

Реабілітація на рівні громади в Україні:

досвід пілотування та рекомендації
для впровадження комплексного підходу



Київ - 2025

МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ЛЮДИНИ – РОЗВИТОК ДЛЯ ГРОМАДИ



Проект «Реабілітація на рівні громади в Україні: Пілотування комплексного реабілітаційного підходу в цільових громадах» фінансується Європейським Союзом, реалізується БФ «Пацієнти України», і здійснюється Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в рамках «Спеціальної програми підтримки України /EU4ResilientRegions».

*Зміст цієї публікації щодо означеної діяльності належить виключно до відповідальності благодійного фонду «Пацієнти України». Думки, висновки або рекомендації належать авторам або укладачам публікації і не обов'язково відображають погляди Європейського Союзу, уряду Німеччини і Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
1. ВСТУП	6
1.1 Мета звіту та контекст проєкту	6
1.2 Про виконавця проєкту.....	7
1.3 Кому адресовано цей звіт	8
1.4 Як користуватись цим звітом	8
2. Огляд проєкту та його значення для громад	9
3. МЕТОДОЛОГІЯ	10
3.1 Відбір громад	10
3.2 Глибока оцінка громад.....	10
3.3 Особливості збору даних та обмеження методології	11
4. ПРОФІЛІ ГРОМАД: потреби, виклики та готовність до розвитку реабілітації.....	12
4.1 Узагальнене бачення трьох пілотних громад	12
4.2 Баштанська громада: потенціал, виклики та готовність до змін	13
4.3 Ніжинська громада: системні напрацювання та зони для розвитку	14
4.4 Роздільнянська громада: реабілітація як напрямок, що формується.....	16
5. МАРШРУТ ПАЦІЄНТА: практичні маршрути реабілітації в громадах.....	18
5.1 Як створювались маршрути: підхід, метод, учасники	18
5.2 Основні етапи маршрутів: спільна логіка і вузькі місця	18
5.3.1 Баштанська громада	20
5.3.2 Ніжинська громада	26
5.3.3 Роздільнянська громада.....	32

6. ПЛАНИ ДІЙ: впровадження у громадах	38
6.1 Як створювались плани дій	38
6.2 Що вдалося реалізувати	40
6.3 Що залишилось громадам на доопрацювання	43
7. Що змінилось в громадах у ході пілотування	45
8. Складнощі та обмеження.....	46
8.1 Що заважало реалізації комплексного підходу до реабілітації на рівні громади	46
8.2 Як громади реагували на труднощі	47
9. Практичні рекомендації	48
9.1 Якщо ви плануєте впровадження маршрутів у громаді	48
9.2 Якщо створюєте план дій	48
9.3 Якщо розбудовуєте команду та міжвідомчу співпрацю	49
9.4 Якщо хочете підсилити пацієнта як учасника процесу	49
10. Висновки і наступні кроки.....	50
10.1 Що довів пілот	50
10.2 Позиція команди проекту	50
10.3 Що далі: потреби, ресурси, готовність	51
Додаток 1. Інструмент оцінювання (методологія)	52
Додаток 2. План дій Ніжинської громади	88
Додаток 3. План дій Баштанської громади	107
Додаток 4. План дій Роздільнянської громади.....	126
Список джерел та корисних ресурсів.....	145

Перелік умовних скорочень

АТ	асистивні технології
ДЗР	допоміжні засоби реабілітації
ДНЗ	дошкільний навчальний заклад
ДС	дихальна система
ДЦ	дитячий церебральний параліч
ЕКОПФО	Експертна комісія з оцінювання повсякденного функціонування особи
ЕТ	ерготерапевт
ІПР	індивідуальний план реабілітації
ІРЦ	Інклюзивно-ресурсний центр
КУ ЦНСП	Комунальна установа «Центр надання соціальних послуг»
МДРК	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МТГ	міська територіальна громада
МВТ	мінно-вибухова травма
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОМС	органи місцевого самоврядування
ПМГ	Програма медичних гарантій
РАС	розлади аутистичного спектра
ССС	серцево-судинна система
ТГ	територіальна громада
ТММ	терапевт мови і мовлення
ФРМ	фізична реабілітаційна медицина
ФТ	фізичний терапевт
ЦМЛ	центральна міська лікарня
ЦНАП	центр надання адміністративних послуг
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги

1. ВСТУП

1.1 Мета звіту та контекст проєкту

Цей звіт підготовлений у межах проєкту **«Реабілітація на рівні громади в Україні: Пілотування комплексного реабілітаційного підходу в цільових громадах»**, що фінансується Європейським Союзом, реалізується БФ «Пацієнти України» та здійснюється Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH у рамках «Спеціальної програми підтримки України / EU4ResilientRegions».

Метою звіту є задокументувати підхід, кроки впровадження, виклики та досягнення пілотної ініціативи, спрямованої на розробку та тестування моделі комплексної реабілітації на рівні громад. Документ покликаний слугувати практичним орієнтиром для інших громад, які прагнуть розбудовувати реабілітаційні послуги з урахуванням як медичних, так і немедичних компонентів, а також сприяти масштабуванню ефективних практик у межах національної системи реабілітації.

Звіт демонструє, яким чином розроблялися та впроваджувалися елементи комплексної реабілітації в пілотних громадах з урахуванням місцевого контексту, наявних ресурсів і стратегій, а також відповідно до національної рамки розвитку системи реабілітації в Україні. Особлива увага приділена ролі мультидисциплінарних команд, залученню соціальних працівників, побудові маршрутів пацієнтів та забезпеченню сталих зв'язків між медичними та немедичними установами.

Контекст

До 2015 року система реабілітації в Україні залишалася переважно застарілою, з поширенням недоказових підходів. Прийняття у 2020 році Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» стало важливою віхою, що заклала законодавчу основу для надання реабілітаційної допомоги на первинному та спеціалізованому рівнях. Проте саме повномасштабне вторгнення росії у 2022 році стало каталізатором термінових змін у системі охорони здоров'я, зокрема, у сфері реабілітації. Щодня українці зазнають спінальних і черепно-мозкових травм, ампутацій, опіків, порушень слуху та зору, що потребують не лише медичної стабілізації, але й інтенсивної та комплексної реабілітації для якнайшвидшого відновлення та повернення до звичного життя.

Відповідно до логіки розвитку реабілітаційної системи, маршрут пацієнта охоплює кілька етапів: надкластерні заклади охорони здоров'я надають допомогу найвищого рівня складності; далі — кластерні заклади, що працюють зі стабілізованими пацієнтами та базовими реабілітаційними випадками; а завершальним етапом є реабілітація у загальних лікарнях і центрах первинної медико-санітарної допомоги на рівні громади — для довготривалої підтримки, найближчої до місця проживання пацієнта.

Варто зазначити, що мета реабілітації виходить за межі «відновлення функції у найкоротший термін» і полягає у поверненні людини до максимально незалежного життя та участі в житті громади відповідно до статті 19 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю. Це означає не лише фізичне відновлення, але й соціальну інтеграцію, включаючи працевлаштування,

адаптацію житла, інклюзивну освіту для дітей та психологічну підтримку.

Наразі основні зусилля у розбудові системи реабілітації зосереджено переважно на перших двох етапах — надкластерному та кластерному рівнях. У 2023 році БФ «Пацієнти України» [1] в межах ініціативи «Реабілітація травм війни» [2] провів пілотування покращеного маршруту між надкластерними, кластерними та загальними закладами охорони здоров'я, з особливим акцентом на налагодженні реабілітаційного маршруту від обласного до районного рівня в Івано-Франківській та Львівській областях. Особливу роль у цьому процесі відіграли соціальні працівники, які були інтегровані в команди надкластерних та кластерних закладів.

Під час реалізації цієї ініціативи стало очевидним, що для досягнення повноцінної інклюзії пацієнтів у життя громади необхідно розширити модель на рівень громади. З огляду на це, наступним логічним кроком стала розробка й тестування комплексної моделі реабілітації в громадах, що відповідає Національній стратегії зі створення безбар'єрного простору та враховує індивідуальні потреби пацієнтів на всіх етапах реабілітації — як у стаціонарі, так і в амбулаторному та громадському середовищі.

1.2 Про виконавця проєкту

БФ «Пацієнти України» — одна з провідних пацієнтських організацій, створена у 2011 році для об'єднання спільнот пацієнтів із тяжкими, хронічними та рідкісними захворюваннями з метою захисту їхніх прав на лікування. Організація стала національним лідером у відстоюванні прав пацієнтів на якісну медичну допомогу. Місія фонду — **«Лікування доступне для всіх»**.

З моменту заснування фонд долучився до впровадження ключових реформ у сфері охорони здоров'я. Серед найбільших досягнень — участь у створенні Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я (2015-2020), адвокація Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який став основою медичної реформи в Україні, а також реформа державних закупівель ліків.

Із 2022 року, у відповідь на повномасштабне вторгнення, фонд суттєво розширив напрямки діяльності. Було створено гуманітарний штаб, який станом на березень 2025 року закупив та передав медичним закладам по всій Україні медичні вироби, обладнання та ліки на суму понад 291 мільйон гривень. Також відновлено 46 закладів первинної медичної допомоги на деокупованих територіях.

Одним із пріоритетів діяльності фонду є розвиток системи фізичної реабілітації в Україні, зокрема, через ініціативу **«Реабілітація травм війни»**, яка охоплює розвиток мережі надавачів послуг, підготовку фахівців, формування політик і впровадження сучасних підходів до реабілітації.

Фонд також активно підтримує продовження медичної реформи, розвиток професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я, захист прав пацієнтів та зміцнення ролі пацієнтських спільнот. У 2023 році представники організацій-членів «Пацієнтів України» увійшли до робочих груп МОЗ, зокрема щодо орфанних захворювань і державних закупівель. Фонд також виступив одним із ключових стейкхолдерів легалізації медичного канабісу в Україні.

На сьогодні БФ «Пацієнти України» об'єднує **51 члена від 39 організацій**, що представляють інтереси понад **4,5 мільйона пацієнтів**, має команду з **60+ професіоналів** та досвід реалізації масштабних проєктів у партнерстві з **GlZ, Enabel, SDC, Європейською Делегацією в Україні, UNDP, IOM, NED** тощо.

1.3 Кому адресовано цей звіт

Цей звіт насамперед стане у пригоді громадам, які прагнуть розвивати систему фізичної реабілітації на своєму рівні, підтримувати військових і цивільних у процесі інтеграції під час та після проходження реабілітації, а також відігравати активну роль у супроводі пацієнта.

Окрім того, документ буде корисним для державних і недержавних інституцій, а також громадських та міжнародних організацій, які планують впроваджувати комплексну модель реабілітації на рівні громад в Україні.

1.4 Як користуватись цим звітом

Звіт структуровано так, щоб забезпечити читача як загальним уявленням про підхід до реабілітації на рівні громади, так і конкретними прикладами реалізації. Його можна використовувати як:

- **практичний посібник** для розробки маршрутів пацієнтів, планування локальних дій, підбору команд та налагодження міжвідомчої взаємодії;
- **джерело натхнення** — для тих, хто шукає успішні кейси, приклади локальних рішень і підходів;
- **аналітичний матеріал** — для експертів, донорів та представників органів влади, зацікавлених у масштабуванні ефективних практик;
- **інформаційне підґрунтя** для адвокаційної роботи — з метою включення реабілітаційної компоненти до стратегій розвитку громад.

Матеріал подано послідовно: від методології оцінки – громад до конкретних планів дій, опису впроваджених заходів, аналізу результатів, викликів та рекомендацій для подальших дій.

2. Огляд проєкту та його значення для громад

Проект «Реабілітація на рівні громади в Україні: Пілотування комплексного реабілітаційного підходу в цільових громадах» було розроблено як практичну відповідь на потребу в ефективному завершальному етапі маршруту пацієнта – реабілітації в громаді. Його реалізація мала на меті не лише протестувати окремі інструменти, а й створити модель, яку можна масштабувати та адаптувати до потреб інших регіонів.

Першим кроком стало обрання трьох громад, які мали базовий рівень спроможності до впровадження змін. При відборі враховувалась не лише інфраструктура, а й рівень мотивації місцевої влади, наявність зацікавлених фахівців, а також готовність до міжсекторальної співпраці.

Після цього було розроблено спеціальний Інструмент оцінювання, який дозволив більш глибоко дослідити ситуацію в кожній громаді. Цей етап дав змогу виявити сильні сторони, прогалини та потенційні точки росту у сфері реабілітації.

На основі зібраних даних громади спільно з командою проєкту сформували маршрути пацієнта – тобто покрокову логіку, за якою людина може отримувати необхідну допомогу після виписки зі стаціонару, поступово повертаючись до повсякденного життя. Важливо, що ці маршрути враховували не лише медичну, а й соціальну, психологічну та побутову підтримку.

Щоб ці маршрути могли бути реалізовані на практиці, кожна громада розробила власний план дій. Частину заходів вдалося пропілотувати вже в межах проєкту – зокрема, провести навчання, закупити обладнання, допомогти у створенні внутрішніх документів. Інша частина залишилася у форматі «домашнього завдання», яке громади реалізовуватимуть самостійно.

Цей звіт є узагальненням усіх етапів проєкту, досвіду трьох пілотних громад, ключових досягнень та викликів. Його завдання – не лише підсумувати зроблене, а й дати поштовх для подальших дій: як у самих громадах охоплених проєктом, так і в тих громадах, які тільки починають шлях до побудови ефективної системи реабілітації на місцевому рівні.

3. МЕТОДОЛОГІЯ

3.1 Вибір громад

Для пілотування моделі комплексної реабілітації було важливо обрати громади, які мають не лише базову спроможність, а й мотивацію до реальних змін. Вибір здійснювався на конкурсній основі серед 20 громад з трьох цільових областей — Чернігівської, Миколаївської та Одеської — шляхом заповнення спеціального опитувальника.

Опитувальник охоплював три основні блоки:

- **спроможності у сфері охорони здоров'я громади** (наявність сімейних лікарів, доступ до реабілітаційних послуг, наявність фахівців з реабілітації та мультидисциплінарних команд);
- **соціальна та громадська підтримка** (інфраструктура соціальних послуг, активність місцевих організацій, інклюзивність);
- **потреби у реабілітації** (наявний попит на послуги, заплановані або чинні ініціативи).

Усього було отримано 14 заповнених анкет, за результатами яких для участі в проєкті було відібрано три громади: **Баштанську, Роздільнянську та Ніжинську**. Вони продемонстрували не лише достатній рівень базової інфраструктури, а й проактивну позицію у впровадженні реабілітаційних практик, наявність фахівців і відкритість до міжсекторальної співпраці.

3.2 Глибока оцінка громад

Після відбору було розроблено спеціальний **Інструмент оцінювання реабілітаційного потенціалу (Додаток 1. Інструмент оцінювання (методологія))**, що дозволив отримати поглиблену картину поточної ситуації в кожній громаді. Його мета — зібрати комплексні дані для подальшої розробки маршрутів пацієнта та планів дій.

Інструмент охоплював:

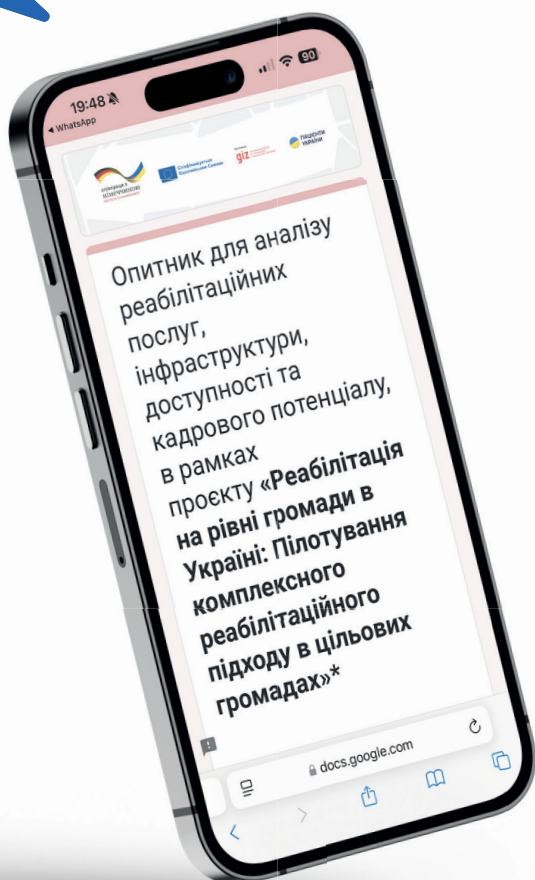
- оцінку спроможностей **закладів охорони здоров'я** (кадровий потенціал, наявність послуг і обладнання);
- стан **соціальної сфери** (програми підтримки, послуги для вразливих груп, координація з медичним сектором);
- залучення **органів місцевого самоврядування** (роль у плануванні, бюджетування, реалізації політик);
- залучення **громадських організацій та медичних працівників**, які могли дати незалежну оцінку стану реабілітації в громаді.

Методологія інструменту базувалася на міжнародних підходах — зокрема, документах ВООЗ (Rehabilitation 2030) [3], керівних принципах CBR (Community-Based Rehabilitation) [4], та інструменті STARS [5]. Після початкового розроблення інструмент було погоджено з експертами та національними стейкхолдерами, включно з представниками МОЗ, Мінсоцполітики, ветеранських організацій та професійних асоціацій.

Дані збирались шляхом онлайн-опитувань та очної зустрічі з представниками трьох громад. Учасниками стали представники місцевого самоврядування, медичної та соціальної сфери, центрів зайнятості та громадських організацій.

Отримані результати стали основою для:

- формування маршрутів пацієнта;
- розробки персоналізованих планів дій;
- визначення пріоритетів для коротко- і середньострокових інтервенцій.



3.3 Особливості збору даних та обмеження методології

Однією з ключових особливостей застосованої методології є те, що дані збирались переважно через опитування осіб, які потенційно володіють релевантною інформацією. Такий підхід дозволив у стислі терміни отримати первинну аналітику та уникнути перевантаження інституційними запитами, які зазвичай потребують більше часу на опрацювання відповідей.

Водночас цей формат має і свої обмеження. Частина учасників опитування не мала повного доступу до необхідної інформації або не володіла нею в повному обсязі. Також у громадах не всі дані, необхідні для глибокої оцінки реабілітаційного потенціалу, збираються системно або в структурованому вигляді. В окремих випадках респонденти не могли надати відповіді на всі запитання через відсутність відповідного обліку чи звітності.

Цей досвід дозволяє сформулювати важливу рекомендацію для подальших оцінювань: частину інформації доцільно збирати шляхом офіційних запитів до конкретних інституцій, які є її прямими носіями даних (наприклад, заклади охорони здоров'я, органи статистики, департаменти соціального захисту та охорони здоров'я тощо).

Разом з тим, використаний інструмент може мати цінність і для самих громад: він окреслює, які саме дані варто збирати на регулярній основі для кращого розуміння потреб у реабілітації, планування розвитку послуг та формування політик на рівні громади.

4. ПРОФІЛІ ГРОМАД: потреби, виклики та готовність до розвитку реабілітації

4.1 Узагальнене бачення трьох пілотних громад

Баштанська, Ніжинська та Роздільнянська громади, залучені до пілотного проекту, демонструють різний рівень інституційної готовності, кадрової забезпеченості та організації послуг. Водночас, попри відмінності, їхній досвід дозволяє виявити низку спільних закономірностей, які є репрезентативними для багатьох українських громад.

Потреба в реабілітації зростає і має комплексний характер

У всіх трьох громадах спостерігається зростання кількості осіб, які потребують реабілітаційних послуг — як результат старіння населення, наслідків війни, збільшення поширеності хронічних неінфекційних захворювань (серцево-судинні хвороби, діабет, інсульт, рак), а також психічних розладів.

Окрему групу становлять діти з неврологічними порушеннями, зокрема РАС, ДЦП, епілепсією, інтелектуальними порушеннями.

Високою залишається потреба в послугах для людей старшого віку, осіб з інвалідністю, а також ветеранів, які потребують фізичної, психологічної та соціальної реабілітації.

Ключові виклики — нестача фахівців, недостатнє фінансування та слабка координація

У всіх трьох громадах є дефіцит фахівців з реабілітації, особливо лікарів ФРМ, ерготерапевтів, ТММ і спеціалістів для

роботи з дітьми. Існуючі фахівці часто перевантажені або не мають умов для повноцінної роботи.

Фінансування з місцевих бюджетів переважно не передбачає цільових програм підтримки реабілітації. Закупівля обладнання, забезпечення ДЗР і транспортних рішень часто здійснюється за підтримки благодійників або міжнародних проектів.

Слабка інтеграція медичних, соціальних, освітніх та громадських служб створює розриви у маршрутах пацієнта та ускладнює доступ до реабілітації після виписки або повернення в громаду.

Інституційна спроможність громад — нерівномірна і фрагментарна

Не всі громади мають стратегії розвитку реабілітації чи безбар'єрності, координаторів або робочі групи з цього напрямку. Часто навіть ті стратегії, що затверджені, не враховують в повній мірі потреб осіб з інвалідністю, ветеранів або дітей із порушеннями розвитку.

Організація реагування на надзвичайні ситуації (зокрема війна) в контексті реабілітації — майже не представлена. Відсутні мапи послуг, резерви обладнання, мобільні бригади або евакуаційні маршрути для пацієнтів із порушеною мобільністю.

Супутні послуги — наявні точково, але без системності

Паліативна допомога, соціальний супровід, психологічна підтримка, кейс-менеджмент або «соціальні маршрути» для осіб з інвалідністю і ветеранів — усе це наявне лише фрагментарно і переважно завдяки ініціативам окремих закладів чи організацій.

Інфраструктура інклюзивної освіти — частково наявна, але з суттєвими проблемами доступності, браком спеціалістів і відсутністю системної підтримки для педагогів.

Водночас громади демонструють потенціал і мотивацію до змін

Кожна з громад має свої сильні сторони: кадровий кістяк, досвід співпраці з НСЗУ, партнерство з громадськими організаціями, активну участь у розробці маршрутів пацієнта та планів дій.

Зокрема, вже на етапі пілотування громади висловили готовність адаптувати інструмент оцінювання для подальшого самостійного моніторингу потреб та планування дій у сфері реабілітації.

Таким чином, досвід трьох громад демонструє не лише складність стану системи реабілітації на рівні громад, а й наявність реального потенціалу для її розвитку — за умови надання чітких інструментів, підтримки міжвідомчої взаємодії та стратегічного бачення з боку самих громад.

4.2 Баштанська громада: потенціал, виклики та готовність до змін

Демографія та особливості громади

Баштанська міська територіальна громада розташована у Миколаївській області, охоплює понад 36 000 мешканців і має яскраво виражену сільську структуру населення. **Частка людей похилого віку (60+) становить 24,3%,** що є важливим фактором при плануванні медичних та соціальних послуг. Крім того, громада

має високий відсоток **осіб з інвалідністю — 7,4%** від усього населення, що перевищує середньоукраїнський показник. У громаді проживає **870 ветеранів, з них 335 — без встановленої інвалідності.**

Потреби в реабілітаційних послугах

У громаді спостерігається висока поширеність хронічних неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних, дихальної системи, діабету та порушень опорно-рухового апарату. Зростає кількість військових травм, а також збільшується потреба в паліативній допомозі.

Дітей з порушеннями розвитку у громаді небагато, але відсутність спеціалізованих програм та інфраструктури створює бар'єри навіть для надання базової підтримки.

Надавачі послуг і наявна система

Реабілітаційні послуги надаються переважно КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня» — як стаціонарно, так і амбулаторно. Присутні послуги для дорослих і дітей, включно з програмою раннього втручання.

Водночас інші заклади громади (зокрема ЦПМСД) не надають реабілітаційні послуги, що створює нерівномірність доступу на рівні громади.

Кадрові та матеріальні ресурси

У громаді працює лише 8 фахівців з реабілітації та суміжних спеціальностей. Найгостріше бракує ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, психологів, соціальних працівників. Навантаження на команду високе.

Обладнання застаріле, частина приміщень не пристосована для людей з порушенням мобільності. У громаді відсутні умови для протезування або налаштування асистивних технологій.

Фінансування переважно здійснюється через ПМГ, окремі потреби закриваються за рахунок благодійників.

Ключові виклики

- Відсутність мультидисциплінарного підходу та міжсекторальної координації (медицина, соцзахист, освіта функціонують паралельно).
- Брак чіткого маршруту пацієнта на рівні громади.
- Недостатня інтеграція послуг для ветеранів.
- Відсутність місцевих цільових програм для осіб з інвалідністю або дітей з порушеннями розвитку.
- Низька поінформованість населення про доступні послуги.

Можливості для розвитку

- Готовність громади до співпраці й впровадження змін: уже є Стратегія безбар'єрності (хоч і інфраструктурного фокусу), призначено відповідальну особу за напрям реабілітації.
- Досвід взаємодії з НСЗУ і закупівлі послуг через ПМГ.
- Потенціал для створення мультидисциплінарних команд (наявні фахівці, яких можна доукомплектувати).
- Пошук транспортних рішень або інших гнучких форматів надання послуг, як способу подолати бар'єр доступу для віддалених сіл.

