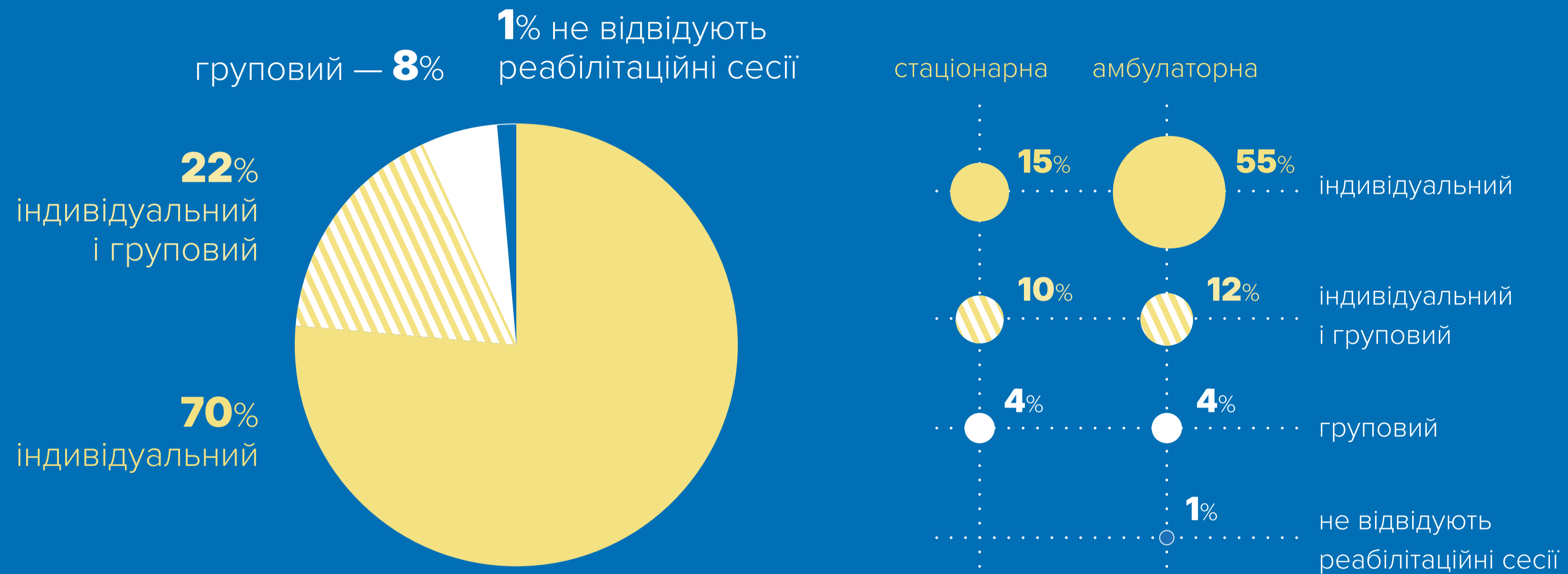
* пацієнти могли обирати декількі варіантів

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА

93% пацієнтів відвідують заняття щоденно.

70% пацієнтів стверджують, що з ними займаються індивідуально. Варто зауважити, що часто пацієнти вважають індивідуальними паралельні чи малогрупові заняття, коли різні пацієнти займаються з одним фахівцем, але виконують власну програму вправ чи вправи коловим методом.

Формат проведення реабілітаційних сесій



Групові заняття проводяться як з амбулаторними (4%), так і зі стаціонарними пацієнтами (4%). Водночас 10% амбулаторних та 12% стаціонарних пацієнтів зазначають, що реабілітаційні сесії у них відбуваються як в індивідуальному, так і у груповому форматі.

У межах дослідження було відзначено низьке залучення до реабілітаційного процесу асистентів фізичного терапевта (14,1% усіх випадків), ерготерапевтів (37,3%), асистентів ерготерапевта (2,1%), логопедів (14,8%) та психологів (28,9%). Однак слід враховувати, що плани реабілітації складаються індивідуально, тож залучення означених фахівців не є обов'язковим в усіх випадках.

Частота занять із фахівцями ЗОЗ*



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* тих пацієнтів, з якими проводились відповідні заняття

97,6% пацієнтів, які проходять реабілітаційні сесії з фізичним терапевтом, та 90% тих, із ким працює асистент фізичного терапевта, займаються з відповідними фахівцями щоденно.

94,3% пацієнтів, які займаються з ерготерапевтом, та 66,7% тих, хто займається з асистентом ерготерапевта, отримують реабілітаційні сесії щодня (незначна кількість — рідше). Водночас пацієнти часто не знають, хто з ними займається — асистент чи терапевт.

76,2% пацієнтів, які займаються з терапевтом мови та мовлення, отримують допомогу відповідного фахівця на щоденній основі (незначна кількість — рідше).

Реабілітаційні сесії психолога чи психотерапевта у 48,8% пацієнтів проходять щодня, у 14,6% — через день, а у 36,6% — рідше. Середня тривалість сесії коливається в межах години, і лише у 12,2% випадків сесія тривала до 20 хвилин.

Тривалість занять із фахівцями з реабілітації*



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* тих пацієнтів, з якими проводились відповідні заняття

Усі пацієнти, до реабілітаційного процесу яких залучені медичні сестри, отримували допомогу щодня.