- Активна участь громади у формуванні маршруту пацієнта та плану дій у межах пілотного проекту.

4.3 Ніжинська громада: системні напрацювання та зони для розвитку

Демографія та особливості громади

Ніжинська міська громада розташована у Чернігівській області й налічує понад **67 000 мешканців**, з яких понад **29% — люди старшого віку (60+)**, а **11,5% — особи з інвалідністю**, що значно вище за середній національний показник.

У громаді проживає **майже 3 000 ветеранів** (4,43% населення), які є важливою цільовою групою для реабілітаційних послуг.

Також громада має **високу частку дітей і молоді (17,1%)**, включно з дітьми з порушеннями розвитку.

Потреби в реабілітаційних послугах

Аналіз показав стабільно високу поширеність **серцево-судинних захворювань (18 000+ осіб)**, **хвороб дихальної системи (6 600+)**, **діабету, онкології, інсультів** та воєнних травм.

Зростає кількість **психічних розладів, ампутацій, м'язово-скелетних порушень**.

Серед дітей фіксується **підвищення випадків РАС, епілепсії, ДЦП, інтелектуальних порушень**. Потреба у паліативній допомозі також є відчутною: за останній рік — **майже 900 пацієнтів** отримали паліативну підтримку.

Надавачі послуг і наявна система

Реабілітаційні послуги надає КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького», включаючи стаціонар (20 ліжок), амбулаторне лікування та програму раннього втручання.

На первинному рівні (ЦПМСД) реабілітаційні послуги не надаються.

Є елементи маршруту пацієнта, сформовані за діагнозами, але загальна система координації між секторами – фрагментарна.

Кадрові та матеріальні ресурси

У громаді працює 24 фахівці з реабілітації та суміжних спеціальностей, але частина посад вакантна.

Формально команда виглядає укомплектованою, але бракує терапевтів мови і мовлення, психологів, молодших сестер з реабілітації та спеціалістів для роботи з дітьми.

Працює інклюзивно-ресурсний центр, функціонують 29 інклюзивних класів, однак лише частина закладів освіти має фізичну доступність.

Існує транспортна послуга (соціальне замовлення через БФ «Карітас»), але вона охоплює лише частину потреб.

Обладнання – частково сучасне, але його недостатньо. Нове відділення реабілітації (30 ліжок) у процесі будівництва.

Ключові виклики

- **Недостатня інтеграція** реабілітаційних послуг між медичною, соціальною та освітньою сферами.
- Відсутність **координаційного органу** з реабілітації.
- **Недостатній рівень стратегічного планування:** реабілітація не є пріоритетом у стратегії громади.
- **Обмежена безбар'єрність** – лише частина об'єктів є доступними.
- Наявність послуг для ветеранів і дітей – є, але **не покривають повного обсягу потреб.**
- **Нерівномірний доступ** до послуг – на первинному рівні реабілітація фактично відсутня.

Можливості для розвитку

- Будівництво нового реабілітаційного відділення – шанс для розширення послуг.
- Партнерство з громадськими організаціями (Карітас, Ветеранський простір, Центр життєстійкості) – основа для міжсекторальних рішень.
- Потенціал до створення **мультидисциплінарних команд.**
- **Пошук транспортних рішень** – як рішення для підвищення доступності.
- Готовність громади адаптувати **інструмент оцінювання** для самостійного планування.
- Функціонуючий ІРЦ і активне впровадження інклюзивної освіти – база для розвитку послуг для дітей.

4.4 Роздільнянська громада: реабілітація як напрямок, що формується

Демографія та особливості громади

Роздільнянська міська територіальна громада (Одеська область) охоплює **понад 32 000 мешканців**, з яких **14,3% — люди старшого віку**, а **3% — особи з інвалідністю** (менше, ніж у середньому по країні).

Серед осіб з інвалідністю майже **13% — це діти**, що вказує на потребу у спеціалізованих програмах.

У громаді проживає **202 ветерани** (0,6% населення), які також потребують системної підтримки. Структура населення свідчить про високий відсоток працездатних осіб.

Водночас під час аналізу виявлено — **недостатній рівень адаптованих послуг** для дітей, людей старшого віку та людей з інвалідністю.

Потреби в реабілітаційних послугах

Найбільш поширеними станами, що формують потребу в реабілітації, є **захворювання серцево-судинної системи, діабет, рак, інсульти**, а також **м'язово-скелетні порушення** (особливо артрити й артрози).

Високий рівень **порушень розвитку у дітей**: понад 80 дітей мають неврологічні або психоемоційні порушення, зокрема **35 з РАС, 17 з епілепсією, 17 — з інтелектуальними порушеннями**.

У 2024 році **паліативну допомогу** в громаді отримали **239 пацієнтів**, з яких більшість — стаціонарно. Воєнні травми офіційно не зафіксовані, але потреба у послугах для ветеранів є.

Надавачі послуг і наявна система

Основний надавач послуг — **КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня»**, де доступна реабілітація для дорослих із хронічними станами. Послуги не поширюються на педіатрію.

На рівні первинної допомоги (ЦПМСД) реабілітаційні послуги не надаються.

Тривалість реабілітації — дуже коротка (7–9 днів), продовження після виписки — практично відсутнє.

Реабілітаційне відділення перебуває на стадії проектування і ремонту, фінансується з місцевого бюджету.

Паліативна допомога надається через 12 стаціонарних ліжок та мобільну бригаду.

Немає механізмів маршрутизації пацієнтів між медичними й соціальними службами.

Кадрові та матеріальні ресурси

У громаді працює **щонайменше 12 фахівців з реабілітації та суміжних напрямків** — що становить лише **3,7 фахівця на 100 тис. населення**, при рекомендованих ≥ 10 .

Відсутні фахівці з ФРМ, обмежена кількість психологів, терапевтів мови і мовлення, медичних сестер з реабілітації.

Навіть при наявному кадровому потенціалі — низький потік пацієнтів (10–20 на тиждень), що може вказувати на **низьку обізнаність, брак маршрутів та слабку інтеграцію послуг**.

Обладнання — обмежене, переважно фізіотерапевтичне. Послуги ерготерапії не забезпечуються.

Ключові виклики

- **Відсутність реабілітаційного відділення:** послуги надаються в інших підрозділах, без спеціалізованого середовища.
- **Реабілітація дітей відсутня** як напрямок.
- **Низький рівень міжсекторальної співпраці** (освіта, медицина, соцзахист не поєднані).
- **Відсутність координаційного механізму для розвитку реабілітації**, зокрема маршрутів пацієнтів між секторами.
- Послуги з протезування або супроводу після ампутацій не організовані.
- **Асистивні технології доступні лише для мобільності** — інші категорії не охоплені.
- **Інфраструктура інклюзивної освіти — часткова**, кадри обмежені, заклади не повністю адаптовані.
- Соціальне таксі охоплює лише частину громади.

Можливості для розвитку

- **Проект реконструкції приміщення** для реабілітаційного відділення вже запущено — можна зосередитись на його завершенні та оснащенні.
- У громаді **існує затверджений План безбар'єрності та рада з його впровадження**, що створює управлінську рамку для розвитку послуг.
- Потенціал створити **єдину маршрутну логіку** пацієнта — за участі медичних і соціальних фахівців.
- Функціонує **прокат ДЗР** при територіальному центрі — його можна розширити.
- Є окремі активні ініціативи (ІРЦ, освітні асистенти, мобільні бригади) — на їхній базі можлива побудова мультидисциплінарних команд.
- Громада висловила **готовність брати участь у подальших ініціативах**, зокрема, щодо пошуку транспортних рішень для доступу до реабілітації жителів віддалених сіл, інформування населення, розширення послуг для ветеранів та дітей.

5. МАРШРУТ ПАЦІЄНТА: практичні маршрути реабілітації в громадах

5.1 Як створювались маршрути: підхід, метод, учасники

Маршрути пацієнта в громадах формувались у межах спеціальних робочих сесій, які команда проєкту проводила безпосередньо на місцях — у Баштанській, Ніжинській та Роздільнянській громадах. Участь у сесіях брали представники органів місцевого самоврядування, керівництво та персонал закладів охорони здоров'я (як первинного, так і вторинного рівня), соціальної сфери, місцевих центрів зайнятості, громадських організацій, фахівці з фізичної реабілітації, сімейні лікарі, а також соціальні працівники. Усі учасники були залучені до спільного аналізу ситуацій і пошуку практичних рішень.

Складання маршрутів відбувалось у форматі живого діалогу — у буквальному сенсі, за одним столом. Важливо, що процес був не «спущений зверху», а навпаки — створений самими громадами під супроводом експертів. Ключовим принципом сесій була робота з оптики пацієнта та його родини. Учасники намагались пройти шлях, який долає людина від моменту виникнення захворювання або травми — через госпіталізацію, лікування, реабілітацію — аж до повернення в громаду, крок за кроком визначаючи, де саме вона отримує допомогу, хто її супроводжує, де виникають прогалини, і що може зробити громада, аби цей шлях був зрозумілим, безпечним і безперервним.

Обговорення охоплювало різні типи станів: інсульт, ампутацію, мінно-вибухову травму. Кожен маршрут проєктувався як умовна дорожня карта — від перших хвилин після травми чи захворювання до повного відновлення або

довготривалого супроводу в громаді. Важливо, що в процесі створення маршрутів учасники не лише фіксували наявне, а й обговорювали потенційні ланки, які мають бути додані: наприклад, соціальний супровід після виписки, організація протезування, психоемоційна підтримка, інклюзивна освіта, працевлаштування чи адаптація житла.

Готові маршрути було оформлено у візуальному форматі — з кольоровим кодуванням: блакитним позначено те, що вже працює; рожевим — те, чого немає або що функціонує частково; зеленим — елементи, пов'язані з допоміжними засобами реабілітації. Такий підхід дозволив громадам не лише побачити «де ми є зараз», а й сформувати реалістичне бачення «де ми хочемо бути».

5.2 Основні етапи маршрутів: спільна логіка і вузькі місця

Хоча кожна громада має свої особливості, всі маршрути, створені в рамках проєкту, демонструють схожу логіку: від моменту виникнення травми або захворювання — до повернення людини в повсякденне життя. Такий маршрут зазвичай охоплює медичні, реабілітаційні, соціальні, освітні та побутові компоненти. Завдяки візуалізації громадські команди отримали змогу вперше побачити повний ланцюг подій з оптики пацієнта.

Типова структура маршрутів включає такі етапи:

- Гострий період: госпіталізація до профільного відділення (інсультне, хірургічне, реанімаційне), стабілізація стану.

- Початкове втручання мультидисциплінарної команди (МДРК): визначення реабілітаційного потенціалу, перші рекомендації.
- Надання допоміжних засобів реабілітації (ДЗР) в умовах стаціонару через кабінет асистивних технологій.
- Соціальний супровід: залучення соціального працівника ще під час госпіталізації, налагодження взаємодії з територіальним центром соціального обслуговування.
- Післягостра реабілітація: стаціонарна або амбулаторна, за електронним направленням, іноді в інших закладах (обласного рівня).
- Паліативна допомога: при потребі — стаціонарна, мобільна або амбулаторна, з оплатою НСЗУ.
- Повернення в громаду: супровід сімейного лікаря, соціального працівника, при наявності — монопослуги з реабілітації, консультації, підтримка в отриманні ДЗР.
- Рішення ЕКОПФО: для визначення рівня втрати функцій, призначення статусу або інвалідності.
- Подальша підтримка: адаптація житла, доступ до інклюзивної освіти, працевлаштування, послуги догляду.

Найтипівіші «вузькі місця», зафіксовані у громадах:

- Відсутність або слабкий розвиток амбулаторної реабілітації. Більшість послуг зосереджені у стаціонарі, без продовження після виписки.
- Незавершеність маршруту після завершення медичного етапу. Соціальний супровід, адаптація та інтеграція не завжди інтегровані у системну логіку надання допомоги.
- Нерівномірність доступу до послуг всередині громади. Є ланки, що працюють лише для певних груп (наприклад, лише для ветеранів, або лише для людей з встановленою інвалідністю).
- Обмежена доступність інформації для пацієнта. Більшість людей не знають, що мають право на безоплатні послуги або як їх отримати.
- Складність взаємодії між секторами. Навіть при наявності фахівців і ресурсів — відсутність координатора або чіткого механізму передачі пацієнта між системами.

Маршрути, розроблені у пілотних громадах, дозволяють побачити ці слабкі місця та водночас — окреслити практичні точки росту. У подальших підрозділах подано детальні приклади маршрутів для кожної громади та кожного стану — як приклад моделі, яку можна адаптувати в інших громадах.

5.3.1 Баштанська громада

Маршрут пацієнта з інсультом

У Баштанській громаді маршрут пацієнта з інсультом побудований навколо ключових подій, які визначають швидкість і якість відновлення – від моменту гострого стану до повернення у звичне життя. Під час спільної сесії громада зібрала усіх залучених фахівців і проаналізувала, як фактично відбувається допомога пацієнту, де існують прогалини, і які ланки можна зміцнити.

Маршрут розпочинається з госпіталізації до інсультного відділення або, у разі критичного стану, – до відділення інтенсивної терапії. На цьому етапі відбувається первинний контакт мультидисциплінарної реабілітаційної команди з пацієнтом, проводиться стабілізація, і, за можливості, початкові елементи реабілітації.

Наступним етапом є виписка зі стаціонару та повернення в громаду – саме тут починається низка викликів. У багатьох випадках відсутній супровід після виписки, пацієнт і його родина не знають, куди звернутися, щоб продовжити реабілітацію.

У Баштанській громаді сформовано базовий ланцюжок: пацієнту рекомендується після виписки звернутися до свого сімейного лікаря, який може сформулювати електронне направлення для подальшого лікування або реабілітації, а також, за потреби, залучити вторинний рівень.

У перспективі, після повного запуску відділення, сімейний лікар зможе скеровувати пацієнта на амбулаторну реабілітацію в межах громади, а також на мопослугу з реабілітації, передбачену в майбутньому.

У маршрут також інтегровано можливість отримання допоміжних засобів реабілітації (ДЗР) в закладі під час лікування та реабілітації, через кабінет асистивних технологій або територіальний підрозділ сфери соцзахисту.

Соціальний працівник потенційно може долучатися, але ця роль поки не формалізована. У планах громади – впровадження базового соціального супроводу для таких пацієнтів, зокрема, за допомогою кейс-менеджера або міжвідомчої команди.

Окрему увагу в маршруті було присвячено питанням адаптації житла, інформування про права пацієнта, і психоемоційної підтримки – елементи, які наразі не працюють повноцінно, але закладені в план дій громади.

Представлені маршрути відображають шлях пацієнта через різні етапи лікування та реабілітації при різних станах, отримання необхідних послуг у відповідних закладах.



Блакитним кольором позначено ті заклади, послуги та можливості, які вже наявні у громаді.



Зеленим кольором на виносках позначено послуги з надання допоміжних засобів реабілітації.



Рожевим кольором відзначені ті послуги, яких наразі немає або які працюють у неповному обсязі.

Маршрут пацієнта з мінно-вибуховою травмою

Цей маршрут розроблявся, як один із найбільш комплексних, адже пацієнти з мінно-вибуховими травмами, зазвичай, мають поєднані ушкодження — тілесні, психологічні, когнітивні — що вимагає залучення значної кількості фахівців, послуг та координації.

У багатьох випадках пацієнти, особливо військовослужбовці, прибувають у громаду вже після проходження перших етапів лікування в інших закладах — зазвичай, надкласного рівня, куди їх евакуюють із зони бойових дій. Проте, якщо травма виникла на території, що обслуговується місцевою лікарнею, або пацієнт був евакуюваний сюди з обласного центру, маршрут починається з гострого періоду у місцевому закладі.

На цьому етапі відбувається втручання мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК), стабілізація стану та визначення подальшої тактики. Залежно від тяжкості, пацієнта або переводять на подальшу реабілітацію, або виписують додому з первинними рекомендаціями.

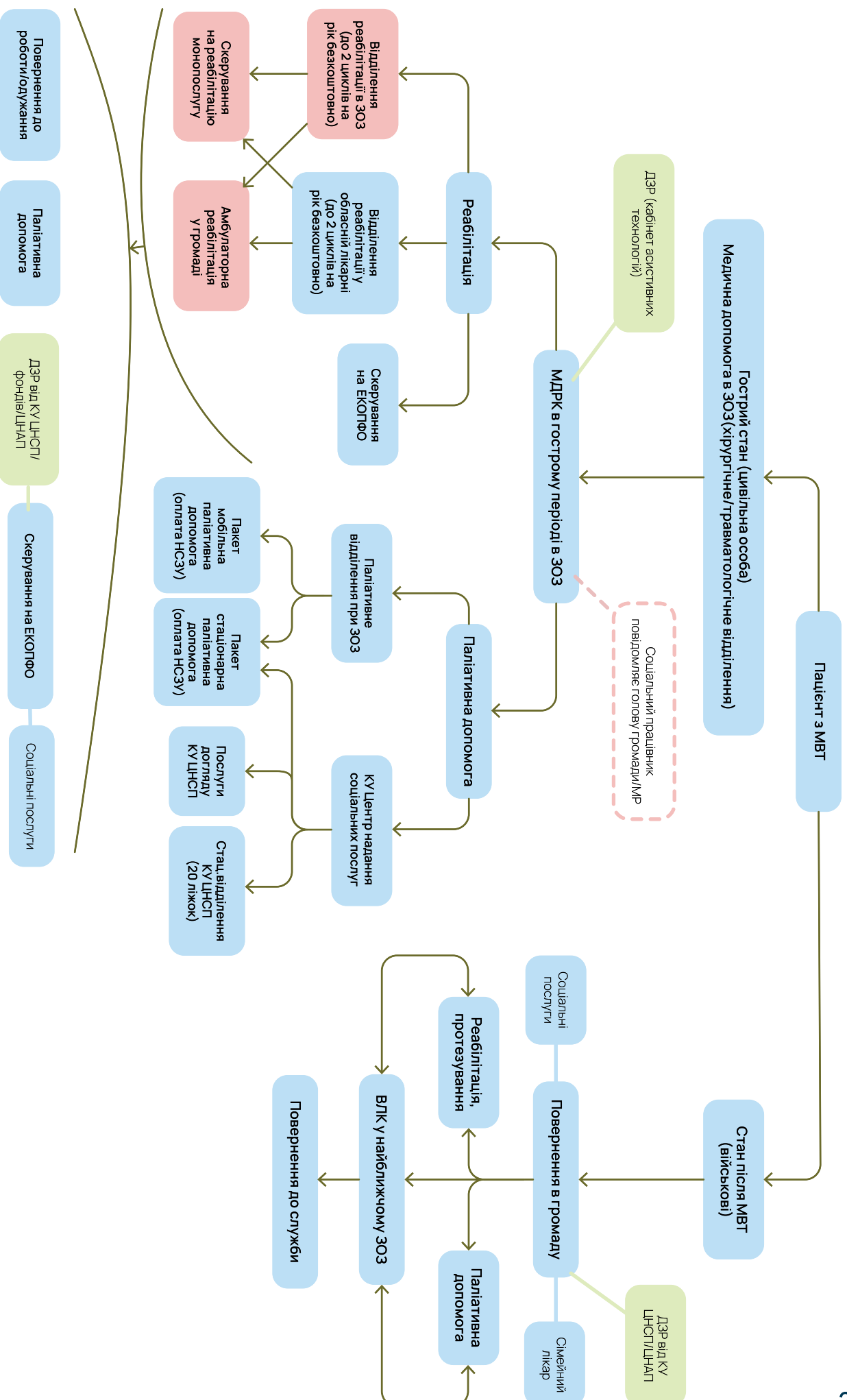
Після повернення з лікарні до громади пацієнт потрапляє у менш структуроване середовище. Відсутність системної маршрутизації та фахової координації призводить до ситуації, коли родина має самотійно шукати, як поєднати медичну, соціальну та реабілітаційну допомогу.

Під час сесії в Баштанці вдалося визначити ключові точки для посилення цього маршруту:

- сформовано логіку скеровування через сімейного лікаря на подальшу реабілітацію та психоемоційну підтримку;
- означено потребу включення в маршрут соціального працівника або кейс-менеджера, який може супроводжувати пацієнта та сприяти координації між службами;
- обговорено необхідність адаптації житла для осіб із порушенням мобільності, включно з розробкою шаблону заяви;
- узгоджено процес інформування щодо отримання ДЗР та протезування, з використанням локалізованих інформаційних матеріалів, створених у межах проекту.

Означено, що психоемоційна підтримка включена до маршруту як необхідний компонент, однак її надання в громаді не є системним і потребує посилення.

Водночас для пацієнтів із порушенням мобільності, які проживають у віддалених населених пунктах, залишається актуальною потреба у зручному доступі до амбулаторної реабілітації — шляхом розвитку транспортних рішень або інших гнучких форматів надання послуг.



Маршрут пацієнта з ампутацією

Маршрут пацієнта з ампутацією включає не лише хірургічне лікування, а й складний процес реабілітації, протезування, адаптації до змін у житті та відновлення функціональної незалежності. У громаді це один із найбільш ресурсно навантажених напрямків.

У багатьох випадках пацієнти з ампутаціями **повертаються в громаду вже після основного лікування і навіть після первинного протезування** — особливо якщо мова йде про військовослужбовців. Проте є і випадки, коли людина повертається з відкритою куксою або ще без ІПР (індивідуального плану реабілітації), і тоді громада має відігравати активну роль у забезпеченні повного супроводу.

У Баштанці маршрут починається або з **госпітального етапу** — якщо ампутація відбувається в межах доступу до місцевого або кластерного закладу — або з **прибуття пацієнта вже після проведеної операції**.

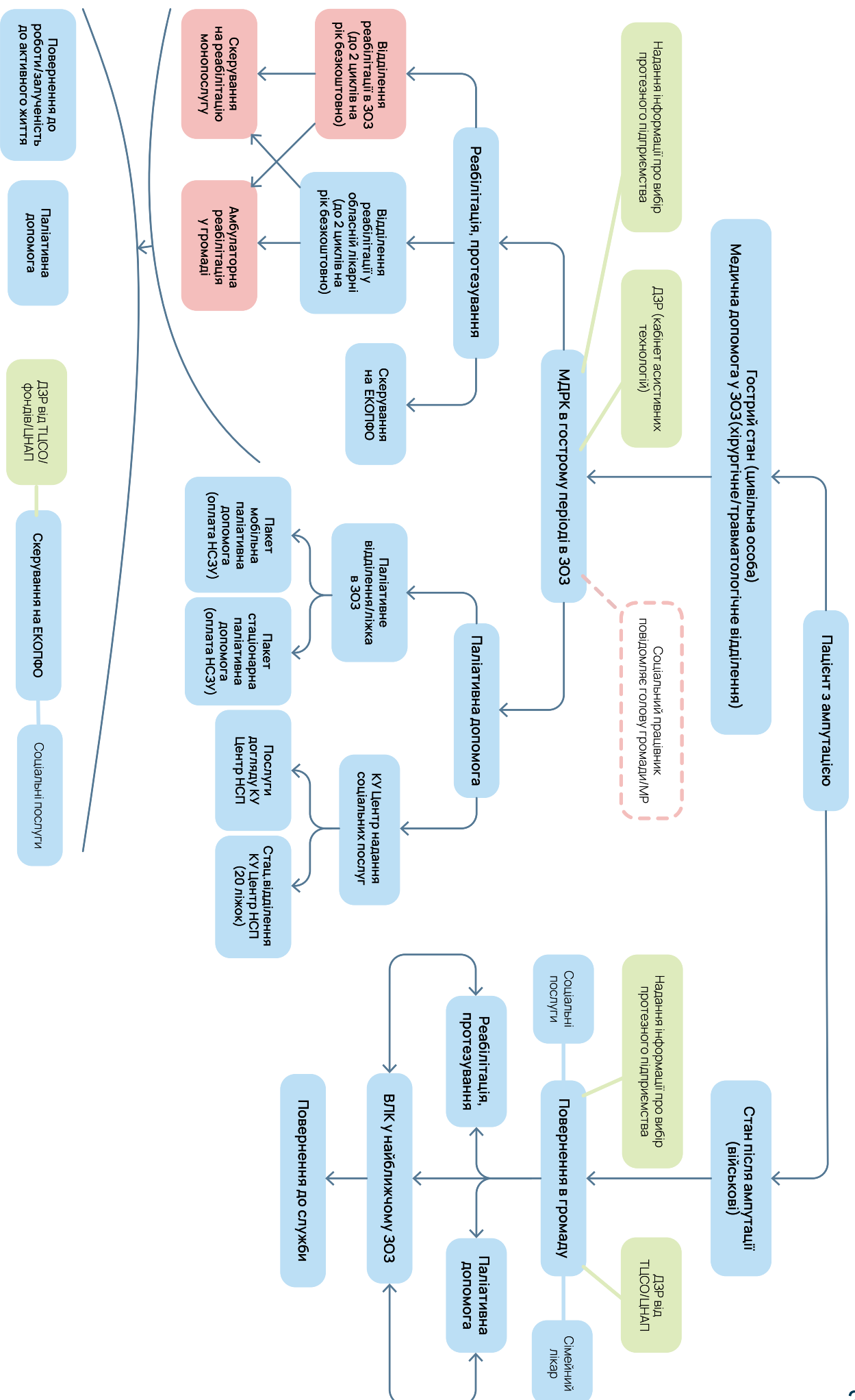
На ранньому етапі відзначено **низький рівень поінформованості пацієнтів і родин** про свої права, а також відсутність автоматизованої маршрутизації на рівні громади. У більшості випадків сімейний лікар виконує функцію координатора — саме він може направити пацієнта на подальшу реабілітацію або на проходження ЕКОПФО для отримання ІПР.