14% пацієнтів зазначили, що постійно займаються з лікарем, 4% — з масажистом.

Водночас варто враховувати, що часто пацієнти не ідентифікують фахівців із реабілітації та не розуміють їхньої ролі.

Сесія фізичної терапії у 23% пацієнтів та ерготерапії у 30% пацієнтів триває менше 30 хвилин.

Сумарна кількість годин отриманої терапії у 21,8% пацієнтів складає менше трьох на добу.

Види допоміжних засобів реабілітації, яких потребують пацієнти



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

* пацієнти могли обирати декількі варіантів

ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Потребу у ДЗР мають близько 33% пацієнтів, і така ж кількість користується ними.

Серед потреб тих, хто потребував ДЗР, найбільшу частку становили потреба у палиці (28%), рамі-трапеції (26%) та милицях (21%).

Допоміжні засоби реабілітації, видані в ЗОЗ на час проходження курсу відновного лікування, мають 57,1% пацієнтів із тих, що їх потребують.

У 59,2% випадків підбір, налаштування та навчання користуванню ДЗР, виданими у ЗОЗ, здійснювалися працівниками відділення.

24% опитаних пацієнтів потребували зовнішньої допомоги під час проведення гігієнічних процедур. Однак у 31,5% випадків пацієнти не отримували її від медичних працівників закладу при кожній потребі.

Можливість цілодобово звернутися за допомогою



Опитування проводилося 4–22 жовтня 2024 р.

ЦІЛОДОБОВИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ТА МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДОГЛЯД

60% пацієнтів стаціонарного відділення із тих, хто мав потребу в допомозі, звертались до лікуючого лікаря та щоразу отримували її у відповідь на звернення.

5% опитаних пацієнтів стаціонарного відділення вказували на відсутність можливості звернутися по допомогу до медичної сестри.

НЕФОРМАЛЬНІ ПЛАТЕЖІ

Майже 89% опитаних заперечували здійснення неформальних платежів, 3,5% дали позитивну відповідь на це питання.

2,8% пацієнтів заявляли, що не мають інформації про будь-які додаткові оплати, бо питанням фінансів займаються родичі. Ще 4,7% відмовились відповідати на питання про неформальні платежі.

Мотивація здійснення неформального платежу варіювалася від власного бажання віддячити персоналу за послуги до купівлі ліків та прямої відповідної вказівки лікаря.

У двох із п'ятнадцяти ЗОЗ працювали фонди закладів, на рахунки яких пацієнти також здійснювали платежі.

ФІЗИЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА

Пацієнти здебільшого не спостерігали нерегламентованої присутності представників фондів, релігійних спільнот, приватних осіб безпосередньо у приміщенні закладів охорони здоров'я.

4,2% респондентів були свідками того, що певні особи, зокрема представники релігійних спільнот, відвідували заклад з метою спілкування з пацієнтами, що не має відношення до діяльності ЗОЗ.

Зі звітами за результатами проведеної роботи у кожному закладі можна ознайомитися за [посиланням](#).

Виклики в отриманні медичних послуг із реабілітації

Пацієнти не мають повного уявлення про вичерпний спектр послуг, доступних у рамках ПМГ з реабілітації. Через це їхня оцінка досвіду реабілітації містить похибку обмеженої обізнаності, а не базується на фактичному обсязі медичних послуг, які має забезпечити ЗОЗ.

У половині випадків (52%) пацієнтів не залучають до складання ІРП, постановки мети реабілітації — пацієнти не знайомі з ІРП, часто плутають його із призначенням процедур. Вони не володіють інформацією щодо стану власного функціонування, прогнозу відновлення, не розрізняють фахівців із реабілітації, не розуміють їхніх ролей.

73% ЗОЗ потребують удосконалення просторових рішень у будівлях, де облаштовані відділення реабілітації. Вертикальні комунікації не завжди вповні реалізовані з перспективи універсального дизайну або ж функціонують обмежено. Також необхідно покращити горизонтальні комунікації, оскільки у приміщеннях є високі пороги, вузькі та недостатньо освітлені коридори.

Потреба пацієнтів у ДЗР задовольняється закладами охорони здоров'я не повною мірою.

Реабілітаційна допомога переважно надається у недостатній кількості занять із фахівцями МДРК, часто груповим методом. Використовується багато пасивних втручань, які не можуть замінити активної терапії, що не відповідає принципам доказовості та не є ефективним використанням коштів ПМГ. Час реабілітаційних сесій недостатній для пацієнтів стаціонару (менше трьох годин реабілітації на добу).

Низький рівень поінформованості пацієнтів та недостатня комунікація фахівців із реабілітації в ЗОЗ створює простір для недобросовісного надання послуг у рамках ПМГ з реабілітації.

Відповідно до спостережень дослідницької команди, більшість пацієнтів, які перебували в реабілітаційному стаціонарі, не потребували перебування у стаціонарі, а були амбулаторними (вільно переміщувалися по відділенню, були незалежні у побуті, не потребували ДЗР). Більшість із цих пацієнтів могли потребувати лише допомоги одного фахівця з реабілітації, а не участі всієї МДРК реабілітаційної монопослуги.

Рекомендації для стейкхолдерів

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗАКЛАДАМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

щодо покращення інформаційної підтримки пацієнтів у процесі реабілітації:

► Покращення інформування про індивідуальні плани реабілітації (ІПР)

Рекомендується надавати чіткі роз'яснення щодо змісту ІПР, його цілей, завдань та очікуваних результатів. Необхідно пояснювати, що ІПР — це не лише графік призначень, а індивідуально розроблений план відновлення з урахуванням особливих потреб кожного пацієнта.

► Роз'яснення мети та завдань реабілітації

Проводити додаткові бесіди з пацієнтами, роз'яснюючи їм основну мету та конкретні завдання реабілітаційного процесу. Це допоможе пацієнтам краще зрозуміти, як реабілітаційні заходи сприяють їхньому відновленню та як кожен етап впливає на результати.

► Чітке пояснення формату індивідуальних занять

Пацієнтам слід пояснювати відмінність між індивідуальними та груповими заняттями, а також формат роботи спеціалістів у залі. Це допоможе уникнути хибних уявлень про тип наданої допомоги та очікувань від занять.

► Інформування про реабілітаційний прогноз та можливі ускладнення

Важливо включати пояснення про реалістичні очікування щодо прогресу, можливі ускладнення та тривалість відновлення. Рекомендується забезпечити обізнаність пацієнтів про ці аспекти перед початком програми реабілітації.

► Підвищення обізнаності про безкоштовні послуги, права та можливості ПМГ

Необхідно, щоб відповідальні особи у закладі, наприклад представники пацієнта, інформували пацієнтів про наявність безкоштовного пакету реабілітаційних послуг та його зміст на всіх етапах лікування, щоб пацієнти могли повною мірою скористатися своїми правами.

► Підбір терапії з урахуванням індивідуальних потреб

Рекомендується забезпечити отримання реабілітаційних процедур відповідно до конкретних потреб кожного пацієнта, а не лише на основі діагнозу. Це може зменшити ризики неправильного вибору терапії та підвищити ефективність відновлення.

Також закладам охорони здоров'я необхідно звернути увагу на:

► Забезпечення чіткої ідентифікації фахівців, які проводять реабілітаційні заходи

Необхідно визначити й розмежувати ролі фізичних терапевтів, ерготерапевтів, їхніх асистентів, медсестер, масажистів та інших фахівців. Це допоможе уникнути плутанини серед пацієнтів, підвищити ефективність реабілітаційного процесу, а також сприятиме кращому розумінню пацієнтами обсягів наданої їм медичної послуги.

► **Забезпечення доступності допоміжних засобів реабілітації (ДЗР)**

З метою підвищення задоволеності пацієнтів варто переглянути доступність ДЗР як для стаціонарних, так і для амбулаторних пацієнтів. Це допоможе знизити нерівномірний розподіл ресурсів та забезпечити всім пацієнтам рівний доступ до необхідних засобів.

► **Покращення доступності амбулаторних зон**

Особливу увагу варто звернути на доступність приміщень, де надається амбулаторна допомога, оскільки там її рівень нижчий. Пандуси та безбар'єрні входи значно покращать умови для всіх категорій пацієнтів.

► **Забезпечення цілодобового доступу до адаптованих вбиралень**

Рекомендується усунути обмеження доступу до вбиралень та забезпечити можливість їх використання без необхідності звертатися до персоналу. Це зменшить незручності для пацієнтів та підвищить їхню незалежність у закладі.

Вказані заходи можуть значно підвищити задоволеність пацієнтів реабілітаційними послугами та сприяти успішному досягненню реабілітаційних цілей.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗАМОВНИКАМ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ:

► Залучати фахівців із реабілітації до моніторингових візитів НСЗУ щодо реабілітаційних послуг для здійснення комплексного аналізу надання реабілітаційної послуги з можливістю перегляду історій хвороби та опитування працівників.

► Врахувати досвід пацієнта при розробці вимог до надавачів реабілітаційної допомоги в рамках ПМГ на наступні роки, зокрема в частині маршрутизації пацієнтів та оптимізації мережі надавачів реабілітаційної допомоги.

► Сприяти підвищенню рівня поінформованості пацієнтів про всі аспекти програми медичних гарантій у межах пакетів «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах».

► Розробити механізм залучення громадського сектору до процесу моніторингу, зокрема в частині вивчення досвіду пацієнтів. Важливо враховувати перспективу пацієнта при розробці рішень щодо послуг у рамках ПМГ. Створення сталих механізмів для систематичного вивчення пацієнтського досвіду дозволить краще розуміти потреби та очікування пацієнтів. Водночас розвиток співпраці з громадськими організаціями, які можуть активно долучитися до моніторингу та аналізу досвіду пацієнтів, сприятиме відкритості та прозорості процесів надання медичних послуг.

► МОЗ України має налагодити систему управління та оцінки якості надання послуг із реабілітації, зокрема з урахуванням досвіду пацієнта. Вдосконалення стандартів надання послуг реабілітації, які враховують досвід пацієнтів, навчання медичних працівників важливості пацієнтоцентричного підходу, а також встановлення чітких критеріїв оцінки якості надання послуг реабілітації та регулярний моніторинг їх виконання дозволить виявляти недоліки та своєчасно вживати заходи для їх усунення.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Вимоги до надання послуги відповідно до пакету ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»

ДОДАТОК 2

Вимоги до надання послуги відповідно до пакету ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»

ДОДАТОК 1

Вимоги до надання послуги відповідно до пакету ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»

Підстави надання послуги:

- ▶ направлення лікуючого лікаря, зокрема лікаря фізичної та реабілітаційної медицини;
- ▶ переведення з іншого закладу чи клінічного підрозділу ЗОЗ.