Окрему увагу в рамках маршруту було приділено **етапу підбору та отримання протеза**. У процесі консультацій громада звернула увагу на важливість:

- **інформування пацієнтів** про перелік підприємств, що надають протези;
- **допомоги в підготовці документів для отримання ДЗР** або компенсації;
- **залучення фахівців** для налаштування та інструктажу щодо користування засобами.

У маршрут включено також **можливість адаптації житла** — з використанням шаблону заяви, розробленої в межах проєкту. Передбачено і підтримку з боку соціального працівника, але **формалізованої системи супроводу поки немає** — її створення залишається актуальним завданням для громади.

У плані дій громади закладено декілька напрямків, які можуть посилити цей маршрут — зокрема, поширення інформаційних матеріалів, підготовка персоналу та удосконалення процесу отримання допоміжних засобів реабілітації.



5.3.2 Ніжинська громада

Маршрут пацієнта з інсультом

У Ніжинській громаді маршрут пацієнта з інсультом є одним із найкраще структурованих серед трьох пілотних громад. Це зумовлено наявністю інсультного відділення, кадрового потенціалу і загальної спроможності лікарні забезпечувати етапи медичної допомоги та частково – реабілітації.

Маршрут розпочинається з госпіталізації до **інсультного відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького»**, де пацієнт отримує медичну допомогу відповідно до протоколів, а також перші елементи реабілітації. Після стабілізації стану, за участі мультидисциплінарної команди, приймається рішення щодо подальшої реабілітації або виписки додому.

Після виписки пацієнт звертається до сімейного лікаря, який має можливість скерувати його на амбулаторну реабілітацію або до лікаря фізичної та реабілітаційної медицини / невролога – для подальшого скерування на стаціонарну реабілітацію. Проте цей етап маршруту ще не завжди працює безперебійно, зокрема, через обмеженість доступних послуг у межах самої громади. У планах – відкриття оновленого, розширеного відділення реабілітації в структурі ЦМЛ, яке суттєво посилить можливості для амбулаторної та післягострої реабілітації в майбутньому.

У маршрут також включено:

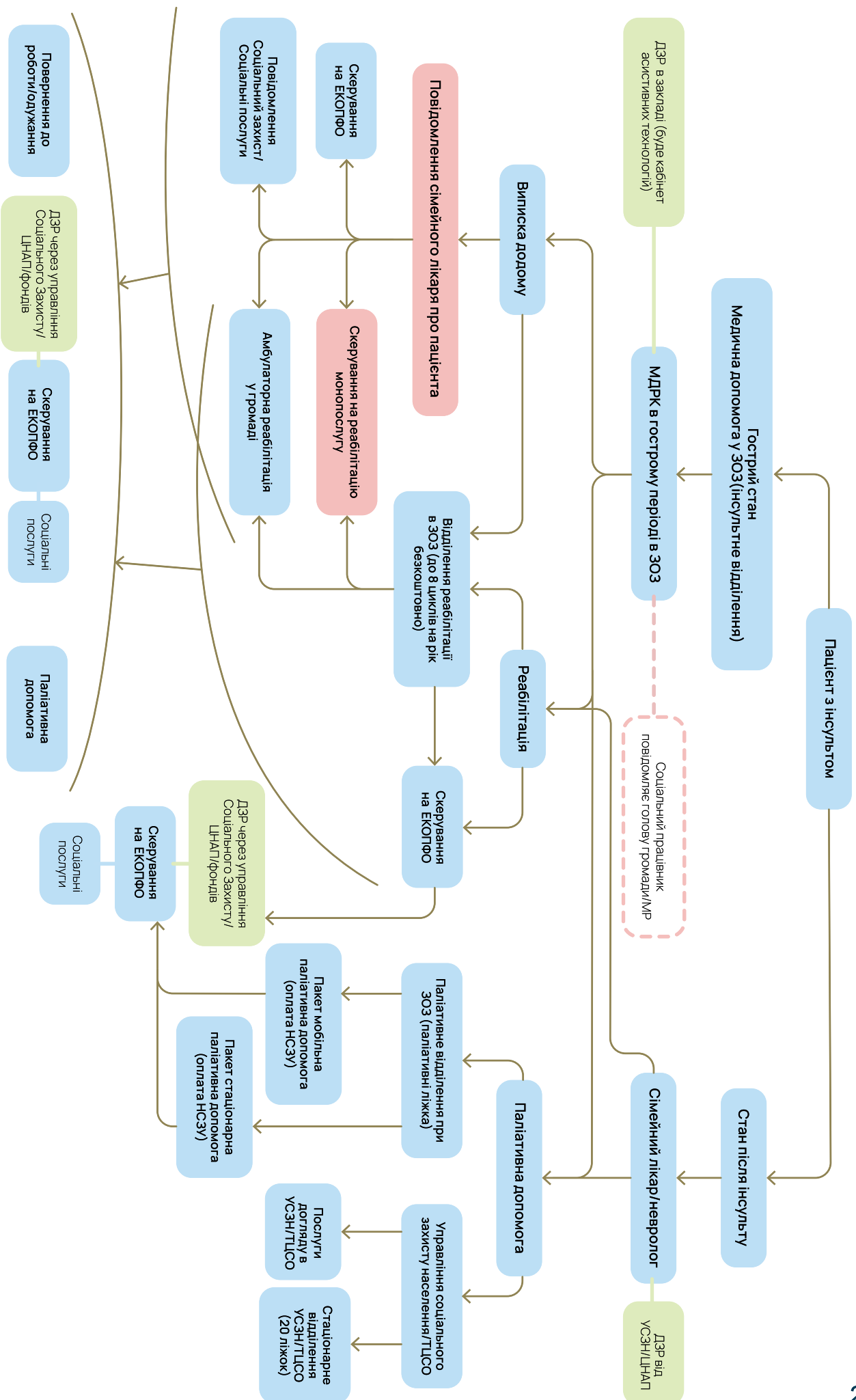
- **отримання ДЗР** (ходунки, крісла колісні, палички, милиці, інші засоби) через структури соцзахисту;
- **можливість використання соціального транспорту** – хоч і з обмеженим покриттям;
- **інформаційні матеріали** про маршрути допомоги, створені в межах пілоту.

Разом з тим, громада зазначає **недостатній рівень залучення соціального супроводу** після виписки: соціальні служби та медичні установи функціонують паралельно, частково обмінюючись інформацією. Це призводить до того, **що відповідальність за навігацію системою часто лягає на родину пацієнта.**

Важливим компонентом маршруту, який потребує посилення, є **психоемоційна підтримка пацієнта та родини** після інсульту. Наразі вона не інтегрована в маршрут на постійній основі.

Також на етапі повернення до громади бракує **системної логіки підтримки** – включно з адаптацією житла, консультуванням щодо ІПР, участю в ЕКОПФО та поверненням до трудової діяльності.

У межах пілоту громада почала роботу над вдосконаленням цих етапів, і частина рішень уже відображена у плані дій: **підготовка персоналу, оновлення маршрутів пацієнтів, інформування, розробка шаблонів звернень.**



Маршрут пацієнта з мінно-вибуховою травмою

Маршрут пацієнта з мінно-вибуховою травмою передбачає багаторівневу допомогу – від стабілізації стану – до тривалого супроводу в громаді. Враховуючи складність травм такого типу (поєднання ортопедичних, неврологічних, психоемоційних наслідків), маршрут вимагає залучення фахівців з різних сфер та міжсекторальної взаємодії.

У більшості випадків пацієнти з мінно-вибуховими травмами прибувають до громади вже після завершення етапів лікування у надкластерних або кластерних закладах за маршрутом медичної евакуації. Проте є й ситуації, коли пацієнт звертається до місцевого закладу охорони здоров'я самостійно або після повторного загострення. У таких випадках маршрут починається з госпіталізації, стабілізації, визначення функціонального потенціалу та підготовки до подальшої реабілітації.

Після виписки з закладу вторинного або третинного рівня пацієнт повертається в громаду, де його маршрут має продовжитись на місцевому рівні. У Ніжині це забезпечується або через безпосереднє переведення у кластерну лікарню, або через звернення до **сімейного лікаря**, який, залежно від ситуації, може скерувати пацієнта:

- до лікаря ФРМ / невролога – для подальшого направлення на стаціонарну або амбулаторну реабілітацію;
- на проходження **ЕКОПФО з подальшим оформленням ІПР**, відповідно до якого можна звернутися до органів соцзахисту для отримання допоміжних засобів реабілітації (крісла колісні, милиці, ходунки тощо).

У громаді фіксується **потреба в розбудові системного соціального супроводу**: наразі взаємодія між медичними і соціальними службами існує, але не є інтегрованою.

Координація між секторами, а також супровід пацієнта з боку соціального працівника або кейс-менеджера, поки залишаються фрагментарними. Учасники сесії маршрутизації зазначили важливість формалізації цієї ролі.

У межах маршруту також обговорено:

- **необхідність адаптації житла** для людей з порушенням мобільності (у т.ч. створення умов для повернення до активного життя);
- **інформування пацієнтів щодо протезування** та консультацій із профільними фахівцями;
- **психоемоційну підтримку**, яку наразі можна отримати через окремі ініціативи (наприклад, мобільні команди, благодійні проекти), але яка потребує системного включення.

У громаді функціонує соціальне таксі, яке покриває більшість запитів на транспортування пацієнтів з порушенням мобільності. Це стало результатом запровадження механізму соціального замовлення.

Разом з тим, **потреба в розширенні доступності транспорту все ще зберігається**, особливо для пацієнтів із важкими порушеннями або мешканців віддалених населених пунктів.

Громада визначає цей маршрут як один із пріоритетних для розвитку: у плані дій передбачено кроки з інформування пацієнтів, підвищення обізнаності лікарів первинки, адаптації приміщень та розвитку співпраці між секторами.

Маршрут пацієнта з ампутацією

Маршрут пацієнта з ампутацією охоплює як гострий період, пов'язаний із хірургічним втручанням, так і тривалий процес реабілітації, протезування, адаптації до нових умов життя та повернення до функціональної незалежності.

У Ніжинській громаді частина пацієнтів повертається після проходження повного курсу лікування в надкластерних закладах або спеціалізованих реабілітаційних центрах **уже з первинним протезом**. Однак нерідко стаються випадки, коли особа з ампутацією повертається в громаду без оформленого ІПР, без належної реабілітації або ще до підбору протеза. Саме тому маршрут має бути гнучким — із можливістю входу на різних етапах.

У випадках, коли ампутація відбулася в межах локального або кластерного медичного закладу, пацієнт проходить **гострий стаціонарний етап** у КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького», де також може бути залучена мультидисциплінарна команда.

Після виписки пацієнт звертається до **сімейного лікаря**, який може скерувати:

- до лікаря ФРМ для продовження реабілітації;
- на проходження **ЕКОПФО** з метою оформлення інвалідності та ІПР;
- після отримання ІПР — до **органів соцзахисту** для забезпечення допоміжними засобами реабілітації та подальшого протезування.

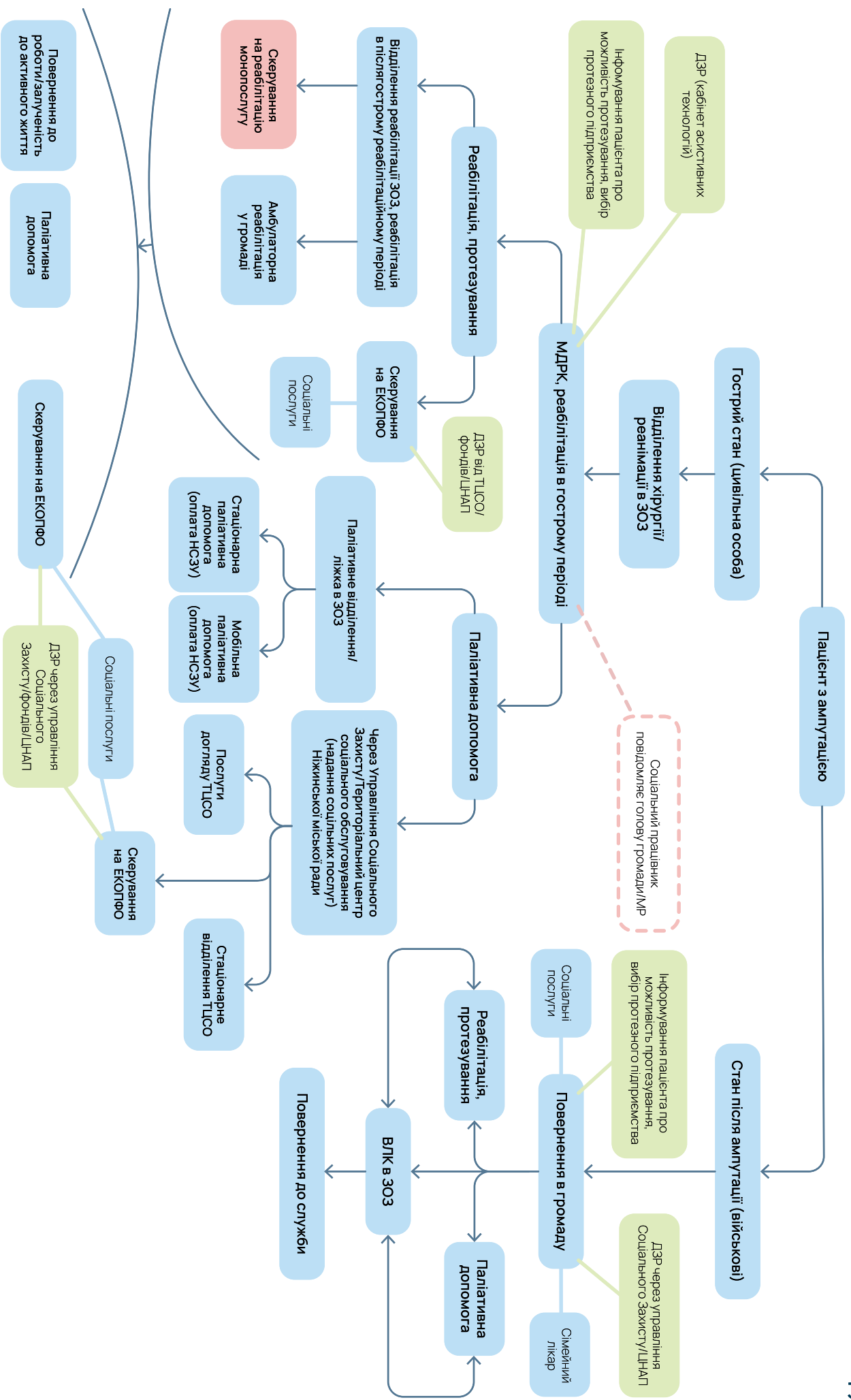
На маршруті передбачено:

- **роз'яснення щодо можливостей протезування** (заклади, документи, супровід);
- **допомогу з оформленням заяв на адаптацію житла**, якщо така необхідність визначена в ІПР;
- можливість користування **соціальним транспортом**, зокрема для відвідування медичних і соціальних установ.

Водночас громада фіксує **недостатню інтеграцію між службами**: координація між медичними, соціальними й адміністративними ланками часто залежить від ініціативи окремих фахівців, а не працює як сталий механізм.

Також відсутній механізм **системного соціального супроводу** пацієнта з ампутацією на всіх етапах.

У межах пілоту в Ніжинській громаді напрацьовано кілька напрямків для покращення цього маршруту: **оновлення маршрутів пацієнтів, покращення інформування, розвиток кадрового потенціалу, створення шаблонів заяв та інформаційних матеріалів**.



5.3.3 Роздільнянська громада

Маршрут пацієнта з інсультом

У Роздільнянській громаді функціонує інсультне відділення з досвідом ранньої нейрореабілітації, де пацієнти вже сьогодні отримують не лише медичну допомогу, а й комплексне реабілітаційне втручання за участю мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК). Саме з цього рівня й починається маршрут пацієнта з інсультом.

Після госпіталізації пацієнт проходить стабілізацію та перший етап реабілітації — з акцентом на ранню мобілізацію, відновлення функцій і оцінку потреб. У відділенні працюють фізичні терапевти, логопеди на посаді ТММ, ерготерапевти, медичні сестри з реабілітації — що дозволяє надати якісну допомогу вже на початку маршруту.

Наступний логічний етап — продовження післягострої або тривалої реабілітації — наразі неможливий у межах громади, оскільки відділення реабілітації ще перебуває у процесі створення: триває ремонт, формування команди, закупівля обладнання. Тому на цьому етапі пацієнти переважно скеровуються до обласного центру або залишаються без повноцінного реабілітаційного супроводу після виписки.

До основних бар'єрів, виявлених під час побудови маршруту, належать:

- відсутність амбулаторної та продовженої стаціонарної реабілітації на місці;
- недостатній рівень соціального супроводу після виписки;
- обмежена кількість транспортних рішень для людей із порушенням мобільності;
- недостатня інформованість пацієнтів і родин про подальші кроки після завершення лікування.

Під час пілоту громада:

- описала повний маршрут пацієнта з інсультом — від перших симптомів до повернення в громаду;
- визначила критичні точки посилення: налагодження зв'язку між МДРК і первинкою, формалізація ролі соціального працівника, підготовка персоналу на рівні громади;
- розробила шаблони документів для адаптації житла, локальні інформаційні матеріали та механізми інформування пацієнтів.

Цей маршрут має високий потенціал для подальшого розвитку, особливо після відкриття повноцінного реабілітаційного відділення та посилення міжсекторальної взаємодії.

Маршрут пацієнта з мінно-вибуховою травмою

Маршрут пацієнта з мінно-вибуховою травмою у Роздільнянській громаді передбачає комплекс дій на різних етапах – від надання екстреної допомоги до супроводу в громаді. Водночас під час роботи над маршрутом було виявлено, що **низка ключових ланок ще не функціонують системно**, а підтримка таких пацієнтів у громаді – радше виклик, ніж відпрацьована практика.

Пацієнти з мінно-вибуховими травмами зазвичай потрапляють до громади вже після проходження лікування в закладах обласного або національного рівня. Однак трапляються ситуації, коли пацієнт звертається до місцевого закладу безпосередньо – у такому разі допомога починається у **відділенні хірургії або травматології**, а далі – у межах можливостей лікарні.

У Роздільній існує **потужна команда фахівців з реабілітації, що працює в інсультному відділенні**. У поодиноких випадках вона **залучається до підтримки пацієнтів у суміжних відділеннях**, зокрема, при мінно-вибухових травмах. Проте така практика наразі має **характер виключення**, і не є системною частиною маршруту.

Після стабілізації стану пацієнт виписується і повертається в громаду, де подальший супровід здійснюється через:

- **сімейного лікаря**, який може надати направлення на стаціонарну або амбулаторну реабілітацію (у заклади поза межами громади);
- скерування на **ЕКОПФО для оформлення ІПР**;
- подальше звернення до **органів соцзахисту** для отримання допоміжних засобів реабілітації та компенсацій.

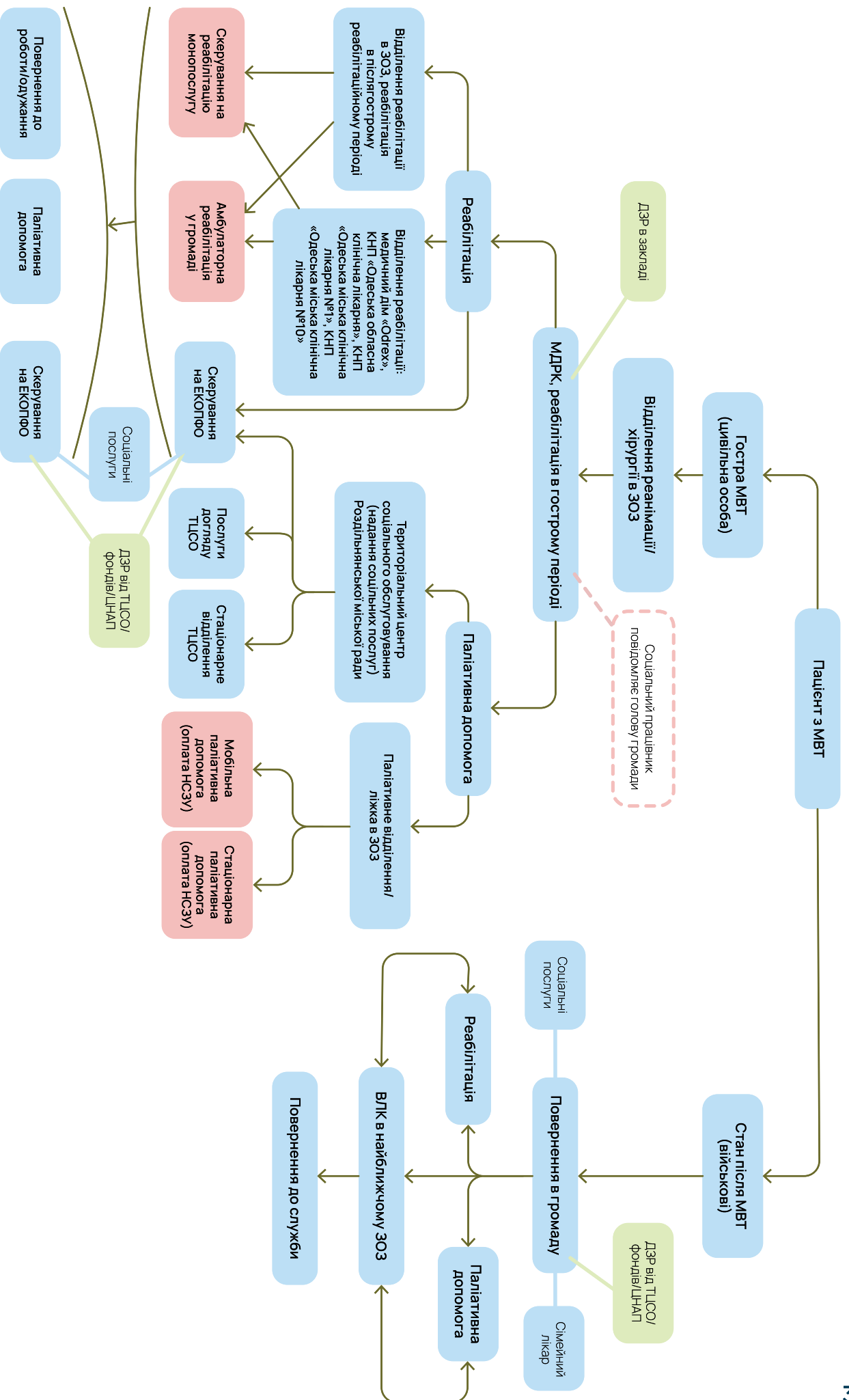
Ключові бар'єри на цьому етапі:

- **відсутність у громаді власного відділення реабілітації** або амбулаторних реабілітаційних послуг;
- **недостатня координація між службами** – медичними, соціальними, адміністративними;
- **відсутність системного соціального супроводу** (роль соцпрацівника не закріплена у маршруті);
- **брак інформації у пацієнтів та родин** про послуги, на які вони мають право після повернення.

У процесі побудови маршруту в межах пілоту громада:

- визначила необхідність **формалізувати логіку післямедичного маршруту**, зокрема етапи реабілітації, соціального супроводу, доступу до ДЗР;
- розробила шаблон заяви на адаптацію житла, а також **інформаційні матеріали для пацієнтів**;
- окреслила потребу у включенні в маршрут **психоемоційної підтримки та транспортного рішення**, яке наразі відсутнє або обмежене.

Після запуску реабілітаційного відділення в громаді цей маршрут потенційно може бути суттєво укріплений. На цьому етапі він потребує **підсилення інституційної логіки, міжвідомчої координації та ресурсного наповнення**.



Маршрут пацієнта з ампутацією

Маршрут пацієнта з ампутацією у Роздільнянській громаді охоплює складні та часто фрагментовані етапи – від стабілізації до повернення до активного життя. Як і у випадку з мінно-вибуховими травмами, пацієнти з ампутацією найчастіше повертаються до громади вже **після проходження лікування та первинного протезування в інших регіонах**, однак без повноцінного супроводу або без ІПР.

У ситуаціях, коли ампутація відбулася у межах місцевого закладу, маршрут починається у **хірургічному або травматологічному відділенні**. У поодиноких випадках до процесу реабілітації можуть долучатися фахівці з інсультного відділення, однак системного механізму залучення мультидисциплінарної команди до таких випадків поки немає.

Після виписки пацієнт звертається до **сімейного лікаря**, який може:

- скерувати його до **лікаря ФРМ** – для продовження реабілітації;
- надати направлення на **проходження ЕКОПФО** для оформлення інвалідності та індивідуального плану реабілітації (ІПР);
- після оформлення ІПР – скерувати до **органів соціального захисту** для отримання допоміжних засобів реабілітації, компенсації вартості протеза або направлення до підприємств, що надають протези.

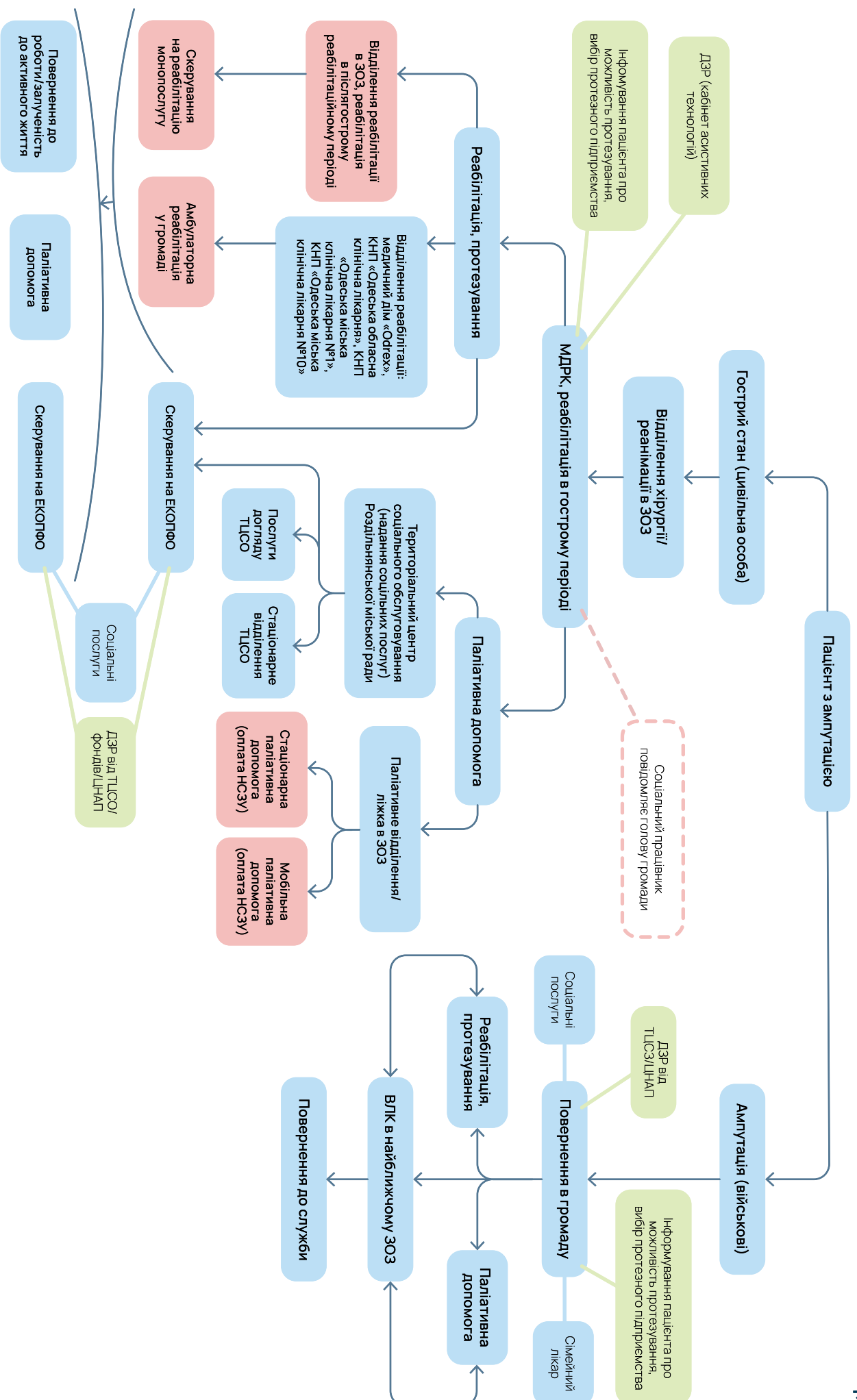
Водночас громада фіксує кілька суттєвих викликів на цьому маршруті:

- відсутність реабілітаційного відділення, яке могло б приймати пацієнтів після ампутації для тривалої реабілітації;
- відсутність налагодженого соціального супроводу, який би допомагав пацієнту орієнтуватись у системі після повернення додому;
- низька інформованість пацієнтів про можливість подання заяви на адаптацію житла, отримання протеза або допомоги з транспортом;
- психоемоційна підтримка не є частиною маршруту і наразі реалізується переважно силами недержавних ініціатив, якщо взагалі є.

У процесі пілоту громада:

- визначила логіку побудови маршруту для осіб з ампутацією;
- розробила шаблон заяви на адаптацію житла;
- підготувала інформаційні матеріали для пацієнтів;
- окреслила необхідність формалізації ролі соціального працівника та створення мультидисциплінарного супроводу пацієнтів із комплексними потребами.

Після завершення створення реабілітаційного відділення та посилення міжсекторальної взаємодії громада зможе забезпечити значно повніший і якісніший маршрут для людей з ампутаціями.



6. ПЛАНИ ДІЙ: Впровадження у громадах

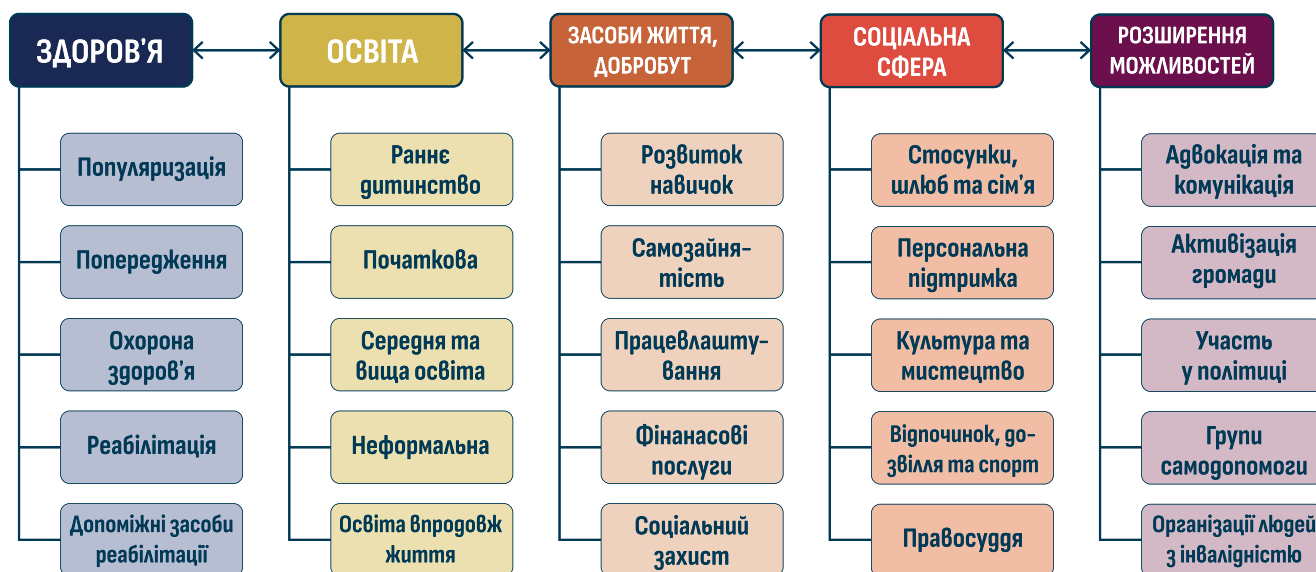
6.1 Як створювались плани гій

Плани дій стали практичним продовженням маршрутів пацієнта, розроблених у громадах. Їхнє завдання — зробити маршрут не просто схемою, а реальним робочим інструментом, що враховує конкретні умови, ресурси й пріоритети кожної громади.

Після завершення роботи над маршрутами команда проєкту ініціювала спільні сесії з представниками громад, під час яких відбулося «перекладання» маршрутів на мову дій.

У процесі взяли участь представники органів місцевого самоврядування, фахівці з охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, громадських організацій, а також експерти з реабілітації та технічного супроводу. Плани дій формувались спільно, з урахуванням реальної ситуації в кожній громаді.

В основу структури планів дій було покладено **матрицю реабілітації на рівні громади** (CBR, Community-Based Rehabilitation), розроблену **ВООЗ** [6].



Малюнок 1. – Матриця реабілітації в громаді

Це міжнародно визнана рамка, яка охоплює п'ять ключових напрямів: здоров'я, освіту, працевлаштування, соціальні послуги та розширення прав і можливостей. Такий підхід дозволив забезпечити системність, вийти за межі виключно медичних втручань і врахувати ширший контекст реабілітації як частини інтеграції людини в громаду. Саме ці компоненти стали орієнтирами під час визначення напрямів роботи у громадах.

До уваги також бралися:

- поточні можливості громади (інфраструктура, персонал, ресурси);
- визначені під час оцінювання потреби та прогалини;
- рівень активності й готовності ключових гравців;
- можливість реалізації тих чи інших рішень у межах проекту або самостійно громадою.

Плани дій включали як реалістичні короткострокові заходи, так і довгострокові цілі, що можуть бути досягнуті за наявності підтримки або додаткового ресурсу. Усі заходи були безпосередньо пов'язані з конкретними точками на маршрутах пацієнта — і мали посилити ті ділянки, які були ідентифіковані як слабкі або відсутні.

Роль експертів полягала у підтримці громад у формулюванні дій, визначенні пріоритетів, поясненні нормативної бази та можливих моделей реалізації. Крім того, на окремих етапах було залучено фахівців з технічного супроводу, які допомагали громадам зі зворотним зв'язком, збором додаткової інформації та уточненням реалістичності запропонованих рішень.

У результаті експерти проекту спільно з представниками громад сформува-ли плани дій, які ґрунтувались на аналізі маршрутів, результатах оцінювання та реальних можливостях на місцях. Кожен план став логічним продовженням роботи над маршрутами пацієнта та основою для подальших практичних кроків — як у межах проекту, так і поза ним.

6.2 Що вдалося реалізувати

У межах реалізації планів дій громади здійснили низку практичних заходів, спрямованих на посилення маршрутів пацієнтів. Основні зусилля були зосереджені на розвитку кадрового потенціалу, покращенні матеріально-технічної спроможності, супроводі пацієнтів, інформуванні та активізації міжсекторальної взаємодії.

Навчальні заходи

У кожній громаді було проведено серію тренінгів, які відповідали на конкретні виявлені потреби.

Для пояснення ролі сімейного лікаря в маршруті пацієнта, що потребує реабілітації, було організовано навчання щодо станів, які потребують реабілітації, можливостей скерування пацієнтів, ролі первинної ланки у маршрутизації та доступу до реабілітаційних послуг і допоміжних засобів реабілітації.

Для посилення роботи наявних реабілітаційних відділень кластерних лікарень, а також підготовки фахівців до повноцінного запуску відділень, було проведено низку тренінгів для мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Теми включали командну взаємодію, планування втручань, ведення документації, роботу з поширеними діагнозами (інсульт, ампутація, мінно-вибухова травма), реабілітацію в реанімації, основи реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату та педіатричну реабілітацію.

Для управлінських команд громад проведено навчання з організації роботи реабілітаційних служб, кадрового планування, управління маршрутами пацієнтів, а також адаптовано міжнародний курс з менеджменту реабілітації.

Для покращення підбору допоміжних засобів на всіх етапах маршруту організовано спеціалізоване навчання щодо адаптації,





використання та пояснення механізмів отримання ДЗР. Окремо відбувся тренінг, присвячений темі протезування — від етапів підбору до інформування пацієнтів.

Для працівників медичної та соціальної сфер організовано тренінг з ефективної комунікації щодо пояснення суті реабілітаційних, соціальних та освітніх послуг, з особливою увагою до взаємодії з родинами та лідерами громад.

З теми безбар'єрності відбулося навчання щодо виявлення бар'єрів, доступності та навігації у медичних, освітніх та соціальних просторах.

Усі громади також отримали доступ до онлайн-курсів НСЗУ, що дозволяє доповнити офлайн-навчання й закріпити отримані знання.

Закупівля обладнання та елементів безбар'єрності

У лікарнях, де вже функціонують або готуються до відкриття реабілітаційні відділення, було здійснено закупівлю обладнання. Вибір обладнання для закупівлі здійснювався з урахуванням:

- вже наявного в громадах обладнання, щоб уникнути дублювання;
- очікуваних поставок згідно з розподілом реабілітаційного обладнання, закупленого за кошти спеціального фонду Державного бюджету України на 2024 рік за бюджетною програмою КПКВК 2301630 «Відновлення і розвиток стійкої національної моделі медичної галузі України» за підтримки Світового банку в рамках проєкту HEAL;
- результатів оцінювання спроможності та потреби громад за інструментом проєкту;
- узгодження з керівництвом громад і фахівцями реабілітаційних відділень.



Для відділень реабілітації було закуплено:

- близько 40 одиниць реабілітаційних меблів (регульовані столи, стільці, шафи для зберігання обладнання для ерготерапії та фізичної терапії);
- понад 80 одиниць обладнання для фізичної та ерготерапії: м'які модулі, валики, обважнювачі, дзеркала, тренажери для рук і ніг (мотомеди), пристосування для балансування;
- допоміжні засоби для мобільності — ходунки, милиці, тростини, крісла колісні;
- обладнання для облаштування кабінетів ерготерапії: адаптоване кухонне приладдя, засоби для тренування дрібної моторики, тестові набори, прилади для захоплення;
- протипролежневі матраци та стільці для купання, які є особливо актуальними для пацієнтів із порушеннями мобільності.

Для закладів первинної медико-санітарної допомоги та установ соціального захисту закуплено:

- пандуси, настінні поручні, антиковзні стрічки — для підвищення доступності входів, коридорів, санітарних зон;
- навігаційні елементи: мнемосхеми, таблички шрифтом Брайля, інформаційні позначки.

Такий підхід до формування переліку закупівель дозволив громадам не лише посилити матеріально-технічну базу існуючих відділень, а й усунути деякі ключові прогалини — зокрема, у забезпеченні функціонування ерготерапії, оснащенні робочих місць для фахівців та покращенні доступності приміщень, у яких надаються реабілітаційні, соціальні чи медичні послуги.

Супровід пацієнтів

У рамках пілоту в громадах було організовано технічний супровід пацієнтів, які проходили маршрут після травм або інсультів.

Експерти проєкту спільно з громадами:

- здійснювали індивідуальний контакт із пацієнтами або їхніми родинами;
- оцінювали відповідність маршруту фактичним діям на місцях;
- надавали команді громади зворотний зв'язок для коригування підходів.

Цей компонент дозволив перевірити маршрути в дії, виявити прогалини та запланувати підсилення слабких ділянок.

Інформаційні матеріали

Громади отримали друковані матеріали, які пояснюють:

- права пацієнтів на реабілітацію, медичну допомогу, соціальні послуги;
- логіку маршрутів на рівні громади та області;
- можливість звернення по ДЗР, адаптацію житла, комунікацію з первинною ланкою.

Матеріали були розміщені у медичних закладах, ЦНАПах, соціальних службах.

Інструменти для подальшої роботи громад

Громади також отримали набір інструментів, які можуть використовуватись для продовження роботи після завершення пілоту. Серед них:

- зразок заяви на переоблаштування житла для осіб з інвалідністю [7];

- інструкція з облаштування пандуса відповідно до чинних норм [8];
- тематика навчальних заходів для подальшого використання;
- тексти для інформаційних матеріалів;
- інструмент оцінювання спроможності громади до надання реабілітаційних послуг, який можна використовувати повторно – для моніторингу прогресу та планування подальших кроків (Додаток 1).

Міжсекторальна взаємодія

У процесі реалізації планів дій в усіх громадах вдалося активізувати діалог між ключовими секторами — медичною та соціальною сферами, місцевими громадськими організаціями, центрами зайнятості та органами місцевого самоврядування. Ця співпраця стала основою для подальшого формування комплексного підходу до реабілітації та підтримки пацієнтів у громаді.

6.3 Що залишилось громадам на доопрацювання

Попри суттєвий обсяг реалізованих заходів, у кожній громаді залишилися напрями, які потребують подальшого опрацювання. Частина з них уже запланована або врахована у стратегічних документах громад, інші — потребують додаткових ресурсів, часу чи партнерств для впровадження.

Насамперед громади зосереджені на **повноцінному запуску відділень реабілітації**. У Роздільній триває ремонт приміщення та формування команди. У Ніжині готується перехід до нового, розширеного простору. У Баштанці завершується укомплектування штату, і громада готується до укладення договору з НСЗУ для забезпечення фінансування послуг реабілітації.



Актуальним залишається питання **сталого розвитку кадрового потенціалу**. У громадах планується проведення додаткових тренінгів для нових фахівців та запровадження механізмів безперервного навчання для тих, хто вже працює в системі.

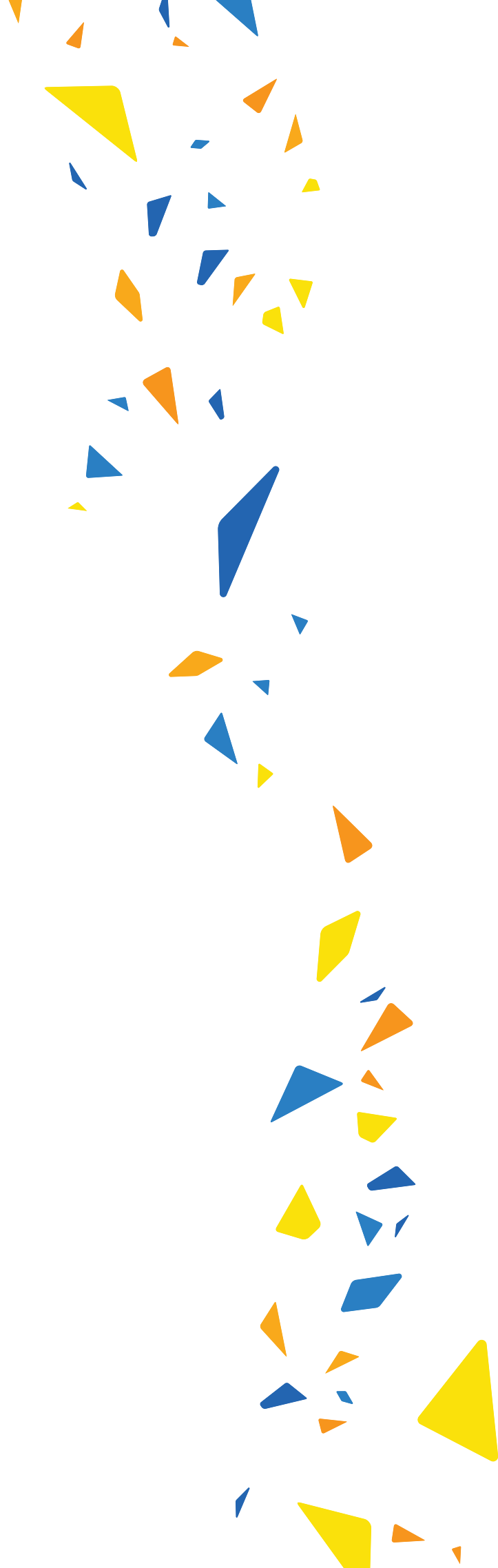
Важливим завданням є **посилення соціального супроводу пацієнтів**. Йдеться не лише про залучення соціальних служб, а й про інституційне закріплення ролі координатора або кейс-менеджера, зокрема – можливе створення посади соціального працівника у кластерній лікарні.

Ще одним напрямом доопрацювання є **доступність фізичного середовища**. У громадах залишаються завдання з облаштування пандусів, адаптації громадських просторів, зокрема ЦНАПів і закладів первинної медичної допомоги.

Громади також висловили намір з певною періодичністю **використовувати інструмент оцінки спроможності**, отриманий у межах проєкту, для моніторингу змін, планування подальших кроків та оновлення місцевих політик у сфері реабілітації.

Окремим напрямом залишається **посилення поінформованості пацієнтів і родин**. Це стосується як доступу до інформаційних матеріалів, так і підвищення рівня обізнаності про маршрути, права та можливості отримання послуг.

Участь у пілоті дозволила громадам чітко побачити власні сильні й слабкі сторони, а також сформулювати реалістичне бачення подальших кроків. Частина рішень уже інтегрована у плани розвитку, частина – потребує додаткових ресурсів і часу, але напрям визначено.



7. Що змінилося в громадах у ході пілотування

Участь у пілоті не лише активізувала процеси у сфері реабілітації, а й допомогла громадам подивитися на вже існуючі сервіси з нової перспективи. У фокусі опинився не окремих фахівець або заклад, а маршрут пацієнта, що вимагає співпраці, послідовності й передбачуваності.

Поява спільного бачення реабілітації

Реабілітація в громадах почала сприйматися як комплексна система, а не лише послуга в межах медичного закладу. Сформувалось розуміння, що шлях пацієнта потребує участі не лише медичних фахівців, а й соціальних працівників, освітян, родин, роботодавців та місцевого самоврядування.

У багатьох випадках вперше почали обговорюватися такі речі, як роль мультидисциплінарної команди, супровід після виписки, соціальна адаптація, інформування пацієнта.

Формування локального запиту на зміни

У громадах з'явився внутрішній запит на розвиток реабілітації. Якщо раніше реабілітація часто асоціювалась лише з інвалідністю або санаторно-курортним лікуванням, то зараз громади самі почали формувати бачення подальших кроків.

У Роздільнянській громаді триває активна підготовка до відкриття відділення реабілітації та благоустрою простору навколо нього. У Баштанці вже створене реабілітаційне відділення, укомплектовано штат, закуплено обладнання. У Ніжині реабілітація стала одним зі стратегічних напрямів розвитку охорони здоров'я з чітко визначеною відповідальністю.

Зміцнення команд і поява нових ролей

Проект допоміг громадам краще зрозуміти, як повинна виглядати команда, яка працює з пацієнтом: хто і коли має включатися, яку роль відіграє соціальний працівник, чому важливо не працювати «в паралелі». Під час роботи над маршрутами виникла потреба в координаторі — людині, яка бачить увесь шлях пацієнта.

Систематизація і візуалізація процесів

До участі в проекті процеси супроводу пацієнтів існували фрагментовано — на рівні відчуття, а не структури. Маршрути дозволили громадам побачити ланцюжок дій і визначити, де він переривається. Уперше на місцевому рівні з'явилися візуальні схеми маршрутів, і інформаційні матеріали, які були поширені в лікарнях, амбулаторіях, ЦНАПах.

Громади також отримали інструмент оцінки спроможності, який можуть використовувати повторно для аналізу прогресу. Були створені перші прикладні документи — шаблони заяв, інструкції, тексти для інформаційних матеріалів.

Поява фокусу на потребах пацієнта

У межах пілоту реабілітація почала сприйматися не лише як відділення або послуга, а як шлях конкретної людини. Виник акцент на те, що пацієнт — не «отримувач послуг», а учасник процесу, який має знати, що йому доступно, де він знаходиться у своєму маршруті і куди може звернутись.

Також зросло усвідомлення того, що без адаптації житла, доступного транспорту або соціального супроводу ефективність медичних втручань суттєво знижується.

8. Складнощі та обмеження

Налагодження комплексного підходу до реабілітації на рівні громади — це процес, що потребує часу, сталості, міжвідомчої взаємодії та наявності кваліфікованих фахівців.

У межах пілоту громади отримали можливість розпочати або посилити цей процес, проте залишаються об'єктивні обмеження, які впливають на його темпи й глибину. Частина бар'єрів є системною для всієї країни, частина — відображає локальні особливості.

8.1 Що заважало реалізації комплексного підходу до реабілітації на рівні громади

Обмежена кадрова спроможність

У громадах бракує фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, а також соціальних працівників із компетенціями в супроводі пацієнтів. Навіть за умови наявності інфраструктури та мотивації з боку громади, саме людський ресурс залишається ключовим обмеженням для повноцінного запуску.