Вимоги до організації надання послуги:

1. Забезпечення проведення первинного, етапних, заключного реабілітаційних обстежень лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, іншими спеціалістами (у разі потреби) та фахівцями з реабілітації — членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди.
2. Забезпечення складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди та здійснення контролю за його виконанням.
3. У разі потреби пацієнта у первинному протезуванні та ортезуванні до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди долучається протезист-ортезист, який працює у реабілітаційному закладі, реабілітаційному відділенні, підрозділі закладу охорони здоров'я або надає реабілітаційну допомогу на підставі укладеного договору між реабілітаційним закладом, що має у своєму штаті таких фахівців, та закладом охорони здоров'я, в якому розміщується відповідне реабілітаційне відділення чи підрозділ.
4. Забезпечення проведення лабораторних досліджень, визначених у специфікаціях, у закладі або на умовах договору підряду.
5. Забезпечення проведення інструментальних досліджень, визначених у специфікаціях, у закладі або на умовах договору підряду.
6. Забезпечення консультування пацієнтів іншими спеціалістами та фахівцями у сфері охорони здоров'я.

7. Надання реабілітаційної допомоги високого обсягу (три та більше годин реабілітації на добу) пацієнтам, які потребують реабілітації (нейрореабілітація та / або ортопедична реабілітація, та / або кардіореспіраторна реабілітація та інші) у стаціонарних умовах (у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування), упродовж післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану.
8. Забезпечення підбору, налаштування та навчання користувачу допоміжними засобами реабілітації.
9. Забезпечення дотримання реабілітаційного маршруту пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги, відповідно до галузевих стандартів, видача електронного направлення на подальші курси реабілітації (у разі потреби) після завершення курсу реабілітаційної допомоги, що надавався у стаціонарних умовах, та обов'язкове інформування пацієнтів про можливі маршрути.
10. Забезпечення переведення пацієнтів (у разі потреби) в інші заклади чи підрозділи для надання їм спеціалізованої медичної допомоги.
11. Забезпечення цілодобового медсестринського догляду.
12. Оцінювання болю та своєчасне знеболення (ненаркотичними знеболювальними препаратами) пацієнтів за наявності показань на всіх етапах надання їм реабілітаційної допомоги.
13. Інформування пацієнтів та / або їхніх законних представників щодо можливостей профілактики, лікування та реабілітації, залучення пацієнтів до ухвалення рішень щодо їхнього здоров'я, узгодження індивідуального реабілітаційного плану з пацієнтами відповідно до їхніх очікувань та можливостей.
14. Забезпечення проведення регулярних зборів (щонайменше щотижня) мультидисциплінарної реабілітаційної команди, на яких за результатами реабілітаційного обстеження пацієнтів фахівцями з реабілітації розробляється, затверджується або змінюється індивідуальний реабілітаційний план, оцінюється виконання плану і здійснюється його коригування.
15. Залучення до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди соціального працівника, який забезпечує взаємодію зі службами соціального захисту з метою вчасної організації модифікації середовища, до якого особа, яка потребує реабілітації, повернеться після отримання реабілітаційної допомоги, та організації забезпечення допоміжними засобами реабілітації після закінчення стаціонарної реабілітаційної допомоги.
16. Забезпечення взаємодії з нереабілітаційними відділеннями та підрозділами закладу, окремими медичними працівниками, які надають медичну допомогу в закладі, з метою надання консультативної та методологічної підтримки з питань обмежень повсякденного функціонування / життєдіяльності пацієнтів та з питань надання їм реабілітаційної допомоги.

17. Забезпечення консультативної та методологічної підтримки пацієнтів, які потребують реабілітації, членів їхніх сімей, інших осіб, які здійснюють догляд, з питань обмежень повсякденного функціонування / життєдіяльності та надання реабілітаційної допомоги.
18. Забезпечення взаємодії з іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування населення, іншими надавачами соціальних послуг, зокрема неурядовими та благодійними організаціями, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, органами місцевого самоврядування на території обслуговування в інтересах своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам.
19. Обов'язкове інформування пацієнтів щодо можливості отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій.
20. Забезпечення безперервного професійного розвитку спеціалістів та фахівців із реабілітації згідно із законодавством.
21. Здійснення постійного контролю ефективності наданої реабілітаційної допомоги та застосування допоміжних засобів реабілітації шляхом збору, обробки, аналізу, зберігання та передачі інформації, яку внесено до медичних записів індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації, та медичної інформаційної системи закладу.
22. Наявність затвердженої програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекційним захворюванням, пов'язаним із наданням медичної та реабілітаційної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ.
23. Наявність локальних документів з інфекційного контролю за особливо небезпечними інфекційними хворобами (ОНІХ), запобігання розповсюдженню цих хвороб з обов'язково відпрацьованим сценарієм впровадження протиепідемічного режиму в ЗОЗ та його суворого дотримання в організації роботи та наданні медичної та реабілітаційної допомоги в умовах виникнення пандемії, а також у випадку виникнення осередку інфікування ОНІХ.
24. Наявність внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства зі здійсненням безперервного моніторингу індикаторів оцінки та критеріїв доступності, якості, безпеки надання медичної допомоги за напрямом її надання, ефективного контролю та управління якістю ЗОЗ для забезпечення прав пацієнтів на отримання медичної допомоги та реабілітаційної допомоги необхідного обсягу та належної якості.
25. Здійснення закупівлі лікарських засобів, визначених Національним переліком основних лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, необхідних для надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
26. Організація ефективного управління запасами лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, закуплених ЗОЗ або отриманих шляхом централізованих закупівель МОЗ. Використання та збереження залишків лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для лікування пацієнтів, зокрема після закінчення дії договору з НСЗУ.
27. Дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству, зокрема виявлення ознак насильства у пацієнтів та повідомлення відповідних служб згідно із затвердженим законодавством.
28. Дотримання прав людини надавачем медичних послуг відповідно до рекомендацій Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Конвенції про права дитини та інших міжнародних договорів, ратифікованих Україною.
29. Забезпечення проведення консультацій, зокрема телемедичними засобами (телеконсультування в режимі реального часу) з обов'язковим заповненням облікових форм № 001/тм та № 002/тм та внесенням інформації в «Журнал обліку телемедичних консультацій» (форма № 003/тм).
30. Забезпечення дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та / або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини відповідно до нормативно-правових актів.

Додаткові вимоги до організації надання реабілітаційної допомоги:

1. Забезпечення (в разі потреби) лікування та / або догляду за післяопераційними ранами, куксами в закладі.
2. Забезпечення проведення інструментальних досліджень, визначених у додаткових вимогах специфікації, у закладі або на умовах договору підряду.
3. Забезпечення проведення лабораторних досліджень, визначених у додаткових вимогах специфікації, у закладі або на умовах договору підряду.
4. Забезпечення надання реабілітаційної допомоги високого обсягу (три та більше годин) пацієнтам, які потребують комплексної (два чи більше напрямів — нейрореабілітація та / або ортопедична реабілітація, та / або психологічна реабілітація, та / або кардіореспіраторна реабілітація та інші) реабілітації у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування, протягом післягострого періоду відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану.
5. Забезпечення цілодобового лікарського та медсестринського догляду.

Вимоги до організації стаціонарного відділення для надання реабілітаційної допомоги:

1. Наявність стаціонарного реабілітаційного відділення для надання реабілітаційної допомоги (щонайменше 20 реабілітаційних ліжок).
2. Наявність кабінету асистивних технологій з 01 липня 2024 року.
3. Наявність приміщень для проведення фізичної терапії — зал (зали) фізичної терапії та кабінет (кабінети) для надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з фізичної терапії.
4. Наявність приміщень для проведення ерготерапії — зал ерготерапії та кабінет (кабінети) для надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з ерготерапії.
5. Наявність кабінету для надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з терапії мови та мовлення.
6. Наявність кабінету для надання психологічної допомоги.
7. Наявність приміщення для забезпечення організації загальної середньої освіти (у разі надання реабілітаційної допомоги особам віком до 18 років, які потребують реабілітації, та дітям з інвалідністю).
8. Наявність просторого туалету та душу, обладнання для осіб, які користуються кріслами колісними, достатньо просторого для одночасного перебування пацієнта та фахівця з реабілітації, який надає реабілітаційну допомогу.

Додаткові вимоги до організації стаціонарного відділення для надання реабілітаційної допомоги:

1. Наявність маніпуляційного кабінету, зокрема для проведення інвазивних реабілітаційних втручань.
2. Наявність перев'язувального кабінету в закладі за місцем надання реабілітаційної допомоги.
3. Забезпечення проведення ультразвукових та електрофізіологічних (електронейроміографія) методів дослідження у реабілітації в закладі за місцем надання реабілітаційної допомоги.
4. Наявність приміщення або території для навчання навичкам користування кріслом колісним.

Вимоги до спеціалістів та кількості фахівців у сфері охорони здоров'я, які працюють на посадах:

1. За місцем надання послуг:
 - a. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.
 - b. Лікар-психолог та / або лікар-психотерапевт, та / або психотерапевт, та / або клінічний психолог, та / або психолог — щонайменше 2 особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

c. Фізичний терапевт — щонайменше 3 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.

d. Ерготерапевт — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.

e. Асистент фізичного терапевта та / або асистент ерготерапевта, та / або фізичний терапевт — щонайменше 3 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.

f. Сестра медична (брат медичний) та / або сестра медична (брат медичний) з реабілітації — щонайменше 7 осіб, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.

2. У ЗОЗ (ОДНА АДМІНІСТРАТИВНА ОДИНИЦЯ):

a. Лікар-ортопед-травматолог та / або лікар-ортопед-травматолог дитячий — щонайменше 1 особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом (для ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу відповідно дорослим або дітям від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату).

b. Лікар-невропатолог та / або лікар-невролог дитячий — щонайменше 1 особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом (для ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу відповідно дорослим або дітям від трьох років з ураженням нервової системи).

c. Лікар-педіатр — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом (для ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу дітям від трьох років).

d. Логопед (терапевт мови та мовлення) — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

Додаткові вимоги до спеціалістів та кількості фахівців, які працюють на посадах:

3. За місцем надання послуг відповідають вимогам до спеціалістів та кількості фахівців у сфері охорони здоров'я, які працюють на посадах.