Низький рівень інформованості пацієнтів і родин

Багато людей не знають про своє право на безоплатну реабілітацію та медичну допомогу, не розуміють, куди звертатися після виписки або як скористатись допоміжними засобами. Це ускладнює не лише доступ до послуг, а й формування запиту з боку самих пацієнтів.

Слабка міжвідомча взаємодія

Попри окремі приклади ефективної співпраці, механізми координації між медичною, соціальною, освітньою сферами та органами місцевого самоврядування залишаються несформованими або залежними від окремих ініціативних осіб.

Нерівність стартових умов

Громади відрізнялись між собою за рівнем готовності: ступенем функціонування відповідної інфраструктури, досвідом мультидисциплінарної роботи, кадровою ситуацією, організаційною підтримкою. Це безпосередньо вплинуло на хід впровадження маршрутів і реалізацію комплексного підходу до реабілітації на рівні громади.

Обмежені ресурси та нестабільність фінансування

У громадах фіксується брак ресурсів — як матеріально-технічних, так і бюджетних. Деякі процеси неможливо запустити без додаткової підтримки, довгострокового фінансування чи оновлення контрактування послуг.

8.2 Як громади реагували на труднощі

Попри обмеження, громади демонстрували здатність адаптуватися до ситуації і поступово формувати системний підхід. Серед рішень і практик, які дозволили просуватись уперед:

- орієнтація на досяжні кроки, які можна реалізувати наявними силами — оновлення маршрутів, розробка матеріалів, локальне навчання;
- підтримка з боку ініціативних осіб — ОМС, координаторів, локальних представників-фахівців, готових залучатись у процеси в громадах;
- опора на експертну підтримку команди проекту — можливість отримувати консультації, адаптувати рішення до локального контексту;
- готовність переглядати підходи на основі досвіду супроводу реальних пацієнтів.

9. Практичні рекомендації

9.1 Якщо ви плануєте впровадження маршрутів у громаді

- Починайте з того, **як реально рухається пацієнт**, а не з того, як «мало б бути». Це допоможе виявити не лише пробіли, а й працюючі рішення.
- Включайте в обговорення не лише медиків, а й соціальні служби, ЦНАП, заклади освіти, ОМС, громадські організації та представників пацієнтських спільнот.
- Візуалізуйте маршрут і повертайтеся до нього регулярно — це не разовий документ, а інструмент для управління.

9.2 Якщо створюєте план дій

- Орієнтуйтеся не лише на те, що «потрібно», а й на те, що **реально можливо** зробити у найближчій перспективі. Краще три впроваджені дії, ніж десять прописаних.
- Спирайтесь на **матрицю реабілітації на рівні громади ВООЗ (CBR WHO)** [\[6\]](#) або аналогічні рамки — це допомагає не звести реабілітацію до медичних інтервенцій.
- Враховуйте, що частина рішень стосується **координації та інформування**, а не лише послуг і обладнання.

9.3 Якщо розбудовуєте команду та міжвідомчу співпрацю

- Чітко визначте, хто координує реабілітаційний процес на рівні громади. Це може бути представник медичного закладу, соціальної служби або ОМС.
- Уникайте дублювання і «паралельної роботи»: важливо, щоб учасники команди знали функції одне одного і мали регулярний зв'язок.
- Формалізуйте хоча б мінімальні механізми взаємодії — спільні зустрічі, обмін інформацією, участь у створенні маршрутів.

9.4 Якщо хочете підсилити пацієнта як учасника процесу

- Забезпечте базову **інформацію у зрозумілому вигляді** — що, де, коли, як отримати. Пояснюйте, що саме включає доказова реабілітація.
- Сформуйте в громаді **контактну особу або канал**, куди можна звернутися із запитом щодо реабілітації.
- За можливості, **залучайте пацієнтів або їхніх родичів до планування** послуг і до перевірки, як працює маршрут.
- Не зосереджуйтесь лише на лікарні — пацієнт і після виписки має право на супровід, допомогу, доступне середовище і повернення до повноцінного життя.

10. Висновки і наступні кроки

10.1 Що говорив пілот

Пілотний проєкт підтвердив: **реабілітація може бути організована на рівні громади**, за умови, що громада розглядає її не як окрему послугу, а як частину ширшого суспільного процесу – відновлення, інтеграції, участі.

Маршрути пацієнтів, розроблені та протестовані у трьох громадах, показали, що навіть у складних умовах можна сформулювати логіку надання допомоги, зафіксувати ролі різних служб і почати міжвідомчу співпрацю. Формування планів дій дозволило громадам вийти за межі точкових рішень і окреслити довгостроковий напрям розвитку.

Пілот також довів, що **мультидисциплінарність, міжсекторальність та пацієнтоцентричність** – це не абстрактні принципи, а практичні орієнтири, які змінюють підходи до реабілітації на місцях.

10.2 Позиція команди проєкту:

Розвиток реабілітації на рівні громади – інвестиція в людей

Реабілітація – це не лише медичний процес, а ключовий елемент відновлення людини, підтримки якості її життя та повернення до активного життя в громаді. Вона має бути доступною там, де мешкає людина, забезпечуючи швидке відновлення, збереження звичного середовища та підтримку родини.

Реабілітація поруч:

Кожен, хто потребує відновлення, має отримувати необхідні послуги у своїй громаді. Це стосується не лише реабілітації, а й протезування, соціальної підтримки, інклюзивної освіти, можливості працевлаштування тощо. Ці послуги повинні бути скоординовані на рівні громади. Особливо це актуально в контексті повернення до цивільного життя великої кількості ветеранів з травмами. Люди – головний ресурс громади, і саме від доступності цих послуг залежить, чи зможуть вони повернутися до своїх громад, залишитися там, працювати, навчатися та бути активними громадянами.

Можливості для людини – розвиток для громади:

Громади, які створюють умови для реабілітації та соціальної підтримки, стають сильнішими економічно та соціально. Люди, які отримали якісну допомогу, а також їхнє близьке оточення – повертаються до роботи, відкривають власний бізнес, підтримують свої родини та беруть участь у розвитку громади. Це критично важливо як для ветеранів, так і для цивільного населення, яке потребує реабілітації після хвороб, травм чи складних життєвих обставин.

Розвивати, а не будувати:

Реабілітація стаціонарна має базуватися на спроможній мережі закладів охорони здоров'я. Амбулаторна реабілітаційна допомога має надаватися на базі закладів охорони здоров'ятаякреабілітаційнамоно-послуга у взаємодії з сімейними лікарями. Інвестувати ресурси варто не в нові стіни, а в якісне навчання фахівців, адже відновлюють людей не будівлі, а люди. Розвиток мультидисциплінарних команд, які вклю-

чають фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників та лікарів, має стати пріоритетом для громад, як і розвиток соціальних послуг в громаді.

Інклюзивне середовище – більше, ніж безбар'єрність:

Громади мають створювати простір, в якому всі мешканці почуваються комфортно. Це не лише архітектурна доступність, а й про сприйняття людей з інвалідністю, підтримка сімей, правильна комунікація. Важливо розвивати програми соціальної адаптації, підтримувати психологічне здоров'я, створювати можливості для працевлаштування та освіти.

Наступні кроки:

- **Розвиток реабілітаційних послуг у громадах** через навчання фахівців та створення мультидисциплінарних команд та через запровадження реабілітаційної монопослуги.
- **Розширення доступу до відновлення для ветеранів та людей з інвалідністю**, враховуючи їхні потреби в освіті, працевлаштуванні та соціальній адаптації. Налагодження ефективної взаємодії між цими сферами.
- **Формування інклюзивного простору** через усунення фізичних бар'єрів, боротьбу зі стигматизацією та підвищення обізнаності громади.

Реабілітація в громаді – це не лише медична послуга, а основа для сильного суспільства, де кожен має можливість відновитися, працювати, навчатися та брати участь у житті громади. Громади, які забезпечують ці умови, не лише підтримують своїх мешканців, а й створюють стале майбутнє для всіх.

10.3 Що далі: потреби, ресурси, готовність

Громади, які брали участь у пілоті, завершують його з чітким розумінням наступних кроків. Серед ключових потреб:

- **Посилення кадрового потенціалу** – як через безперервне навчання, так і через створення нових посад, заохочення фахівців до приїзду в громаду та зміцнення мультидисциплінарних команд.
- **Усталеність маршрутів пацієнтів** – включення їх у локальні політики, регулярне оновлення та моніторинг.
- **Забезпечення доступу до реабілітації в громаді** – через укладання договорів із НСЗУ, запуск амбулаторних послуг, розвиток транспортної доступності, безбар'єрного середовища.
- **Інституційне закріплення міжвідомчої взаємодії** – створення сталих форматів співпраці, спільного планування та відповідальності.
- **Інформування та залучення пацієнтів** – створення зрозумілих маршрутів, інформаційних матеріалів, точок входу, механізмів зворотного зв'язку.

У громадах уже сформований фундамент – як концептуальний, так і практичний – для подальшого розширення мережі реабілітаційних послуг.

Пілот завершено, але процес розпочався – і продовжується вже як **частина нової якості життя в громадах.**

Додаток 1. Інструмент оцінювання (методологія)

Методологія інструменту оцінки реабілітаційного потенціалу цільових громад в рамках проєкту «Реабілітація на рівні громади в Україні: Пілотування комплексного реабілітаційного підходу в цільових громадах» фінансується Європейським Союзом, реалізується БФ «Пацієнти України», і здійснюється Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в рамках «Спеціальної програми підтримки України /EU4ResilientRegions»

Інструмент оцінки реабілітаційного потенціалу трьох цільових громад в рамках проєкту створено з метою збору даних про поточний стан реабілітаційних послуг, виявлення ключових проблем та прогалин, аналіз яких дозволить надалі розробити ефективні плани дій та реабілітаційні маршрути для пацієнтів у трьох цільових громадах.

Цільові громади проєкту:

- Баштанська міська територіальна громада, Миколаївська область;
- Роздільнянська міська територіальна громада, Одеська область;
- Ніжинська міська об'єднана територіальна громада, Чернігівська область.

Цілі оцінювання:

- збір даних від різних цільових аудиторій, залучених до надання реабілітаційних послуг у громаді, а також тих, хто має або міг би мати доступ до статистичної інформації, що стосується оцінювання (наприклад, дані про захворюваність);
- визначення поточного стану надання реабілітаційних послуг;
- оцінка ресурсів громади, доступності та реабілітаційного потенціалу;

- визначення потреб та прогалин у наданні реабілітаційних послуг;
- використання результатів оцінки для розробки планів дій з розвитку реабілітаційного потенціалу та побудови реабілітаційних маршрутів на рівні громади.

Розробка та затвердження інструменту оцінювання

Розробка інструменту оцінювання ґрунтувалася, зокрема, на міжнародних документах:

- Керівні принципи CBR як інструменту для інклюзивного розвитку на рівні громад [\[4\]](#);
- Рамкова програма ВООЗ з реабілітації до 2030 року [\[3\]](#);
- Шаблон для збору інформації про реабілітацію (TRIC): Інструмент, що супроводжує Систематичну оцінку реабілітаційної ситуації (STARS) [\[5\]](#);
- Матриця CBR [\[6\]](#).

На першому етапі експерти проєкту проаналізували ці документи, на основі чого було розроблено перший варіант анкети.

У процесі консультацій з представниками реабілітаційного сектору, соціальної сфери та ветеранських організацій цей проєкт був доповнений та скоригований.

Наступним етапом стала очна зустріч з представниками трьох громад (головами громад, представниками медичного та соціального секторів, місцевих громадських організацій та центрів зайнятості). Під час зустрічі була отримана інформація про поточну ситуацію в громадах, їхні можливості та потреби, яка була використана для перегляду та доопрацювання інструменту оцінювання.

На завершальному етапі відбулося узгодження інструменту оцінки з національними зацікавленими сторонами, серед яких:

Василь Стрілка, генеральний директор Директорату високотехнологічної медичної допомоги та інновацій Міністерства охорони здоров'я.

Олена Кульчицька, радниця Міністра соціальної політики.

Антоніна Кумка, генеральна директорка благодійного фонду Protez Hub.

Тетяна Баришок, голова правління Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів.

Катерина Приймак, заступниця голови ГО «Жіночий ветеранський рух».

Тетяна Ломакіна, радниця уповноважена Президента України з питань безбар'єрності.

Після узгодження всі розділи інструменту оцінки були готові до використання

Учасники оцінювання:

Оцінювачі: залучені експерти, які є фахівцями з реабілітації, проводять оцінку за допомогою інструментів, описаних у цьому документі, та готують аналіз результатів з подальшою розробкою планів дій та реабілітаційних маршрутів для пацієнтів

Респонденти (зацікавлені сторони на рівні громади): керівники закладів охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форми власності, керівники структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, представники органів місцевого самоврядування (лідери громад), представники соціальної сфери на рівні громади, представники громадських організацій, фахівці з реабілітації.

Інструменти збору даних:

5 онлайн-анкет на платформі Google Forms для респондентів. Заповнення однієї анкети займає до 45 хвилин.

СТРУКТУРА ОЦІНКИ ВІДПОВІДНО ДО ЦІЛЬОВИХ АУДИТОРІЙ

1. Заклади охорони здоров'я в цільових громадах

Анкетування закладів первинної медичної допомоги та лікарень вторинної медичної допомоги щодо:

- загальної інформації про заклад та особу, яка заповнює анкету (Розділ 1);
- поточного стану організації та надання реабілітаційних послуг у ЗОЗ, а також наявності чи відсутності координації між підрозділами ЗОЗ, що надають невідкладну допомогу, та реабілітаційними підрозділами окремих ЗОЗ (Розділ 2);
- фінансування реабілітаційних послуг у ЗОЗ (Розділ 3);
- оцінка кадрового потенціалу та визначення потреби у забезпеченні закладу фахівцями для надання реабілітаційних послуг, якщо такі послуги в закладі надаються (розділ 4);
- наявні можливості для надання реабілітаційних послуг (ліжковий фонд, наявність амбулаторних реабілітаційних послуг, наявність фахівців, які надають реабілітаційні послуги як фізичні особи-підприємці в кабінеті, за місцем проживання/перебування пацієнта), а також наявні бар'єри та перешкоди для надання наявних та розвитку потенційних реабілітаційних послуг (розділ 5);
- доступність допоміжних технологій та засобів реабілітації, а також оцінка бар'єрів у їх забезпеченні для населення (розділ 6);
- вивчення наявного матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ та потреб у засобах реабілітації, а також у забезпеченні безбар'єрного середовища (розділ 7);
- інформація про супутні послуги та готовність до надзвичайних ситуацій (розділ 8);
- дотримання надавачем принципів безперервності та пацієнтоорієнтованості при наданні реабілітаційних послуг (обстеження, планування, втручання, оцінка ефективності, надання рекомендацій), а також наявність чи відсутність ефективної комунікації між лікарями суміжних підрозділів ЗОЗ (розділ 9);
- суб'єктивну оцінку якості реабілітаційних послуг, якщо такі надаються закладом, а також рівня знань та компетентності фахівців, які надають такі послуги у ЗОЗ (Розділ 9);
- інформацію про потреби, напрямки та плани розвитку команди та реабілітаційних послуг, включаючи збір інформації про наявність або відсутність стратегії розвитку, наявні бар'єри та потенційні «точки зростання» (Розділ 10).

Розділ 1. Загальна інформація про заклад та особу, яка заповнює анкету

№	Питання	Формат	Визначені опції
1	Назва об'єднаної територіальної громади	Одиничний вибір	Ніжинська територіальна громада; Баштанська територіальна громада; Роздільнянська територіальна громада.
2	Прізвище, ім'я та по батькові відповідача	Текстове поле	
3	Посада	Текстове поле	
4	Освіта (спеціальність, кваліфікація)	Текстове поле	
5	Повна назва закладу освіти	Текстове поле	
6	Форма власності закладу	Текстове поле	
7	Адреса електронної пошти	Текстове поле	
8	Контактний номер телефону	Текстове поле	
9	Я даю згоду на обробку наданої мною інформації та підтверджую своє розуміння мети збору даних.	Текстове поле	

Розділ 2. Оцінка організації та надання реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Визначені опції
2.1	Для яких вікових груп надаються послуги у вашому закладі?	Мультивибір	Дорослі; Діти.
2.2	Чи надаються у вашому закладі реабілітаційні послуги? Якщо так, деталізуйте, які саме послуги. Якщо ні, вкажіть ПЛАН організації реабілітації у вашому закладі.	Текстове поле	

2.3	Як довго надаються реабілітаційні послуги у вашому закладі (у місяцях)?	Текстове поле	
2.4	Чи організовано у вашому закладі реабілітаційне відділення?	Одиничний вибір	• Так; • Ні, і ми не плануємо його створювати; • Ні, але плануємо.
2.5	Які категорії осіб за станом здоров'я найчастіше отримують реабілітаційні послуги у вашому закладі? Якщо послуги не надаються, які стани потребують їх найбільше?	Мультивибір	• Травми (наприклад, переломи, ампутації, бойові поранення); • неінфекційні захворювання (наприклад, рак, хронічне обструктивне захворювання легень); • інсульт; • травми спинного мозку; • черепно-мозкові травми; • втрата зору; • втрата слуху; • вікові захворювання (наприклад, деменція); • неврологічні стани у дітей; • психічні розлади у дорослих; • проблеми опорно-рухового апарату (наприклад, біль у спині, остеоартрит); • інша інформація, пов'язана з потребами та попитом на реабілітацію; • реабілітація у відділенні інтенсивної терапії; • я не маю інформації.
2.6	Чи є у вашому закладі процеси звітності та/або системи моніторингу реабілітаційних потреб або послуг? Якщо ТАК, будь ласка, надайте деталі.	Текстове поле	
2.7	Чи існують програми підтримки дітей раннього віку (ранньої реабілітації)?	Одиничний вибір	Так Ні
2.8	Якщо так, перелічіть, які послуги надаються:	Мультивибір	• Оцінка (раннє виявлення); • направлення до необхідних спеціалістів; • супровід на шляху реабілітації; • впровадження терапевтичних планів; • навчання батьків.

2.9	Чи існують у вашому закладі механізми координації маршрутів пацієнтів та співпраці з надавачами послуг (наприклад, кейс-менеджмент)? Якщо ТАК, надайте детальну інформацію.	Текстове поле	
2.10	Чи включена реабілітація до процесів планування медичних послуг у вашому закладі? Якщо ТАК, опишіть, як відбувається планування.	Текстове поле	

Розділ 3. Фінансування реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
3.1	Які фінансові обмеження впливають на надання або розширення реабілітаційних послуг?	Текстове поле	Дорослі; Діти.
3.2	Які основні механізми фінансування реабілітаційних послуг у закладі?	Текстове поле	
3.3	Які реабілітаційні послуги пацієнт оплачує у закладі за власний кошт? Які типові витрати на реабілітацію у вашому закладі?	Текстове поле	

Розділ 4. Кадрове забезпечення та людські ресурси

№	Питання	Формат	Визначені опції
4.1	Скільки фахівців з реабілітації та пов'язаних з реабілітацією працює в закладі охорони здоров'я?	Таблиця з варіантами відповідей	0,1,2,3,4 і більше: • лікар фізичної реабілітаційної медицини; • фізичний терапевт; • ерготерапевт; • асистент фізичного терапевта/ерготерапевта; • психолог; • протезист-ортезист; • реабілітаційна медсестра; • соціальний працівник; • інше

4.2	Які ще фахівці надають реабілітаційні послуги в ЗОЗ?	Текстове поле	
4.3	Кількість фахівців з реабілітації та фахівців, пов'язаних з реабілітацією, у відділенні?	Таблиця з варіантами відповідей	0,1,2,3,4 і більше: • лікар фізичної реабілітаційної медицини; • фізичний терапевт; • ерготерапевт; • асистент фізичного терапевта/ерготерапевта; • психолог; • протезист-ортезист; • реабілітаційна медсестра; • соціальний працівник; • інше
4.4	Скільки пацієнтів в середньому отримують реабілітаційні послуги на тиждень?	Одиничний вибір	• Менше 10; • 10-20; • 21-50; • 51-100.
4.5	Які види реабілітаційних послуг та втручань надає заклад?	Мультивибір	• Огляд лікаря фрм для дорослих; • огляд лікаря фрм для дітей; • огляд фізичного терапевта; • огляд ерготерапевта; • огляд інших фахівців з реабілітації; • консультація лікаря фрм; • консультація фізичного терапевта; • консультація ерготерапевта; • консультація інших фахівців з реабілітації; • терапія мови та мовлення; • послуги протезування та ортезування; • послуги соціального працівника; • послуги психолога/психотерапевта; • послуги медичної сестри з реабілітації; • фізична терапія/ерготерапія при захворюваннях нервової системи; • фізична терапія/ерготерапія після травм опорно-рухового апарату; • фізична терапія/ерготерапія після хірургічних втручань;

			• фізична терапія/ерготерапія в кардіології; • фізична терапія/ерготерапія в онкології; • фізична терапія в інтенсивній терапії; • реабілітація при захворюваннях органів дихання; • лікування спастичності; • лікування сечового міхура та кишківника (при травмах хребта та спинного мозку); • підбір апаратури дистанційного; зондування, її налаштування та навчання користування; • інше (вкажіть нижче).
4.6	*Ваш варіант надання реабілітаційних послуг та втручань, якщо не вказано вище.		

Розділ 5. Надання реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Визначені опції
5.1	Яка загальна кількість реабілітаційних ліжок для дорослих у вашому закладі охорони здоров'я?	Текстове поле	Дорослі; Діти.
5.2	Яка загальна кількість реабілітаційних ліжок для дітей у вашому закладі охорони здоров'я?	Текстове поле	
5.3	Які реабілітаційні послуги пацієнт оплачує у закладі за власний кошт? Які типові витрати на реабілітацію у вашому закладі?	Таблиця з варіантами відповідей	Так Ні
5.4	Вкажіть, будь ласка, де надається амбулаторна реабілітація (заклади охорони здоров'я, кабінети, установи, приватні особи) поза пакетом ПМГ.	Текстове поле	
5.5	Вкажіть, ДЕ або КИМ надається реабілітація за місцем проживання та/або в громаді (заклади охорони здоров'я, офіси, установи, приватні особи).	Текстове поле	

5.6	Чи проводиться реабілітація в школах або інших навчальних закладах? Якщо ТАК, будь ласка, назвіть ці заклади та вкажіть категорії станів здоров'я, з якими вони працюють.	Текстове поле	
5.7	Чи існують у громаді реабілітаційні програми для дітей та дорослих з інвалідністю (наприклад, ДЦП, черепно-мозкові травми, порушення зору тощо)? Якщо так, будь ласка, вкажіть, які саме програми.	Текстове поле	
5.8	Чи існують специфічні проблеми у співпраці з іншими секторами (соціальні послуги, освіта, транспорт, маршрутизація пацієнтів в межах області та громади тощо)?	Текстове поле	
5.9	З якими проблемами чи бар'єрами стикається ваша установа при наданні реабілітаційних послуг?	Текстове поле	
5.10	Які основні перешкоди заважають розвитку або розширенню реабілітаційних послуг у громаді?	Текстове поле	

Розділ 6. Асистивні технології/допоміжні засоби реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
6.1	Чи є у вашому закладі наступні види допоміжних засобів реабілітації для пацієнтів (незалежно від джерела постачання)?	Таблиця з варіантами відповідей	• Так; • ні; • мобільність; • зір; • слух/комунікація; • самообслуговування.
6.2	Якщо засоби реабілітації наявні у закладі, вкажіть, будь ласка, джерела постачання цих засобів.	Текстове поле	
6.3	Чи є у закладі засоби реабілітації, передбачені Постановою КМУ № 1301? Хто відповідає за забезпечення засобами реабілітації, передбаченими Постановою КМУ № 1301, в установі? Будь ласка, надайте контактну інформацію.	Текстове поле	

6.4	Будь ласка, вкажіть осіб, відповідальних за надання різних видів засобів реабілітації у вашому закладі: 1. Мобільність 2. Зір 3. Слух/комунікація 4. Самообслуговування/ пізнання Якщо таких немає, будь ласка, вкажіть «-».	Текстове поле	
6.5	Джерела та механізми фінансування засобів реабілітації у закладі.	Текстове поле	
6.6	Назвіть три основні категорії осіб з порушеннями функціонування, які отримують засоби реабілітації у вашому закладі.	Текстове поле	
6.7	Чи є у вашому закладі кабінет/кімната асистивних технологій?	Одиничний вибір	Так Ні
6.8	Чи співпрацює ваш заклад з надавачами послуг з протезування та ремонту протезів? Якщо ні, вкажіть «-». Якщо так, вкажіть, будь ласка, установи та надайте контактну інформацію.	Текстове поле	
6.9	Вкажіть, будь ласка, проблеми та бар'єри у забезпеченні засобами реабілітації у вашому закладі.	Текстове поле	

Розділ 7. Реабілітаційна інфраструктура та обладнання

№	Питання	Формат	Визначені опції
7.1	Чи проводився аналіз доступності (безбар'єрності) закладів, що надають реабілітаційні послуги? Якщо такий аналіз існує, будь ласка, додайте документ до анкети.	Завантаження файлу	

7.2	У разі відсутності аналізу безбар'єрності, будь ласка, оцініть доступність наступних пунктів: 1. Вхід до закладу (наявність доступних доріжок, пандусів, поручнів, ширина дверей тощо). 2. Пересування всередині закладу та доступ до відділення (рівень поверху, наявність ліфтів, вказівників, доступність інформації про послуги тощо). 3. Безбар'єрний дизайн відділення (туалети, душові кабінки, дверні прорізи, вказівники, пороги тощо).	Текстове поле	
7.3	Нестача якого реабілітаційного обладнання ускладнює або унеможлиблює надання якісних реабілітаційних послуг?	Текстове поле	
7.4	Чи є в закладі доступні та безпечні місця укриття (в тому числі для реабілітаційного відділення) для маломобільних пацієнтів на випадок активізації військових дій?	Одиничний вибір	Так Ні
7.5	Будь ласка, завантажте перелік наявного реабілітаційного обладнання у вашому закладі.	Завантаження файлу	
7.6	Які логістичні рішення доступні для пацієнтів для доступу до реабілітаційних послуг у громаді (транспортні послуги, спеціалізований транспорт тощо)?	Текстове поле	

Розділ 8. Готовність до надзвичайних ситуацій та інформація про відповідні служби

№	Питання	Формат	Визначені опції
8.1	Чи існують встановлені шляхи перенаправлення (в тому числі для реабілітаційних пацієнтів) на випадок активізації військових дій або надзвичайних ситуацій?	Одиничний вибір	Так Ні
8.2	Які послуги з підтримки ветеранів/військовослужбовців та їхніх сімей доступні у вашому закладі?	Текстове поле	
8.3	У якому форматі ваш заклад співпрацює з надавачами соціальних послуг?	Текстове поле	

Розділ 9. Інформація про оцінку якості реабілітаційних послуг та команд (за наявності)

№	Питання	Формат	Визначені опції
9.1	Як розробляються індивідуальні плани реабілітації для конкретних пацієнтів?	Мультимедіа	• Мультидисциплінарний командний підхід; • під керівництвом лікаря; • під керівництвом будь-якого фахівця з реабілітації (за потребою); • підхід, орієнтований на пацієнта; • незалежний внесок кожного спеціаліста; • важко сказати; • інше (будь ласка, вкажіть)
9.2	Будь ласка, опишіть ваш підхід до розробки індивідуальних планів реабілітації у вашому закладі.	Текстове поле	
9.3	Як вимірюються та контролюються результати лікування пацієнтів?	Мультимедіа	• Результати, про які повідомляють пацієнти; • тривалість перебування; • результати функціональних оцінювань; • не вимірювалися та не відстежувалися; • інше (будь ласка, вкажіть)
9.4	Будь ласка, опишіть ваш підхід до вимірювання та моніторингу результатів реабілітації пацієнтів у вашому закладі.		
9.5	Яким чином пацієнти та їхні сім'ї залучені до процесу реабілітації у відділенні реабілітації?	Мультимедіа	• Регулярні сімейні зустрічі; • освітні заняття (в тому числі сімейні); • залучення до постановки цілей; • звіти про прогрес; • епізодично/спонтанно; • не залучені; • інше (будь ласка, вкажіть)
9.6	Як відбувається співпраця з іншими медичними працівниками лікарні для надання комплексної допомоги пацієнтам?	Мультимедіа	• Регулярні мультидисциплінарні зустрічі; • спільні електронні медичні записи; • спільні плани догляду за пацієнтами; • спільні тренінги; • залучення фахівців з реабілітації до інших відділень;

			• залучення лікарів з інших відділень до роботи у відділенні реабілітації; • презентації роботи відділення; • реабілітації в різних форматах.
9.7	Будь ласка, опишіть підхід вашого закладу до співпраці з іншими медичними працівниками лікарні для надання комплексної допомоги пацієнтам.	Текстове поле	
9.8	Як медичний заклад (або реабілітаційне відділення) підтримує перехід пацієнтів до домашнього догляду після виписки?	Мультивибір	• Надання інформаційних матеріалів про ресурси громади; • перенаправлення пацієнтів до послуг на рівні громади; • регулярна комунікація з надавачами; послуг за місцем проживання; • не забезпечує підтримку; • інше (вказіть, будь ласка).
9.9	Будь ласка, опишіть підхід вашого закладу до підтримки переходу пацієнтів до домашнього догляду після виписки.	Текстове поле	
9.10	Як би ви оцінили загальну якість реабілітаційних послуг, що надаються у відділенні реабілітації?	Одиничний вибір	1 - Погано 2 - Незадовільно 3 - Задовільно 4 - Добре 5 - Відмінно
9.11	Як ви оцінюєте загальний рівень професійних знань фахівців з реабілітації у відділенні?	Одиничний вибір	1 - Погано 2 - Незадовільно 3 - Задовільно 4 - Добре 5 - Відмінно
9.12	Як відділення реабілітації (або медичний заклад) забезпечує персонал необхідними ресурсами для надання якісної допомоги?	Мультивибір	• Доступ до новітніх технологій та обладнання; • достатній рівень укомплектованості штату; • можливості для професійного розвитку; • врахування потреб та планування; розвитку (закупівля обладнання, навчання, розширення штату тощо); • епізодично/спонтанно; • не визначено; • інше (будь ласка, вкажіть).

Розділ 10. Інформація про потреби, напрямки та плани розвитку команди та реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Визначені опції
10.1	Чи має відділення план стратегічного розвитку?	Одиничний вибір	• ні • частково • так
10.2	Будь ласка, вкажіть слабкі сторони відділення.	Текстове поле	
10.3	Будь ласка, вкажіть сильні сторони відділення.	Текстове поле	
10.4	Будь ласка, вкажіть прогалини в знаннях і навичках щодо напрямків реабілітації та/або втручань фахівців з реабілітації у відділенні.	Текстове поле	
10.5	Яка, на вашу думку, найбільша проблема з реабілітаційними послугами у вашому регіоні?	Мультивибір	• брак реабілітаційного персоналу в цілому; • брак фінансування; • доступ до технологій та обладнання; • низька якість випускників у фізичній терапії; • брак кваліфікованих терапевтів мови і мовлення; • брак кваліфікованих лікарів фрм; • брак кваліфікованих медсестер з реабілітації; • брак кваліфікованих психологів; • брак кваліфікованих протезистів-ортезистів; • брак підтримки; • недостатня кількість місць для реабілітації, що зменшує доступність реабілітаційних послуг для пацієнтів; • низька обізнаність населення про реабілітаційні послуги та їх можливості; • відсутність координації між різними реабілітаційними закладами та спеціалістами, що ускладнює надання інтегрованих послуг; • відсутність індивідуалізованого догляду за пацієнтами, що може перешкоджати процесу реабілітації;

			• відсутність підтримки після реабілітації, що може призвести до рецидивів та погіршення здоров'я; • відсутність інформації про доступні реабілітаційні послуги та процес їх надання; • відсутність контролю за якістю та ефективністю реабілітаційних послуг; • інше (будь ласка, уточніть).
10.6	Який тип реабілітаційних послуг, на вашу думку, є найнеобхіднішим для розвитку або покращення у вашому відділенні?	Текстове поле	
10.7	Як можна зробити реабілітаційні послуги більш доступними для пацієнтів у вашому регіоні?		• Мобільні реабілітаційні пункти; • послуги телемедицини; • транспортні послуги; • розвиток реабілітації на основі громади; • розвиток реабілітації вдома; • збільшення кількості реабілітаційних ліжок у відділеннях; • широка обізнаність пацієнтів щодо реабілітаційних послуг, шляхів тощо; • широка обізнаність сімейних лікарів та спеціалістів щодо реабілітаційних послуг, шляхів тощо; • інше (будь ласка, уточніть).
10.8	Як можна покращити реабілітаційні послуги у реабілітаційному відділенні вашого медичного закладу для пацієнтів з комплексними медичними потребами?		• спеціалізоване навчання для персоналу; • співпраця з іншими медичними фахівцями; • доступ до більш спеціалізованого обладнання; • інше (будь ласка, уточніть).
10.9	Чи є плани відкриття додаткових реабілітаційних пакетів у вашому медичному закладі? якщо так, будь ласка, уточніть, яких саме.	Текстове поле	

10.10	Які види/форми навчання, на вашу думку, є найбільш корисними/пріоритетними для фахівців з реабілітації у вашому медичному закладі?	Список видів/форм навчання з пріоритетними рівнями.	1 - не актуально 2 - трохи актуально 3 - важко сказати 4 - актуально 5 - дуже актуально • навчання, організоване нсзу; • навчання від професійних організацій; • навчання, організоване за конкретним запитом відділення; • 1-2 дні особистого навчання; • 3-6 днів особистого навчання; • онлайн навчання (з підтримкою тренера); • гібридне навчання (частково онлайн, частково особисто); • вебінари; • обговорення клінічних випадків з експертами; • онлайн-курси; • інше.
10.11	Будь ласка, вкажіть, наскільки актуальні наступні теми професійного розвитку для фахівців відділення та медичних закладів:	Список видів/форм навчання з пріоритетними рівнями.	1 - не актуально 2 - трохи актуально 3 - важко сказати 4 - актуально 5 - дуже актуально • робота в мультидисциплінарній команді; • управління реабілітаційним відділенням; • комунікація для спеціалістів з реабілітації; • основи реабілітації при неврологічних захворюваннях; • основи реабілітації при травмах та ортопедичних захворюваннях; • основи знань про респіраторну реабілітацію; • основи знань про гостру реабілітацію (включаючи реанімацію); • основи знань про реабілітацію після ампутацій; • основи знань про реабілітацію після опіків; • базові знання про педіатричну реабілітацію; • базові знання про онкологічну реабілітацію; • базові знання про реабілітацію в хірургії; • базові знання про реабілітацію в кардіології; • розширені теми в реабілітації при неврологічних захворюваннях; • розширені теми в реабілітації при травмах та ортопедичних захворюваннях; • розширені теми в респіраторній реабілітації; • розширені теми в гострій реабілітації (включаючи реанімацію); • розширені теми реабілітації після ампутацій; • розширені теми реабілітації після опіків; • розширені теми педіатричної реабілітації; • розширені теми реабілітації в онкології; • розширені теми в реабілітації в хірургії; • розширені теми в реабілітації в кардіології; • роль медсестри з реабілітації; • основні теми в фізичній терапії; • основні теми в ерготерапії.

			• основні теми в терапії мови та мовлення; • розширені теми в фізичній терапії; • розширені теми в ерготерапії; • розширені теми в терапії мови та мовлення; • біопсихосоціальний підхід та використання мкф; • документація в реабілітації; • використання інструментів оцінки в реабілітації; • інше.
--	--	--	--

Після збору інформації за допомогою опитувальника потреба в обладнанні була додатково з'ясована фахівцем з реабілітації, залученим до проєкту. Це відбувалося шляхом телефонних дзвінків керівникам закладів охорони здоров'я, які подали відповідні запити (за необхідності інформація також могла бути узгоджена з іншими відповідальними особами, залученими до організації роботи реабілітаційних відділень).

Отриманий перелік обладнання був доопрацьований експертами з метою уникнення дублювання постачання обладнання з інших джерел (державні закупівлі, благодійні ініціативи тощо).

Після цього доопрацьований перелік обладнання було повторно узгоджено з представниками громад, а потім передано експертам із закупівель проєкту для подальшої реалізації.

2. Представники органів місцевого самоврядування (лідери громад)

Дані (кількісні та якісні) збираються від представників органів місцевого самоврядування для оцінки потреб, можливостей та організації реабілітаційних послуг за допомогою анкетування (якісні дані) та заповнення «Форми збору кількісних даних» (кількісні дані).

Опитування представників органів місцевого самоврядування, в тому числі лідерів громад, зосереджене на зборі наступної інформації:

- загальна інформація про респондента (ПІБ, посада, номер телефону, e-mail), громаду (назва ОТГ, кількість населення, віковий склад, статистика інвалідності, кількість ветеранів) (Розділ 1);

- інформація про реабілітаційні потреби громади на основі таких даних статистика травматизму (травми хребта, головного мозку, опорно-рухового апарату); неінфекційні захворювання, які впливають на якість та тривалість життя і часто призводять до стійкої втрати працездатності (цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання); захворюваність на гострі порушення мозкового кровообігу (інфаркт мозку, нетравматичний внутрішньомозковий крововилив) кількість осіб з порушеннями слуху; кількість осіб з порушеннями зору; кількість осіб з віковими захворюваннями (деменція); поширеність порушень розвитку органів і систем у дітей; поширеність психічних розладів. Оцінка спроможності громади щодо надання послуг паліативної допомоги (ліжковий фонд закладів паліативної допомоги всіх форм власності та підпорядкування з урахуванням усіх можливих шляхів фінансування таких послуг), кількість осіб, які фактично отримали послуги паліативної допомоги у 2024 році (Розділ 2);
- загальну інформацію про: потреби населення громади в реабілітаційних послугах, наявність закладів для надання реабілітаційних послуг, наявність маршрутів пацієнтів, наявність осіб, відповідальних за розвиток реабілітаційних послуг в громаді, а також оцінку якості їх надання, відповідальних за реалізацію стратегії безбар'єрності (за наявності) (Розділ 3);
- фінансування реабілітаційних послуг громадою (цільове фінансування реабілітаційних послуг поза межами Програми медичних гарантій, фінансові обмеження, що стримують розвиток реабілітації). Спроможність громади надавати амбулаторні та стаціонарні реабілітаційні послуги дітям та дорослим (загальний ліжковий фонд стаціонарних закладів усіх форм власності та підпорядкування з урахуванням усіх можливих джерел фінансування їх діяльності, наявність та кількість місць для надання амбулаторних реабілітаційних послуг). Бар'єри для розвитку реабілітаційних послуг на рівні громади (Розділ 4);
- забезпеченість мешканців громади допоміжними засобами реабілітації, а також механізми та шляхи їх доставки до кінцевого споживача, бар'єри у наданні ДЗР мешканцям громади (Розділ 5);
- загальна інформація про реабілітаційну інфраструктуру громади (наявність карти реабілітаційних послуг, логістичні рішення для полегшення отримання реабілітаційних послуг населенням громади, в т.ч. транспортування до місць надання послуг), наявність стратегії розвитку реабілітаційної інфраструктури та безбар'єрного доступу (розділ 6);
- інформація про супутні послуги підтримки, що надаються в громаді (наявність програм підтримки у складних життєвих обставинах, програм працевлаштування людей з інвалідністю, програм інклюзивної освіти, дані про громадські організації, які опікуються вразливими групами населення) (Розділ 7).

Кількісні дані щодо профілю громади будуть отримані за допомогою Форми збору кількісних даних.

Розділ 1. Загальна інформація про особу, яка заповнює анкету

№	Питання	Формат	Зазначені параметри
1	Назва територіальної громади	Одиничний вибір	Ніжинська територіальна громада; Баштанська територіальна громада; Роздільнянська територіальна громада.
2	Загальна чисельність населення в громаді	Текстове поле	
3	Ім'я особи, яка заповнює форму	Текстове поле	
4	Посада	Текстове поле	
5	Місце роботи	Текстове поле	
6	Освіта	Текстове поле	
7	Адреса електронної пошти	Текстове поле	
8	Контактний номер телефону	Текстове поле	
9	Розподіл віку населення (може бути в абсолютних числах або у % від населення громади): • 0-3; • 4-18; • 19-60; • 60+	Текстове поле	
10	Статус інвалідності (кількість осіб): • 0-3; • 4-18; • 19-60; • 60+	Текстове поле	
11	Кількість ветеранів у громаді	Текстове поле	
12	Я даю свою згоду на обробку наданої мною інформації та підтверджую своє розуміння мети збору даних	Один вибір	Так Ні

Розділ 2. Потреби реабілітації

Будь ласка, надайте кількісну інформацію про осіб з наступними станами у вашій громаді:

№	Питання	Формат	Зазначені параметри
2.1	Травми (протягом минулого року та останніх трьох років): • дорожньо-транспортні пригоди (ДТП); • опіки; • поранення, пов'язані з війною; • побутові травми; • ампутації.	Текстове поле	
2.2	Невиробничі захворювання (протягом минулого року та останніх трьох років): • рак; • цукровий діабет; • серцево-судинні захворювання (ССЗ); • респіраторні захворювання(РЗ).	Текстове поле	
2.3	Гострий інсульт (включає інфаркти мозку та нетравматичні внутрішньомозкові крововиливи) (протягом минулого року та останніх трьох років)	Текстове поле	
2.4	Травми спинного мозку (травматичного та нетравматичного походження: травми хребта, нейродегенеративні захворювання, наслідки інфекційних захворювань, що впливають на спинний мозок) (протягом минулого року та останніх трьох років)	Текстове поле	
2.5	Травми спинного мозку: (кількість осіб у спільноті за віком)	Текстове поле	
2.6	Особи з втратою зору: (кількість осіб у спільноті за віком)	Текстове поле	
2.7	Особи з втратою слуху: (кількість осіб у спільноті за віком)	Текстове поле	
2.8	Вікові захворювання (наприклад, деменція): (кількість осіб у спільноті за віком)	Текстове поле	

2.9	Поширеність порушень розвитку та неврологічних розладів у дітей (% населення): • інтелектуальні порушення; • розвиткові затримки; • розлади аутистичного спектра; • дитячий церебральний параліч; • спіна біфіда; • епілепсія.	Текстове поле	
2.10	Поширеність психічних розладів у дорослих (кількість у цільовій громаді, за віком): • депресія; • шизофренія; • біполярні розлади; • інші.	Текстове поле	
2.11	М'язово-скелетні розлади (протягом минулого року в цільовій громаді): • біль у спині; • артрит та артроз; • інші.	Текстове поле	
2.12	Додаткова інформація про потреби в реабілітації та попит у цільовій спільноті	Текстове поле	
2.13	Паліативні послуги в громаді: • державні та комунальні заклади, що уклали договір з Національною службою здоров'я України для надання відповідних послуг у 2024 році (перерахуйте заклади та вкажіть кількість ліжок); • приватні заклади, що мають договір з НСЗУ на надання відповідних послуг у 2024 році (перерахуйте заклади та вкажіть кількість ліжок); • приватні заклади, що надають відповідні послуги, фінансовані фізичними та юридичними особами (перерахуйте заклади та вкажіть кількість ліжок); • заклади інших форм власності та підпорядкування, діяльність яких фінансується з альтернативних джерел (благодійні фонди, релігійні організації тощо).	Текстове поле	

2.14	Скільки пацієнтів отримали паліативні послуги протягом останнього року?: • стаціонарна допомога: кількість пацієнтів, які отримали лікування в лікарняних умовах; • догляд вдома: кількість пацієнтів, які отримали послуги за місцем проживання (через мобільні паліативні команди).	Текстове поле	
------	---	---------------	--

Розділ 3. Інформація про реабілітацію

№	Питання	Формат	Зазначені параметри
3.1	Які групи населення найбільше потребують реабілітаційних послуг?	Текстове поле	
3.2	Які реабілітаційні послуги наразі доступні у вашій громаді?	Текстове поле	
3.3	Чи включено реабілітацію в процес планування медичних послуг? Якщо так, будь ласка, опишіть, як це було реалізовано.	Текстове поле	
3.4	Чи є в структурі відділу посада, відповідальна за реабілітацію? Якщо так, будь ласка, надайте детальну інформацію про цю/цих осіб.	Текстове поле	
3.5	Чи існують процеси звітності та/або системи моніторингу потреб або надання реабілітаційних послуг? Якщо так, будь ласка, надайте детальну інформацію про них.	Текстове поле	
3.6	Чи існує наглядова/координаційна рада для розвитку реабілітації в громаді? Якщо так, будь ласка, надайте контактні дані особи, яка її очолює.	Текстове поле	
3.7	Чи є особа, відповідальна за реалізацію Стратегії безбар'єрності в громаді? Якщо так, будь ласка, надайте контактні дані.	Текстове поле	

Розділ 4. Фінансування та надання реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Зазначені параметри
4.1	Чи є бюджет, виділений на реабілітацію поза Програмою медичних гарантій? Якщо так, то яке міністерство або міністерства забезпечують це фінансування?	Текстове поле	
4.2	Які фінансові обмеження впливають на надання або розширення реабілітаційних послуг?	Текстове поле	
4.3	Яка загальна кількість реабілітаційних ліжок для дорослих? Будь ласка, надайте наступну інформацію: - кількість реабілітаційних ліжок у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які мають контракт з НСЗУ на надання стаціонарних реабілітаційних послуг (станом на 2024 рік); - кількість реабілітаційних ліжок у приватних закладах охорони здоров'я, які мають контракт з НСЗУ на надання стаціонарних реабілітаційних послуг (станом на 2024 рік); - кількість реабілітаційних ліжок у приватних закладах охорони здоров'я, що надають послуги, фінансовані фізичними та юридичними особами (станом на 2024 рік); - кількість реабілітаційних ліжок у закладах охорони здоров'я інших форм власності, фінансованих з інших джерел, окрім ПМГ (Міністерство оборони, Міністерство соціальної політики, благодійні організації тощо); - загальна кількість.	Текстове поле	

4.4	Яка загальна кількість реабілітаційних ліжок для пацієнтів-підлітків (до 18 років)? Будь ласка, надайте наступну інформацію: • кількість реабілітаційних ліжок у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які мають контракт з НСЗУ на надання стаціонарних реабілітаційних послуг (станом на 2024 рік); • кількість реабілітаційних ліжок у приватних закладах охорони здоров'я, які мають контракт з НСЗУ на надання стаціонарних реабілітаційних послуг (станом на 2024 рік); • кількість реабілітаційних ліжок у приватних закладах охорони здоров'я, що надають послуги, фінансовані фізичними та юридичними особами (станом на 2024 рік); • кількість реабілітаційних ліжок у закладах охорони здоров'я інших форм власності, фінансованих з інших джерел, окрім ПМГ (Міністерство оборони, Міністерство соціальної політики, благодійні організації тощо); • загальна кількість.	Текстове поле	
4.5	Будь ласка, перерахуйте заклади охорони здоров'я, які надають амбулаторні реабілітаційні послуги в рамках Програми медичних гарантій: (1) дорослі; (2) діти.	Текстове поле	
4.6	Будь ласка, перерахуйте медичні заклади та фахівців, які надають послуги амбулаторної реабілітації, діяльність яких фінансується поза межами ПМГ (пацієнтами, благодійними фондами, цільовими програмами тощо): (1) дорослі; (2) діти.	Текстове поле	

4.7	Чи існують цільові програми реабілітації в громаді для дітей та дорослих з конкретними проблемами зі здоров'ям (наприклад, церебральний параліч, травматична черепно-мозкова травма, порушення зору тощо)? Якщо так, то які саме?	Текстове поле	
4.8	Чи є специфічні виклики у співпраці з іншими секторами (соціальні послуги, освіта, транспорт, маршрутизація пацієнтів в області та громаді тощо)?	Текстове поле	
4.9	Які основні перешкоди заважають розвитку або розширенню реабілітаційних послуг у громаді?	Текстове поле	

Розділ 5. Асистивні технології/допоміжні засоби реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
5.1	Чи доступні в громаді наступні типи допоміжних засобів реабілітації (ДЗР) (незалежно від джерела постачання)? • рухливість; • зір; • слух/комунікація; • самообслуговування.	Текстове поле	
5.2	Будь ласка, вкажіть джерела постачання ДЗР для громади.	Текстове поле	
5.3	З яких джерел фінансуються ДЗР, і який механізм їх доставки до кінцевого користувача?	Текстове поле	
5.4	Будь ласка, вкажіть проблеми та бар'єри у наданні ДЗР у громаді.	Текстове поле	

Розділ 6. Інфраструктура реабілітації та підготовка до НС

№	Питання	Формат	Визначені опції
6.1	Які логістичні рішення доступні для пацієнтів для доступу до реабілітаційних послуг у громаді (транспортні послуги, спеціалізований транспорт тощо)?	Текстове поле	

6.2	Чи має ваша громада затверджену стратегію розвитку? Якщо така стратегія існує, будь ласка, завантажте документ.	Текстове поле	
6.3	Якщо існує план безбар'єрного розвитку громади, які кроки заплановані на 2024-2025 роки?	Текстове поле	
6.4	Чи були картографовані ресурси реабілітації у вашій громаді?	Текстове поле	Так Ні

Розділ 7. Інформація про послуги

№	Питання	Формат	Визначені опції
7.1	Чи є у вашій громаді програми та послуги підтримки для людей у складних життєвих ситуаціях (люди з інвалідністю, ветерани, люди старшого віку або інші вразливі групи)?	Текстове поле	
7.2	Скільки дітей зараховано до системи інклюзивної освіти?	Текстове поле	
7.3	Чи були оцінені реабілітаційні потреби цих дітей?	Текстове поле	
7.4	Чи є в громаді послуги, що забезпечують доступність громадських просторів та входних зон будинків/місць роботи та навчальних закладів для людей/дітей з обмеженою мобільністю? Якщо так, будь ласка, опишіть механізм.	Текстове поле	Так Ні
7.5	Чи є в громаді активні організації громадянського суспільства, які зосереджуються на вразливих групах? Якщо так, будь ласка, вкажіть, які саме (назва, контактні дані) та опишіть їхню діяльність.	Текстове поле	
7.6	Чи є співпраця в громаді зі службою зайнятості для працевлаштування людей з інвалідністю та ветеранів?	Текстове поле	
7.7	Чи є в громаді Інклюзивний ресурсний центр? Якщо так, чи є співпраця з фахівцями з реабілітації? Будь ласка, надайте контактні дані.	Текстове поле	

3. Представники соціального сектору на рівні громади

Опитування представників управління соціального захисту на рівні громади містить такі дані:

- загальна інформація про респондента (ПІБ, посада, назва установи, де працює респондент, номер телефону, e-mail, назва ОТГ, про яку респондент заповнює дані) (Розділ 1);
- організація надання реабілітаційних послуг, зокрема доступність таких послуг та їх перелік, інформація про посадову особу (за наявності), відповідальну за реабілітацію, механізми координації маршруту пацієнта, звітування про надані послуги, наявність програм ранньої реабілітації для дітей (Розділ 2);
- фінансування реабілітаційних послуг поза межами Програми медичних гарантій, бар'єри для розширення такого фінансування (Розділ 3);
- загальна інформація про надання реабілітаційних послуг школами та іншими навчальними закладами, а також установами, підпорядкованими Мінсоцполітики (за наявності) (Розділ 4);
- доступність допоміжних засобів реабілітації для населення громади, а також механізми та шляхи їх доставки до кінцевого споживача, бар'єри у забезпеченні населення громади допоміжними засобами реабілітації, а також наявність послуг з ремонту протезів (Розділ 5);
- загальна інформація про реабілітаційну інфраструктуру (наявність логістичних рішень для полегшення доступу населення громади до реабілітаційних послуг), міжвідомча співпраця, інформація про доступність та безбар'єрність громадських будівель, а також заходи з підтримки ветеранів, військовослужбовців та осіб з інвалідністю (Розділ 6).