У ЗОЗ:

a. Лікар з ультразвукової діагностики — щонайменше 1 особа додатково до основного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

b. Лікар-психіатр та / або лікар-психіатр дитячий — щонайменше 1 особа додатково до основного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

c. Лікар-педіатр — щонайменше 1 особа додатково до основного переліку, яка працює за основним місцем роботи (для ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу дітям від трьох років).

d. Лікар-терапевт та / або лікар-кардіолог, та / або лікар-кардіолог-електрофізіолог, та / або лікар-кардіолог інтервенційний, та / або лікар-кардіолог дитячий, та / або лікар-кардіоревматолог дитячий — щонайменше одна особа додатково до основного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

e. Рентген-лаборант — щонайменше 1 особа додатково до основного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

Вимоги до переліку обладнання:

1. За місцем надання медичних послуг відповідно до напрямку реабілітації:

a. Приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів;

b. Система централізованого постачання кисню із джерелом медичного кисню (центральный кисневий пункт та / або киснево-газифікаційна станція, та / або кисневий/і концентратор/и), або кисневий концентратор, що здатний підтримувати швидкість потоку кисню щонайменше 10 л/хв — 2;

c. Електрокардіограф багатоканальний;

d. Портативний дефібрилятор із функцією синхронізації;

e. Протипролежневі матраци — щонайменше 6 (у разі надання реабілітаційної допомоги дітям — щонайменше 4);

f. Функціональне ліжко — щонайменше 20 (у разі надання реабілітаційної допомоги дітям — щонайменше 4);

g. Пристрій для підняття пацієнтів у ліжку — щонайменше 1;

h. Протипролежневі подушки — щонайменше 6 (у разі надання реабілітаційної допомоги дітям — щонайменше 4);

i. Аспіратор (відсмоктувач);

j. Система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO₂, t) — щонайменше 2;

k. Крісло для душа — щонайменше 3 (у разі відсутності обладнаної душової кімнати);

l. Тонometr та / або тонometr педіатричний з манжетками для дітей різного віку — щонайменше 6;

m. Пульсоксиметр — щонайменше 4;

n. Термометр безконтактний;

o. Глюкометр;

p. Широка кушетка з регуляцією по висоті — щонайменше 3;

q. Допоміжні засоби реабілітації для забезпечення мобільності різного типу і розміру відповідно з розподілом для дорослих та дітей — крісла колісні, палиці, милиці, ходунки;

засоби альтернативної комунікації (комунікативні дошки, книги, пристрої);

r. Стандартизовані тести та нестандартизовані набори для проведення терапевтичного оцінювання;

s. Стілець-туалет — щонайменше 6 (у разі відсутності обладнаної санітарної кімнати у кожній палаті);

t. Ортези, бандажі, слінги (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

u. Засоби для позиціонування різних форм та розмірів;

v. Обладнання, матеріали та засоби для відновлення участі в активностях повсякденного життя, включаючи відновлення когнітивних функцій, зокрема допоміжне обладнання (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

w. М'ячі (футболи) різного розміру і форми;

x. Степ-платформи;

y. Велотренажер;

z. Обладнання для функціональної електростимуляції при наданні реабілітації дорослому населенню (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

aa. Шведська стінка;

bb. Механічний та / або автоматичний ротор для тренування верхніх та нижніх кінцівок (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

dd. Реабілітаційна бігова доріжка;

ee. багатофункціональний комплекс реабілітації (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

ff. Модуль активної реабілітації (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

gg. Комплект гумових джгутів, гантелі, обтяжувачі, терапевтичні еластичні стрічки, терапевтичний пластилін;

hh. Реабілітаційні пояси для страхування пацієнтів під час ходьби — щонайменше 4;

ii. Обладнання для оцінювання та відновлення сенсорних та рухових функцій верхньої кінцівки (зокрема гоніометри, динамометри, пінчметри, комплекти обтяжувачів на руки різної ваги, комплекти кілець, конусів, прищіпок, терапевтичний пластилін, еспандери, еластичні стрічки тощо) — для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації;

jj. Допоміжне обладнання для дотягування та хапання, одягання / роздягання та адаптивний одяг;

kk. Матеріали та засоби для відновлення і розвитку ігрових, соціальних навичок та навичок самообслуговування (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

ll. Вертикалізатори різних типів та розмірів (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

mm. адаптивні засоби та матеріали для розвитку навичок ковтання, вживання та приготування їжі (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

nn. Поручні реабілітаційні вздовж залу та / або бруси реабілітаційні у залі фізичної терапії;

oo. Бруси реабілітаційні з перешкодами (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

pp. напівсфера балансувальна на платформі — щонайменше 2 (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

qq. подушка-балансир — щонайменше 2 (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

rr. Тренажер для збільшення сили та об'єму рухів у суглобах кінцівок (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

ss. Обладнання, іграшки та / або матеріали для сенсорної стимуляції та розвитку рухових навичок (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

tt. Настінне дзеркало та / або мобільне дзеркало на коліщатах (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

uu. Меблі та матеріали у залі ерготерапії чи іншому доступному приміщенні, що симулюють облаштування житлового помешкання для відновлення участі в активностях повсякденного життя (шафи, стіл, стілець, комп'ютер, телефон, дошка для прасування, праска, великий настінний годинник, календар, книги, газети, журнали тощо) — для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямом нейрореабілітації;

vv. Кухня та кухонні матеріали для відновлення участі в інструментальній активності повсякденного життя (мийка, плита, мікрохвильова піч, холодильник, набір ерготерапевтичного посуду, чайник електричний) — для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямом нейрореабілітації.

Додаткові вимоги до переліку обладнання:

1. За місцем надання медичних послуг відповідно до напряму реабілітації:

a. Пристрій для підняття пацієнтів у ліжку — щонайменше 1 додатково до основного переліку на кожні 20 додаткових ліжок;

b. Механічний та / або автоматичний ротор для тренування верхніх та нижніх кінцівок для лежачих хворих на кожні 10 додаткових ліжок;

c. Механічний та / або автоматичний ротор для тренування гомілковостопних та колінних суглобів на кожні 10 додаткових ліжок;

d. Механічний та / або автоматичний ротор для тренування променево-зап'ясткових та ліктьових суглобів на кожні 10 додаткових ліжок.

2. У ЗОЗ:

a. Система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії;

b. Електроміограф для електрофізіологічних методів дослідження в реабілітації.

Інші вимоги:

Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю «фізична та реабілітаційна медицина, ортопедія і травматологія» та / або «дитяча ортопедія і травматологія, неврологія», та / або «дитяча неврологія».

Будівля, що відповідає вимогам ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд».

ДОДАТОК 2

Вимоги до надання послуги відповідно до пакету ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»

Підстави надання послуги:

- ▶ направлення лікаря з надання ПМД, якого обрано за декларацією про вибір лікаря;
- ▶ направлення лікуючого лікаря, у тому числі лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.

Вимоги до організації надання послуги:

1. Наявність приміщень для надання реабілітаційної допомоги відповідного напрямку.
2. Забезпечення проведення первинного, етапних, заключного реабілітаційних обстежень лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації — членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди.
3. Забезпечення складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди та здійснення контролю за його виконанням пацієнтами.
4. Забезпечення надання реабілітаційної допомоги (зокрема із застосуванням телереабілітації) середнього обсягу (від однієї до двох годин реабілітації на добу) та / або низького обсягу (одна або менше годин реабілітації на добу) пацієнтам, які потребують нейрореабілітації та / або ортопедичної реабілітації, та / або психологічної реабілітації, та / або кардіореспіраторної реабілітації, та / або комплексної реабілітації та інших напрямів реабілітації, упродовж післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів відповідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану.
5. Забезпечення підбору, налаштування та навчання користувачу допоміжними засобами реабілітації.
6. Забезпечення дотримання реабілітаційного маршруту пацієнтів, які потребують реабілітаційної допомоги, відповідно до галузевих стандартів та обов'язкове інформування пацієнтів про ці маршрути, що визначаються станом їхнього здоров'я.
7. Забезпечення надання психологічної допомоги.
8. Забезпечення направлення пацієнтів, за наявності показань, для проведення лабораторних та / або інструментальних обстежень у закладі або на умовах договору підряду.
9. Забезпечення консультування пацієнтів іншими спеціалістами та фахівцями у сфері охорони здоров'я.
10. Забезпечення направлення пацієнтів в інші заклади чи підрозділи для надання їм спеціалізованої медичної допомоги (в разі потреби).
11. Інформування пацієнтів, родини чи доглядачів щодо можливостей профілактики, лікування та реабілітації, залучення пацієнтів до ухвалення рішень щодо їхнього здоров'я, узгодження індивідуального реабілітаційного плану з пацієнтами відповідно до їхніх очікувань та можливостей.
12. Забезпечення організації навчання пацієнтів, родини чи доглядачів особливостям догляду, запобіганню можливих ускладнень та дотриманню рекомендацій на всіх етапах надання допомоги.
13. Забезпечення оформлення довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та направлень на лікарсько-консультативну комісію та / або медико-соціально-експертну комісію.
14. Забезпечення консультативної та методологічної підтримки пацієнтів, які потребують реабілітації, членів їхніх сімей, інших осіб, які здійснюють догляд, з питань обмежень повсякденного функціонування / життєдіяльності та надання реабілітаційної допомоги.
15. Забезпечення взаємодії з іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування населення, іншими надавачами соціальних послуг, зокрема неурядовими та благодійними організаціями, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, органами місцевого самоврядування на території обслуговування в інтересах своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам.

16. Обов'язкове інформування пацієнтів щодо можливості отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій.
17. Забезпечення безперервного професійного розвитку спеціалістів та фахівців із реабілітації згідно із законодавством.
18. Здійснення постійного контролю ефективності наданої реабілітаційної допомоги та застосування допоміжних засобів реабілітації шляхом збору, обробки, аналізу, зберігання та передачі інформації, яку внесено до медичних записів індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації, та медичної інформаційної системи закладу.
19. Наявність затвердженої програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекційним захворюванням, пов'язаним із наданням медичної та реабілітаційної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ.
20. Наявність локальних документів з інфекційного контролю за особливо небезпечними інфекційними хворобами (ОНІХ) та запобігання їх розповсюдженню з обов'язково відпрацьованим сценарієм щодо впровадження протиепідемічного режиму у ЗОЗ та його суворого дотримання в організації роботи та наданні медичної та реабілітаційної допомоги в умовах виникнення пандемії, а також у випадку виникнення осередку інфікування ОНІХ.
21. Наявність внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства зі здійсненням безперервного моніторингу індикаторів оцінки та критеріїв доступності, якості, безпеки надання медичної допомоги відповідно до її напряму, ефективного контролю та управління якістю ЗОЗ для забезпечення прав пацієнтів на отримання медичної допомоги та реабілітаційної допомоги необхідного обсягу та належної якості.
22. Дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству, зокрема виявлення ознак насильства у пацієнтів та повідомлення відповідних служб згідно із затвердженим законодавством.
23. Дотримання прав людини надавачем медичних послуг відповідно до рекомендацій Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Конвенції про права дитини та інших міжнародних договорів, ратифікованих Україною.
24. Забезпечення проведення консультацій, зокрема телемедичними засобами (телеконсультування в режимі реального часу), з обов'язковим заповненням облікових форм № 001/тм та № 002/тм та внесенням інформації в «Журнал обліку телемедичних консультацій» (форма № 003/тм).

25. Забезпечення дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та / або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини відповідно до нормативно-правових актів.

Вимоги до спеціалістів та кількості фахівців у сфері охорони здоров'я, які працюють на посадах:

1. За місцем надання послуг:

- a. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.
- b. Лікар-психолог та / або лікар-психотерапевт, та / або психотерапевт, та / або клінічний психолог, та / або психолог — щонайменше 2 особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.
- c. Фізичний терапевт — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.
- d. Ерготерапевт — щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.
- e. Асистент фізичного терапевта та / або асистент ерготерапевта, та / або фізичний терапевт — щонайменше 1 особа, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.
- f. Логопед (терапевт мови та мовлення) — щонайменше 1 особа, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом.
- g. Сестра медична (брат медичний) — щонайменше 1 особа, яка працює за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ.

Вимоги до переліку обладнання:

1. За місцем надання медичних послуг відповідно до напрямку реабілітації:

- a. Тонометр та / або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку — щонайменше 4;
- b. Пульсоксиметр — щонайменше 2;
- c. Пермометр безконтактний;
- d. Глюкометр;
- e. Широка кушетка з регуляцією по висоті — щонайменше 2;
- f. Асистивне обладнання для забезпечення мобільності різного типу і розміру відповідно з розподілом для дорослих та дітей — крісла колісні, палиці, милиці, ходунки, вертикалізатори; засоби альтернативної комунікації (комунікативні дошки, книги, пристрої);
- g. Ортези, бандажі, слінги (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);
- h. Поручні реабілітаційні вздовж залу та / або бруси реабілітаційні у залі фізичної терапії;
- i. Бруси реабілітаційні з перешкодами (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);
- j. Тренажери сходи-бруси;
- k. Напівсфера балансувальна на платформі — щонайменше 2 (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);
- l. Тренажер для збільшення сили та об'єму рухів у суглобах кінцівок (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);
- m. Обладнання, іграшки та / або матеріали для сенсорної стимуляції та розвитку рухових навичок (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);
- n. Настінне дзеркало та / або мобільне дзеркало на коліщатах (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);
- o. Обладнання, матеріали та засоби для відновлення участі в активностях повсякденного життя, включаючи відновлення когнітивних функцій (у тому числі допоміжне обладнання);
- p. М'ячі (футболи) різного розміру і форми;

q. Різні типи балансирів (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

r. Степ-платформи;

s. Велотренажер;

t. Шведська стінка;

u. Механічний та / або автоматичний ротор для тренування верхніх та нижніх кінцівок (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

v. Механічний та / або автоматичний апарат для тренування суглобів пальців рук (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

w. Реабілітаційна бігова доріжка;

x. Комплект гумових джгутів, гантелі, терапевтичні резинки, терапевтичний пластилін;

y. Реабілітаційні пояси для страхування пацієнтів під час ходьби — щонайменше 2 (для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації);

z. Обладнання для оцінювання та відновлення сенсорних та рухових функцій верхньої кінцівки (зокрема гоніометри, динамометри, комплекти обтяжувачів на руки різної ваги, комплекти кілець, конусів, прищіпок, еспандери, еластичні стрічки, ігрові матеріали тощо) — для закладів, які надають реабілітаційну допомогу за напрямами нейро- та / або ортореабілітації;

aa. Допоміжне обладнання для дотягування та хапання, одягання / роздягання та адаптивний одяг;

bb. Стандартизовані тести та нестандартизовані набори для проведення терапевтичного оцінювання;

cc. Матеріали та засоби для відновлення та розвитку ігрових, соціальних навичок та навичок самообслуговування;

dd. Адаптивні засоби та матеріали для розвитку навичок ковтання, годування та приготування їжі.

Інші вимоги:

1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю «фізична та реабілітаційна медицина».
2. Будівля, що відповідає вимогам ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд».