Розділ 1. Загальна інформація про особу, яка заповнює анкету, та громаду, яку вона представляє

№	Питання	Формат	Визначені опції
1	Ім'я особи, яка заповнює форму	Текстове поле	
2	Адреса електронної пошти	Текстове поле	
3	Контактний номер телефону	Текстове поле	
4	Назва територіальної громади	Текстове поле	
5	Посада	Текстове поле	
6	Місце роботи	Текстове поле	
7	Я даю свою згоду на обробку наданої мною інформації та підтверджую своє розуміння мети збору даних	Один вибір	Так Ні

Розділ 2. Інформація про реабілітацію

№	Питання	Формат	Визначені опції
2.1	Які реабілітаційні послуги у вашій громаді надаються установами, підпорядкованими Міністерству соціальної політики?	Текстове поле	
2.2	Чи є спеціальний підрозділ та/або посадова особа, відповідальна за реабілітацію в Департаменті соціального захисту? Якщо так, будь ласка, надайте детальну інформацію про цю особу (осіб)	Текстове поле	
2.3	Чи існують механізми для координації шляху пацієнта між постачальниками послуг та забезпечення співпраці між постачальниками (наприклад, управління випадками та практики координації, які підтримують своєчасну реабілітацію)? Якщо так, будь ласка, уточніть	Текстове поле	
2.4	Чи існують процеси та/або системи звітності для моніторингу потреб у реабілітації або наданні послуг? Якщо так, будь ласка, надайте деталі	Текстове поле	
2.5	Чи є програми підтримки раннього дитинства (рання реабілітація)? Якщо так, будь ласка, вкажіть установи, які надають такі послуги.	Текстове поле	

Розділ 3. Фінансування реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
3.1	Чи виділено бюджет на реабілітацію? Якщо так, з якого міністерства або міністерств? Від якого донора?	Текстове поле	
3.2	Які фінансові обмеження впливають на надання або розширення послуг реабілітації?	Текстове поле	

Розділ 4. Надання реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Визначені опції
4.1	Чи надається реабілітація в школах/інших освітніх закладах? Якщо так, будь ласка, назвіть ці установи та категорії здоров'я, які вони охоплюють.	Текстове поле	
4.2	Чи існують специфічні виклики у співпраці з представниками інших міністерств та агентств у організації надання реабілітаційних послуг?	Текстове поле	
4.3	Які бар'єри та перешкоди існують для надання реабілітаційних послуг установами, підпорядкованими Міністерству соціальної політики?	Текстове поле	

Розділ 5. Асистивні технології/допоміжні засоби реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
5.1	Чи доступні в громаді наступні типи ДЗР (незалежно від джерела забезпечення)?	Текстове поле	• Рухливість; • зір; • слух/комунікація; • самообслуговування.
5.2	Будь ласка, вкажіть джерела фінансування ДЗР у громаді.	Текстове поле	
5.3	Чи доступні ДЗР в громаді в рамках постанови Кабінету Міністрів 1301? Хто відповідає за надання послуги на рівні громади? Будь ласка, надайте контактні дані.	Текстове поле	
5.4	Будь ласка, вкажіть особу/установу тощо, відповідальну за надання різних видів ДЗР: • мобільність; • зір; • слух/комунікація; • самообслуговування.	Текстове поле	
5.5	Які механізми отримання ДЗР у громаді?	Текстове поле	

5.6	Назвіть три основні категорії людей з інвалідністю, які отримують ДЗР у громаді?	Текстове поле	
5.7	Чи надаються послуги з виготовлення та ремонту протезів? Якщо так, будь ласка, вкажіть установи та контакти.	Текстове поле	
5.8	Вкажіть проблеми та бар'єри у забезпеченні ДЗР в громаді.	Текстове поле	

Розділ 6. Інфраструктура реабілітації та інформація про пов'язані послуги

№	Питання	Формат	Визначені опції
6.1	Які логістичні рішення доступні для пацієнтів для отримання реабілітаційних послуг у громаді (транспортні послуги; спеціалізований транспорт тощо)?	Текстове поле	
6.2	Чи забезпечений безбар'єрний доступ (стандартизований пандус, навігація, ліфт тощо) до будівель соціальних установ громади?	Мультивибір	• Так, безбар'єрний доступ забезпечено в усіх цих установах; • частково, безбар'єрний доступ забезпечено лише в деяких установах; • ні, безбар'єрний доступ не забезпечено; • інше* (будь ласка, уточніть нижче).
6.3	*Який вид безбар'єрного доступу забезпечено до будівель установ соціального захисту громади?	Текстове поле	
6.4	Якщо доступ частково або повністю забезпечено, будь ласка, уточніть, які елементи безбар'єрності присутні (наприклад, пандуси, навігація, ліфт тощо)	Текстове поле	Так Ні
6.5	Чи має ваша громада програми підтримки та послуги для людей у складних життєвих обставинах (люди з інвалідністю, ветерани, люди старшого віку або інші вразливі групи)?	Мультивибір	• Так, є програми для всіх цих груп; • так, але лише для деяких груп; • ні, таких програм немає.

6.6	Чи співпрацює департамент соціального забезпечення з реабілітаційними установами, підпорядкованими іншим міністерствам та відомствам?	Один вибір	Так Ні
6.7	Якщо так, будь ласка, вкажіть форми співпраці	Текстове поле	
6.8	Чи є в громаді помічник ветерана?	Один вибір	Так Ні
6.9	Якщо так, скільки ветеранів він/вона обслуговує?	Текстове поле	
6.10	Чи взаємодіють представники Департаменту соціального захисту з помічниками ветеранів? (якщо в громаді є помічники ветеранів)	Текстове поле	
6.11	Які послуги підтримки для ветеранів/військовослужбовців та їхніх сімей доступні в громаді?	Текстове поле	
6.12	Чи має громада співпрацю зі службою зайнятості для працевлаштування осіб з інвалідністю та ветеранів?	Текстове поле	
6.13	Чи співпрацює служба соціального захисту зі службами зайнятості та медичними закладами для виявлення проблем з працевлаштуванням через хворобу або травму та для допомоги в збереженні зайнятості?	Текстове поле	
6.14	Чи є в громаді Інклюзивні ресурсні центри? Якщо так, чи є співпраця з фахівцями з реабілітації? Надати контакти.	Текстове поле	

4. Представники громадських організацій

Опитування представників НУО містить такі дані:

- загальна інформація про респондента (ПІБ, посада, назва організації, в якій працює респондент, номер телефону, адреса електронної пошти, назва об'єднаної територіальної громади, для якої респондент надає дані) (Розділ 1);
- надання реабілітаційних послуг поза межами ПМГ (цільові реабілітаційні програми для конкретних станів здоров'я, що реалізуються за участю НУО) (Розділ 2);
- участь НУО у наданні допомоги громадам у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (бар'єри у наданні ДЗР та послуг громаді) (Розділ 3);
- загальна інформація про реабілітаційну інфраструктуру (наявність логістичних рішень для полегшення доступу до реабілітаційних послуг для громади, включаючи транспортування до медичних та немедичних закладів; інформація про доступність послуг, що надаються за підтримки НУО, наприклад, пристосування будівель до стандартів доступності та безбар'єрності; а також заходи з підтримки ветеранів, військовослужбовців та осіб з інвалідністю) (Розділ 4).

Розділ 1. Загальна інформація про особу, яка заповнює анкету, та громаду, яку вона представляє

№	Питання	Формат	Визначені опції
1	Ім'я особи, яка заповнює форму	Текстове поле	
2	Адреса електронної пошти	Текстове поле	
3	Контактний номер телефону	Текстове поле	
4	Назва територіальної громади	Текстове поле	Ніжинська територіальна громада; Баштанська територіальна громада; Роздільнянська територіальна громада.
5	Посада	Текстове поле	
6	Місце роботи	Текстове поле	
7	Я даю свою згоду на обробку наданої мною інформації та підтверджую своє розуміння мети збору даних	Один вибір	Так Ні

Розділ 2. Інформація про реабілітацію та надання реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Визначені опції
2.1	Чи надає ваша НУО реабілітаційні послуги громадянам? Якщо так, то які саме послуги?	Текстове поле	
2.2	Чи має ваша організація спеціальний підрозділ та/або особу, відповідальну за реабілітацію? Якщо так, будь ласка, надайте детальну інформацію про цю (цих) особу (осіб).	Текстове поле	
2.3	Чи знаєте ви про будь-які цільові програми реабілітації в громаді для дітей та дорослих з певними станами здоров'я (наприклад, церебральний параліч, черепно-мозкова травма, зорові порушення тощо) поза Програмою медичних гарантій НСЗУ? Якщо так, чи бере ваша НУО участь у цих програмах? Якщо так, то як саме вона бере участь?	Текстове поле	

Розділ 3. Асистивні технології/допоміжні засоби реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
3.1	Чи займається ваша НУО наданням реабілітаційних засобів людям з інвалідністю? Якщо так, будь ласка, вкажіть, при яких інвалідностях	Мультивибір	• Рухливість; • зір; • слух/комунікація; • самообслуговування.
3.2	Будь ласка, назвіть джерела отримання допоміжного реабілітаційного обладнання на баланс вашої НУО (придбання за пожертвуваннями, гуманітарна допомога тощо)	Текстове поле	
3.3	Назвіть три основні категорії осіб з інвалідністю, які отримують ДЗР у громаді від вашої НУО.	Текстове поле	
3.4	Вкажіть проблеми та бар'єри для отримання більшого асортименту ДЗР.	Текстове поле	

Розділ 4. Інфраструктура реабілітації та інформація про пов'язані послуги

№	Питання	Формат	Визначені опції
4.1	Які логістичні рішення доступні для пацієнтів для отримання реабілітаційних послуг у громаді (транспортні послуги; спеціалізований транспорт тощо). Як ваша НУО допомагає в їх реалізації?	Текстове поле	
4.2	Які послуги підтримки для ветеранів/військовослужбовців та їхніх сімей надаються за участі/підтримки вашої НУО?	Текстове поле	
4.3	Чи може ваша НУО надавати послуги щодо доступності громадських просторів та входів до будівель/обладнання робочих місць і місць навчання для людей з інвалідністю? Якщо так, будь ласка, опишіть механізм.	Текстове поле	
4.4	Як ваша НУО піклується про вразливі групи (ветеранів, людей з інвалідністю)?	Текстове поле	
4.5	Чи співпрацює ваша НУО зі службою зайнятості для працевлаштування людей з інвалідністю, ветеранів?	Текстове поле	

5. Медичні працівники

Опитування медичних працівників містить такі дані:

- загальна інформація про респондента (ПІБ, посада, назва установи, де працює респондент, освіта, номер телефону, адреса електронної пошти, назва об'єднаної територіальної громади (ОТГ), до якої належить респондент) (Розділ 1);
- загальна інформація про реабілітаційні послуги (перелік реабілітаційних послуг, що надаються в закладі, де працює респондент, надавачів амбулаторних реабілітаційних послуг, що фінансуються поза межами Програми медичних гарантій, а також виклики, бар'єри та проблеми, пов'язані з наданням та розвитком реабілітаційних послуг) (Розділ 2);
- доступність допоміжних засобів реабілітації для населення громади (механізми та шляхи доставки допоміжних засобів до кінцевого споживача, бар'єри у забезпеченні населення громади допоміжними засобами реабілітації) (Розділ 3).

Розділ 1. Загальна інформація про особу, яка заповнює анкету, та громаду, яку вона представляє

№	Питання	Формат	Визначені опції
1	Ім'я особи, яка заповнює форму	Текстове поле	
2	Адреса електронної пошти	Текстове поле	
3	Контактний номер телефону	Текстове поле	
4	Назва територіальної громади	Текстове поле	Ніжинська територіальна громада; Баштанська територіальна громада; Роздільнянська територіальна громада.
5	Посада	Текстове поле	
6	Місце роботи	Текстове поле	
7	Я даю свою згоду на обробку наданої мною інформації та підтверджую своє розуміння мети збору даних	Один вибір	Так Ні

Розділ 2. Інформація про реабілітацію та надання реабілітаційних послуг

№	Питання	Формат	Визначені опції
2.1	Які реабілітаційні послуги наразі доступні у вашій громаді?	Текстове поле	
2.2	Будь ласка, перерахуйте медичні заклади, спеціалістів, які надають амбулаторні реабілітаційні послуги, що фінансуються поза ПМГ (за рахунок пацієнтів, благодійних фондів, цільових програм тощо).	Текстове поле	
2.3	Чи є конкретні виклики у співпраці з іншими секторами (соціальні послуги, освіта, транспорт; маршрутизація пацієнтів в межах області та громади тощо)?	Текстове поле	

2.4	З якими проблемами/перешкодами ваша установа/ви особисто стикаєтеся при наданні реабілітаційних послуг?	Текстове поле	
2.5	Які основні перешкоди для розвитку або розширення реабілітаційних послуг у громаді?	Текстове поле	

Розділ 3. Асистивні технології/допоміжні засоби реабілітації

№	Питання	Формат	Визначені опції
3.1	Чи доступні в громаді наступні типи ДЗР (незалежно від джерела фінансування)?	Мультивибір	• Рухливість; • зір; • слух/комунікація; • самообслуговування.
3.2	Які джерела постачання реабілітаційних допоміжних пристроїв для громади?	Текстове поле	
3.3	Назвіть три основні категорії людей з інвалідністю, які отримують ДЗР у громаді.	Текстове поле	
3.4	Визначте виклики та перешкоди для надання ДЗР у громаді.	Текстове поле	

Застосування Інструменту оцінювання:

Етап 1: Збір інформації від ключових зацікавлених сторін.

Етап 2: Аналіз зібраних даних залученими експертами.

Етап 3: Розробка групою залучених експертів планів дій щодо посилення реабілітаційного потенціалу та створення шляхів реабілітації на рівні громад для кожної цільової громади.

Етап 4: Пілотування окремих елементів планів дій у цільових громадах.

Додаток 2. План дій Ніжинської громади

Мета Плану дій: сприяти Ніжинській міській територіальній громаді Чернігівської області забезпечити можливість населення громади отримувати реабілітаційну допомогу в рідній громаді та за потреби отримати правильне скерування на реабілітацію більш спеціалізованого рівня відповідно до сформованих реабілітаційних маршрутів.

Географія Плану дій: Ніжинська міська територіальна громада Чернігівської області, навколишні територіальні громади Чернігівської області, Чернігівська область.

Період для запровадження Плану дій: План дій розрахований на 1 рік з метою показати чіткі досяжні завдання та водночас продемонструвати покращення та розвиток, якого можна досягти за відповідний період часу.

Підґрунтя для Плану дій: проведення Аналізу потенціалу та потреб громади для розвитку реабілітації в громаді, соціальний паспорт громади, побажання стейкхолдерів в громаді, отримані шляхом оцінки потреб громади та комунікації із відповідними стейкхолдерами. План Дій сформовано в рамках рекомендацій ВООЗ щодо розвитку реабілітації в громаді та враховує всі його складові частини (див. Мал 1).

Цільова аудиторія Плану дій: представники органів місцевого самоврядування Ніжинської МТГ, керівники ЗОЗ, фахівці з реабілітації, сімейні лікарі, представники соціальної та освітньої сфер.

Бенефіціари Плану дій: населення Ніжинської МТГ, зокрема яке потребує чи потребуватиме реабілітації.

Особливості Плану дій: Враховуючи, що завданнями Проєкту було не лише розробити План Дій для Ніжинської громади, а й допомогти з втіленням окремих його елементів, узгоджених з представниками ОМС, в Плані Дій окремо зазначені ті елементи, які пропонуються до імплементації в межах терміну дії Проєкту.

1. ЗДОРОВ'Я

План дій

Імплементується в рамках Проекту

1.1 Проводити популяризації/промоцію реабілітаційної допомоги в громаді

1.1.1. Інформування про можливості отримання реабілітації в громаді та області для пацієнтів відповідно до запропонованих маршрутів – для ОМС, сімейних лікарів, управління соціального захисту, лікарів інших спеціальностей, ЦНАПів, а також забезпечення їх джерелами інформації про організацію надання послуг з реабілітації.

Індикатор виконання: підготовлено та поширено відповідні інформаційні матеріали.

1.1.2. Інформування сімей Захисників щодо можливості проходження реабілітації в КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» щодо маршрутів реабілітаційних по лікарні.

Індикатор виконання: поранені Захисники з Ніжинської громади з травмами середньої тяжкості проходять реабілітацію в КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» відповідно до маршрутів реабілітаційних.

1.1.3. Інформування про можливості отримання Допоміжних засобів реабілітації в громаді/області.

Індикатор виконання: формування інформаційних матеріалів та їх поширення серед зазначених груп.

1.1.4. Запуск Контактної лінії (або визначення відповідальної особи для звернення) для рідних Захисників, щоб у випадку їх поранення будувати їх маршрут реабілітації ближче до дому.

Індикатор виконання: організація контактної лінії.

1.1.1.-1.1.3. У межах проекту розробляються три види інформаційних матеріалів:

- буклети про протезування та допоміжні засоби реабілітації (ДЗР);
- брошури про медичні, реабілітаційні та соціальні послуги;
- та настінні календарі з корисною інформацією.

Вони допоможуть мешканцям громад дізнатися про доступні сервіси та спростити доступ до них.

Інформаційні матеріали стосуються таких тематик:

- Як отримати безоплатні допоміжні засоби реабілітації та протезування.
- Реабілітаційні послуги для відновлення після травм та хвороб.
- Як отримати безоплатну медичну допомогу.
- Безоплатні ліки за програмою «Доступні ліки» та за програмами з місцевого бюджету.
- Отримання безоплатних медичних виробів.
- Отримання соціальних послуг.
- Як облаштувати житло для осіб з інвалідністю.

1.2 Забезпечувати превенцію погіршення функціонального стану людей після захворювання чи травми	
1.2.1. Проведення регулярного (мінімум раз на рік) Навчання сімейних лікарів та педіатрів щодо загрозливих станів в реабілітації та необхідних дій, а також щодо раннього скерування на реабілітацію та забезпечення Допоміжними засобами реабілітації. Індикатор виконання: проведення навчального заходу.	1.2.1. В рамках Проєкту сформовано навчальну програму (Додаток 4), в тому числі, для сімейних лікарів та пропонується до проведення відповідні тренінги: • Тема «Реабілітація для сімейних лікарів: основи та коректне скерування пацієнтів» • Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера • Тема «Підбір допоміжних засобів реабілітації (ДЗР): критерії, правила вибору та адаптація під потреби пацієнта»
1.2.2. Провести регулярне навчання для навчання навичок комунікації та психологічної підтримки під час роботи з пацієнтами з травмами та важкими хворобами, підтримка для МДРК і соціальних працівників. Індикатор виконання: проведення регулярного навчання.	
1.2.3. Забезпечити оцінку потреб громади в реабілітації: щорічний збір інформації про поранених Захисників, ветеранів, дітей, дорослих, людей літнього віку, дітей, які передчасно народжені, та дітей з інвалідністю, людей після інсульту тощо. Індикатор виконання: проводиться щорічний збір зазначеної інформації.	1.2.3. Для цього рекомендуємо використати відповідну частину Інструменту оцінювання громад.
1.3 Забезпечувати умови для вдосконалення надання реабілітаційних послуг	
1.3.1. Розширення та облаштування реабілітаційного відділення, яке відповідає потребам населення громади в послугах із стаціонарної та амбулаторної реабілітації. Індикатор виконання: забезпечення реабілітаційному відділенню КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» наявності необхідного реабілітаційного обладнання та допоміжних засобів реабілітації.	1.3.1. В рамках Проєкту здійснено закупівлю реабілітаційного обладнання для зазначеного реабілітаційного відділення відповідно до Наказу МОЗ 995 від 31.05.2023 «Про затвердження Примірного таблицю матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді» [9].

	Перелік формувався з урахуванням наявного обладнання в 303 та розподілу реабілітаційного обладнання, закупленого за кошти спеціального фонду Державного бюджету України на 2024 рік за бюджетною програмою КПКВК 2301630 «Відновлення і розвиток стійкої національної моделі медичної галузі України» за підтримки Світового Банку в рамках проекту HEAL.
1.3.2. Розроблення для Ніжинської МТГ реабілітаційних маршрутів для окремих станів здоров'я чи травм. Індикатор виконання: розроблено та затверджено маршрути.	1.3.2. В рамках Проекту Ніжинської МТГ розроблені 3 реабілітаційні маршрути та заплановано до імплементації проведення випробування їх ефективності на практичних кейсах реальних пацієнтів (засобами технічного супроводу цих кейсів): • для реабілітації після інсульту; • для реабілітації після ампутації та для протезування; • для реабілітації після мінно-вибухової травми.
1.3.3. Затвердження в КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» маршрутів реабілітаційних по лікарні. Індикатор виконання: розроблено та затверджено маршрути.	
1.4 Здійснювати адвокацію важливості розвитку реабілітації та інклюзії та прийняття в громаді людей після захворювання чи травми	
1.4.1. Проведення регулярної комунікації зі школярами та батьками для популяризації реабілітаційних професій і повернення назад в громаду – організація щорічних презентацій. Індикатор виконання: заплановано та проводяться відповідні заходи.	
1.4.2. Проведення інформаційних заходів з молоддю громади для забезпечення прийняття ветеранів після поранень/людей з інвалідністю в громаді. Оскільки в Ніжинській громаді є вже понад 100 людей (включно із ветеранами) з ампутаціями варто запрошувати ветеранів з ампутаціями на просвітницькі заходи в заклади освіти. Індикатор виконання: заплановано та проводяться відповідні заходи.	

1.4.3. Організувати на рівні ОМС комітету щодо для забезпечення Інтегрованої допомоги для з представниками відповідних служб, керівником ЗОЗ та реабілітаційного відділення, представниками первинки, управління соціального захисту, служби зайнятості, соцпрацівників та помічників ветерана (за наявності) тощо з метою планування потреб та взаємодії для кожного конкретного випадку потреби в реабілітації для мешканців громади, які потребують: • реабілітації після інсульту; • реабілітації після ампутації та для протезування; • реабілітації після мінно-вибухової травми. Індикатор виконання: створено і функціонує комітет.	
2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ГРОМАДІ ТА ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
2.1. Створити умови для активізації громади	
2.1.1. Сформувані реєстр фахівців з реабілітації в громаді (включно з фахівцями, які працюють приватно). Індикатор виконання: сформовано відповідний реєстр.	
2.1.2. Сформувані план перескєруваннє пацієнтів на реабілітацію зі своєї громади в сусідні у випадку критичних ситуацій. Індикатор виконання: сформовано відповідний план.	

3. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ (ФІНАНСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ПОСЛУГИ, КАДРОВИЙ ТА ЛЮДСЬКИЙ ПОТЕНЦІАЛ, ОБЛАДНАННЯ)

План дій	Імплементується в рамках проєкту
3.1. Охорона здоров'я	
3.1.1. Забезпечення фактичного залучення команди реабілітації до інших відділень/маршрути для забезпечення реабілітаційної допомоги в гострому періоді в мобільному режимі всередині лікарні (внутрішній наказ по лікарні – відвідування по графіку членами МДРК пацієнтів у відповідних відділень). Індикатор виконання: затвердження внутрішнього наказу по лікарні КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького».	
3.1.2. Проведення навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг. Індикатор виконання: проведення інформаційно-освітнього заходу раз на рік.	3.1.2. В рамках Проєкту заплановано до імплементції навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг: • Тема «Мультидисциплінарний підхід в реабілітації у громаді». • Тема «Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера». • Тема «Реабілітація у мультидисциплінарних командах: розширений підхід». • Тема «Основи реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: мінно-вибухова травма, фізична терапія, робота з рубцями та методи знеболення». • Тема «Навчання методам підвищення обізнаності, зокрема з реабілітації, для представників громад. Як комунікувати послуги з реабілітації у громаді».

3.1.3. Проведення навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг, в тому числі забезпечити проходження онлайн-курсів на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію «Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів» [10]. Індикатор виконання: заплановано і проведено відповідне навчання.	
3.1.4. Забезпечити ведення статистики щодо скерування на реабілітаційну допомогу пацієнтів після інсультів відповідно до розроблених маршрутів. Індикатор виконання: 100% пацієнтів з інсультом отримали консультацію МДРК та за потреби відповідне скерування на реабілітацію та/або отримання Допоміжних засобів реабілітації.	
3.2. Реабілітація	
3.2.1. Забезпечення виконання реабілітаційним відділенням вимог щодо реабілітаційної спроможності відповідно до ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році для надання реабілітаційної допомоги шляхом залучення фахівців з реабілітації до команди у необхідній кількості. Індикатор виконання: визначено необхідно спроможність та доукомплектовано відповідно МДРК.	
3.2.2. Забезпечення проведення навчання реабілітаційних команд та фахівців з реабілітації в громаді. Щорічне навчання реабілітаційних команд працювати з пацієнтами відповідно до станів в запропонованих маршрутах (інсульти, ампутації, мінно-вибухові травми). Та проведення додаткового навчання по інших станах, які виокремлені при аналізі громади: біль в спині, артрити, артрози.	3.2.2. В рамках Проєкту заплановано до імплементації навчання реабілітаційних команд та фахівців з реабілітації в громаді: • Тема «Мультидисциплінарний підхід в реабілітації у громаді». • Тема «Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера».

Індикатор виконання: щорічне навчання проведено.	• Тема «Підбір Допоміжних засобів реабілітації (ДЗР): критерії, правила вибору та адаптація під потреби пацієнта». • Тема «Реабілітація у мультидисциплінарних командах: розширений підхід». • Тема «Основи реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: мінно-вибухова травма, фізична терапія, робота з рубцями та методи знеболення». • Тема «Навчання методам підвищення обізнаності, зокрема з реабілітації, для представників громад. Як комунікувати послуги з реабілітації у громаді». • Тема «Безбар'єрність у громаді: принципи, доступність, рішення». • Тема «Ведення документації в реабілітації». • Протезування: етапи процесу, правила скерування та підготовка пацієнтів».
3.2.3. Забезпечити проходження онлайн-курсів на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію [10]: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів; • Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ; • Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Індикатор виконання: заплановано і проведене відповідне навчання	

3.2.4. Створення сприятливих умов для фахівців з реабілітації по проживанню в громаді, зокрема за рахунок фінансових (високий рівень оплати праці) та нефінансових стимулів (можливість розвитку, навчання, забезпечення житлом, транспортом тощо) Індикатор виконання: надається службове житло для фахівців з реабілітації, які його потребують.	
3.2.5. Охоплення амбулаторної реабілітацією пацієнтів в рамках реабілітаційної монопослуги. Індикатор виконання: відбувається скерування на монопослугу відповідно до потреб пацієнта та ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році.	
3.2.6. Охоплення амбулаторної реабілітацією ширшого кола пацієнтів шляхом послуги довозення до місць надання послуг з амбулаторної реабілітації (соціальне таксі або самостійно від ЗОЗу, що надає реабілітаційну допомогу), довозення фахівців з реабілітації до місць проживання осіб, що потребують такого виду допомоги, або довозення фахівця з реабілітації до віддалених районів громади з організацією його роботи в кабінеті. Індикатор виконання: через сімейних та інших лікарів збирається інформація про потребу в реабілітаційних послугах та потребу в транспортуванні, механізм забезпечення транспортування вирішується на комітеті Інтегрованої допомоги.	

4. АСИСТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ/ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ (ДЗР)

План дій	Імплементується в рамках проєкту
4.1. Допоміжні засоби реабілітації	
4.1.1. Забезпечення закупівлі допоміжних засобів реабілітації для наповнення Кабінету асистивних технологій КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» відповідно до Наказу МОЗ 995 від 31.05.2023 [9]. Індикатор виконання: наповнення КАТ відповідно до зазначеного Наказу.	4.1.1. В рамках Проєкту визначено та закуплено Допоміжні засоби реабілітації відповідно до переліку.
4.1.2. Забезпечення інформування соціальним працівником, та іншими представниками МДРК в реабілітаційному відділенні про можливості отримання ДЗР Індикатор виконання: розроблено та поширено відповідні інформаційні матеріали.	4.1.2-4.1.3 – В рамках Проєкту розроблено відповідні інформаційні матеріали.
4.1.3. Інформування сімейним лікарем, представником управління соціального захисту населення, представником ЦНАПу про можливості отримання ДЗР. Індикатор виконання: забезпечення інформаційними матеріалами	
4.1.4. Відвідування реабілітаційного відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» представником управління соціального захисту населення, представником ЦНАПу. Індикатор виконання: раз на 2 тижні представник відвідує реабілітаційне відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького»	

5. ОРГАНІЗАЦІЯ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЩО ПІДПОРЯДКОВУЮТЬСЯ СЛУЖБАМ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
5.1. Соціальний захист/соціальні послуги	
5.1.1. Організація довозення на амбулаторну реабілітацію пацієнтів, які її потребують, але проживають далеко від лікарні (планування виписки або переведення з комунікацією з відповідним ЗОЗом) Індикатор виконання: соціальний працівник регулярно збирає потреби в сімейних лікарів та в реабілітаційному відділенні щодо потреб людей в довозенні та організовує її.	
5.1.2. Організація регулярного збору інформації щодо потреб пристосування житла (або його забезпечення у випадку відсутності) Індикатор виконання: соціальний працівник збирає потреби регулярно в сімейних лікарів та в реабілітаційному відділенні.	
5.2. Персональна підтримка	
5.2.1. Визначення відповідального за ведення кожного випадку пацієнтів відповідно до реабілітаційних маршрутів та представлення потреб, плану дій та узгодження його з представниками кожної служб в рамках роботи комітету Інтегрованої допомоги. Індикатор виконання: відповідальний визначений відповідно до Положення про Комітет Інтегрованої допомоги.	
5.2.2. Забезпечення облаштування житла – тієї його частини, яка в рамках компетенції ОМС – вхідної групи. За можливості – всього житла. Індикатор виконання: відповідальний за збір інформації визначений, облаштовується вхідна група для тих, хто це потребує. Відбувається регулярних збір потреб відповідно до маршрутів.	5.2.2. Проєктом розроблено зразки відповідних документів для старту процесу та додаткові роз'яснення [7, 8].

5.2.3. Забезпечення взаємодії з локальними ГО та БФ активних у громаді, які можуть допомогли населенню з отриманням специфічних видів ДЗР і іншими соціальними питаннями. Індикатор виконання: складено перелік ГО/БФ, укладені меморандуми.	
6. БЕЗБАР'ЄРНІСТЬ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ІНФРАСТРУКТУРА	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
6.1 Активізація громади	
6.1.1. Проведення аудиту безбар'єрності громадських місць та місць надання послуг населенню. Індикатор виконання: проведено аудит та сформовано рекомендації та план їх імплементації.	
6.1.2. Забезпечення безбар'єрності в громадських місцях, закладах охорони здоров'я, місцях отримання адміністративних послуг населенням. Індикатор виконання: забезпечено безбар'єрність відповідно до державних стандартів.	6.1.2. В рамках Проєкту забезпечено закупівлю та встановлення елементів безбар'єрності для двох установ Ніжинської МТГ: КНП «Ніжинський ЦПМСД» та для Управління соціального захисту населення відповідно до визначеного переліку.
6.1.3. Забезпечити проведення регулярного (раз на рік) навчання по безбар'єрності для керівників ЗОЗ та представників ОМС, для фахівців соціальної сфери. Індикатор виконання: навчання проведено.	6.1.3. В рамках проєкту проведено навчання: • Тема «Безбар'єрність у громаді: принципи, доступність, рішення».

7. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ПОСЛУГИ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
7.1. Самозайнятість	
7.1.1. Організація інформування про доступні можливості грантів на започаткування власного бізнесу для Захисників/ветеранів/членів їх сімей Індикатори виконання: раз на 3 проводяться відповідні інформаційні заходи з консультаціями.	
7.1.2. Забезпечення інформування про доступні можливості грантів на започаткування власного бізнесу для Захисників/ветеранів/членів їх сімей шляхом регулярного відвідування реабілітаційного відділення представниками служби зайнятості. Індикатор виконання: фахівців служби зайнятості кожні 2 тижні відвідують реабілітаційне відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького».	
7.2. Працевлаштування за наймом	
7.2.1. Збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості службою зайнятості шляхом відвідування її представником реабілітаційного відділень КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечити інформування щодо таких питань: • Інформування про можливість облаштування робочого місця • Передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: фахівців служби зайнятості кожні 2 тижні відвідують реабілітаційне відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького».	

7.2.2. Забезпечення працевлаштування ветеранів, людей з інвалідністю через регулярну комунікацію з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: раз на місяць проводити зустріч з бізнесами, узгодження можливості найму людей з інвалідністю, ветеранів.	
7.3. Групи самопомоги	
7.3.1. Заохочення керівництвом громади створення організацій/груп підтримки для осіб з різними обмеженнями життєдіяльності (організації пацієнтів, ветеранів та їх сімей тощо), надання їм простору для провадження діяльності. Індикатор виконання: графік проведення груп.	
8. ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
8.1. Дошкільна, шкільна та вища освіта	
8.1.1. Забезпечення педагогів освітніх закладів Ніжинської МТГ навчальними курсами щодо роботи з дітьми з ООП. Індикатор виконання: усі педагоги освітніх закладів в громаді пройшли навчання щодо роботи з дітьми з ООП.	
8.1.2. Створення інклюзивного середовища в освітніх закладах Ніжинської громади шляхом забезпечення необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.). Індикатор виконання: усі освітні заклади в громаді забезпечено необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.).	
8.1.3. Забезпечення залучення дітей з інвалідністю до інклюзивної освіти. Індикатор виконання: усі діти з інвалідністю (237 дітей) в громаді залучені в інклюзивну освіту.	

8.1.4. Забезпечення дітей з інвалідністю та дітей з особливими освітніми потребами реабілітаційною допомогою. Індикатор виконання: усі діти з інвалідністю окрім оцінки ІРЦ пройшли оцінювання МДРК і сформовано Індивідуальний реабілітаційний План.	
8.2. Неформальна освіта, освіта впродовж життя	
8.2.1. Забезпечено можливості для професійного перенавчання з метою відновлення зайнятості для ветерана, людини з інвалідністю шляхом консультації із центром зайнятості, зацікавленими потенційними працедавцями серед місцевих бізнесів. Індикатор виконання: формування потреб в перенавчанні, формування плану перенавчання.	
8.2.2. Забезпечено консультування ветеранів та членів їх сімей від локальних бізнесменів для підтримки започаткування бізнесів ветеранами/членами їх сімей/ членами сімей Захисників. Індикатор виконання: організовано представників місцевих бізнесів,	

Чекліст виконання Ніжинською МТГ запропонованого Плану дій із розвитку реабілітації в громаді

№	Керівництво громади, органи місцевого самоврядування	Статус виконання
1	Забезпечено регулярний збір/оновлення потреб в реабілітації для поранених Захисників, ветеранів, дітей, дорослих, людей літнього віку, спираючись на інструмент, розроблений в межах Проєкту (раз на квартал, раз на півроку тощо – за рішенням громади).	
2	Забезпечено розповсюдження інформаційних матеріалів, розроблених та виготовлених в межах Проєкту.	
3	Створено і регулярно проводяться зустрічі комітету щодо забезпечення Інтегрованої допомоги з залученням представників відповідних служб, керівником ЗОЗ та реабілітаційного відділення, представниками первинки, управління соціального захисту, служби зайнятості, соцпрацівників та помічників ветерана (за наявності) тощо з метою планування потреб та взаємодії для кожного конкретного випадку потреби в реабілітації для мешканців громади, які потребують.	
4	Визначено відповідального за ведення кожного випадку пацієнтів відповідно до реабілітаційних маршрутів та представлення потреб, плану дій та узгодження його з представниками кожної зі служб в рамках роботи комітету Інтегрованої допомоги.	
5	Створено реєстр та ведеться внутрішня статистика по направленнях на реабілітацію після виписки з реабілітаційного відділення КНП «Ніжинська ЦМЛ ім. М.Галицького» (або з інших ЗОЗ країни, пацієнти яких повертаються в громаду) з метою можливості подальшого супроводу таких пацієнтів фахівцями з реабілітації, що працюють в громаді.	
6	Створено Контактну лінію (або визначено відповідальну особу) для рідних Захисників, щоб у випадку їх поранення будувати маршрути реабілітації ближче до дому.	
7	Сформовано реєстр фахівців з реабілітації в громаді (включно з фахівцями, які працюють приватно).	
8	Сформовано план перескерування пацієнтів на реабілітацію зі своєї громади в сусідні у випадку критичних ситуацій.	
9	Розроблено пакет фінансових та нефінансових (службове житло тощо) заохочень для залучення нових фахівців з реабілітації, лікарів до роботи реабілітаційного відділення КНП «Ніжинська ЦМЛ ім. М.Галицького»	
10	Створено та пропілотовано механізм забезпечення транспортування пацієнтів на реабілітаційні послуги (за відсутності необхідності перебування пацієнта в стаціонарі).	

11	Проведено аудит безбар'єрності громадських місць та місць надання послуг населенню, робляться кроки на усунення виявлених прогалин.	
12	Розроблено освітні активності для людей з обмеженням життєдіяльності працездатного віку сумісно із центром зайнятості, місцевими підприємцями для інформування про можливості опанування нової професії та долучення до оплачуваної праці.	
13	Проводиться облік ветеранів та військовослужбовців у громаді, які втратили працездатність та потребують працевлаштування. Зібрана інформація передається в центр зайнятості та органи соціального захисту.	
14	Якщо у громаді є діючі спільноти ветеранів, військовослужбовців, людей з інвалідністю, надати в користування приміщення та необхідну правову допомогу у провадженні діяльності.	
15	Проведено заходи у закладах освіти щодо покращення сприйняття людей після поранень / людей з інвалідністю.	
16	Забезпечено навчання педагогів освітніх закладів Ніжинської МТГ навчальними курсами щодо роботи з дітьми з ООП.	
17	Зроблено кроки для створення інклюзивного середовища в освітніх закладах Ніжинської МТГ шляхом забезпечення необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.).	
18	Створено реєстр дітей з інвалідністю та особливими потребами, забезпечення проведення оцінки ІРЦ та оцінювання МДРК та сформовано Індивідуальні реабілітаційні Плани. Зроблено кроки щодо залучення дітей з інвалідністю та/або особливими освітніми потребами до інклюзивної освіти та за потреби забезпечення реабілітаційною допомогою.	
	Керівництво ЗОЗ, керівники структурних підрозділів	
19	Забезпечено виконання реабілітаційним відділенням КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» вимог щодо реабілітаційної спроможності відповідно до ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : - Визначена спроможність та доукомплектовано відповідно МДРК. - Затверджено положення про МДРК закладу, де зазначено склад команди, голову команди, визначено порядок роботи МДРК в закладі. - Фахівці МДРК в журналі довільної форми ведуть облік послуг, що були надані пацієнтам різних відділень, зокрема наданих консультацій та роз'яснень пацієнту та/або членам його родини) у вигляді «Відділення/Пацієнт/Фахівець/Надана послуга (заняття/консультація)» шляхом самостійного заповнення фахівцями МДРК журналу довільної форм. - Щотижня в закладі проводяться збори фахівців МДРК.	
20	Кабінет асистивних технологій оснащений та функціонує в повному обсязі.	

21	Затверджено внутрішній наказ по лікарні КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» щодо фактичного залучення команди реабілітації до інших відділень/ маршрутів для забезпечення реабілітаційної допомоги в гострому періоді в мобільному режимі всередині лікарні (внутрішній наказ по лікарні – відвідування по графіку членами МДРК пацієнтів у відповідних відділень).	
22	Забезпечено проходження навчання медичних працівників КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» через онлайн-курси на освітній платформі Академії НСЗУ [10]: 1) Для фахівців не сфери реабілітації про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. 2) Для фахівців сфери реабілітації: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. • Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ. • Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).	
23	Подано пропозиції на контрактування за пакетами стаціонарної та амбулаторної реабілітації, створено умови для забезпечення охоплення амбулаторною реабілітацією пацієнтів громади, відповідно до їх потреби, через скерування на монопослугу ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році.	
24	Керівники відділень КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» регулярно передають до органу соціального захисту та ЦНАП інформацію про осіб, що потребують або можуть потребувати надання соціальних послуг того чи іншого виду.	
	Представники служб соціального захисту	
25	Визначено представника управління соціального захисту населення для регулярного відвідування реабілітаційного відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» і забезпечено регулярність візитів, соціальні працівники, що на умовах найму або цивільно-правових договорів працюють у ЗОЗ, щомісяця беруть участь у засіданнях МДРК.	
26	Складено список ГО та БФ активних у громаді, які можуть допомогти населенню з отриманням специфічних видів ДЗР, укладено меморандуми про співпрацю.	
27	Складено список гуртків та товариств, до яких долучені або могли б долучитись люди з обмеженням життєдіяльності, які проживають в громаді, для покращення їх залученості в соціальне життя.	
28	Співробітники органу соціального захисту своєчасно опрацьовують звернення від осіб що потребують або можуть потребувати надання соціальних послуг.	

	ЦНАП	
29	Визначено представника ЦНАПу для регулярного відвідування реабілітаційного відділення КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» і забезпечено регулярність візитів	
30	Співробітники ЦНАП опрацьовують потреби від осіб, що потребують або можуть потребувати послуг ЦНАПу та якісно надають відповідні послуги	
31	Укладено меморандум про співпрацю з активними у громаді ГО та БФ з метою покращення доступу до ДЗР людям з обмеженням життєдіяльності, які проживають в громаді.	
	Центр зайнятості	
32	Визначено представника центру зайнятості для забезпечено збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості шляхом відвідування реабілітаційного відділень КНП «Ніжинська центральна міська лікарня ім.М.Галицького» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечено інформування щодо таких питань: • Інформування про можливість облаштування робочого місця. • Передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами.	
33	Забезпечено можливості для професійного перенавчання з метою відновлення зайнятості для ветерана, людини з інвалідністю шляхом консультації із зацікавленими потенційними працедавцями серед місцевих бізнесів.	
34	Забезпечено умови для консультування ветеранів та членів їх сімей від локальних бізнесменів для підтримки започаткування бізнесів ветеранами/членами їх сімей/ членами сімей Захисників (організовано представників місцевих бізнесів, сформовано графік консультацій)	

Додаток 3. План дій Баштанської громади

Мета Плану дій: сприяти Баштанській міській територіальній громаді Миколаївської області забезпечити можливість населення громади отримувати реабілітаційну допомогу в рідній громаді та за потреби отримати правильне скерування на реабілітацію більш спеціалізованого рівня відповідно до сформованих реабілітаційних маршрутів

Географія Плану дій: Баштанська міська територіальна громада Миколаївської області, навколишні територіальні громади Миколаївської області, Миколаївська область.

Період для запровадження Плану дій: План дій розрахований на 1 рік з метою показати чіткі досяжні завдання та водночас продемонструвати покращення та розвиток, якого можна досягти за відповідний період часу.

Підґрунтя для Плану дій: проведення Аналізу потенціалу та потреб громади для розвитку реабілітації в громаді, соціальний паспорт громади, побажання стейкхолдерів в громаді, отримані шляхом оцінки потреб громади та комунікації із відповідними стейкхолдерами. План Дій сформовано в рамках рекомендацій ВООЗ щодо розвитку реабілітації в громаді та враховує всі його складові частини (див. Мал 1).

Цільова аудиторія Плану дій: представники органів місцевого самоврядування Баштанської МТГ, керівники ЗОЗ, фахівці з реабілітації, сімейні лікарі, представники соціальної та освітньої сфер.

Бенефіціари Плану дій: населення Баштанської МТГ, зокрема яке потребує чи потребуватиме реабілітації.

Особливості Плану дій: Враховуючи, що завданнями Проєкту було не лише розробити План Дій для Баштанської МТГ, а й допомогти з втіленням окремих його елементів, узгоджених з представниками ОМС, в Плані Дій окремо зазначені ті елементи, які імплементуються в рамках проєкту.

1. ЗДОРОВ'Я

План дій	Імплементується в рамках Проекту
1.1 Проводити популяризації/промоцію реабілітаційної допомоги в громаді	
1.1.1. Інформування про можливості отримання реабілітації в громаді та області для пацієнтів відповідно до запропонованих маршрутів – для ОМС, сімейних лікарів, УСЗ, лікарів інших спеціальностей, а також забезпечення їх джерелами інформації про організацію надання послуг з реабілітації. Індикатор виконання: підготовлено та поширено відповідні інформаційні матеріали.	1.1.1.-1.1.3. У межах проекту розробляються три види інформаційних матеріалів: • буклети про протезування та допоміжні засоби реабілітації (ДЗР) • брошури про медичні, реабілітаційні та соціальні послуги • настінні календарі з дотичною до реабілітації інформацією Інформаційні матеріали стосуються таких тематик: • як отримати безоплатні допоміжні засоби реабілітації та протезування • реабілітаційні послуги для відновлення після травм та хвороб • як отримати безоплатну медичну допомогу • безоплатні ліки за програмою «Доступні ліки» та за програмами з місцевого бюджету • отримання безоплатних медичних виробів • отримання соціальних послуг • як облаштувати житло для осіб з інвалідністю
1.1.2. Інформування сімей Захисників щодо можливості проходження реабілітації в КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня». Індикатор виконання: поранені Захисники з Баштанської громади з травмами середньої тяжкості проходять реабілітацію в КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня» згідно маршрутів реабілітаційних.	
1.1.3. Інформування про можливості отримання ДЗР (для ОМС, сімейних лікарів, УСЗ, лікарів інших спеціальностей) +321, 518, КАТ, 1301 Індикатор виконання: Підготовлено та поширено відповідні інформаційні матеріали.	
1.1.4. Контактна лінія (або особа для звернення) для рідних Захисників, щоб у випадку їх поранення будувати їх маршрут ближче додому. Індикатор виконання: організація контактної лінії.	

1.2 Забезпечувати попередження погіршення функціонального стану людей після захворювання чи травми	
1.2.1. Проведення регулярного (мінімум раз на рік) навчання сімейних лікарів та педіатрів щодо загрозливих станів в реабілітації та необхідних дій, а також щодо раннього скерування на реабілітацію та забезпечення Допоміжними засобами реабілітації Індикатор виконання: проведення навчального заходу.	1.2.1. В рамках Проєкту сформовано навчальну програму (Додаток 4), в тому числі, для сімейних лікарів та проведено відповідні тренінги: • Тема «Реабілітація для сімейних лікарів: основи та коректне скерування пацієнтів» • Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера • Тема «Підбір допоміжних засобів реабілітації (ДЗР): критерії, правила вибору та адаптація під потреби пацієнта»
1.2.2. Проведення регулярного навчання для формування/вдосконалення навчання навичок комунікації та психологічної підтримки під час роботи з пацієнтами з травмами та важкими хворобами, підтримка для МДРК і соціальних працівників. Індикатор виконання: проведення регулярного навчання.	
1.2.3. Забезпечити оцінку потреб громади в реабілітації: щорічний збір інформації про поранених Захисників, ветеранів, дітей, дорослих, людей літнього віку, дітей, які передчасно народжені, та дітей з інвалідністю, людей після інсульту тощо. Індикатор виконання: проводиться щорічний збір зазначеної інформації.	1.2.3. Рекомендуємо використовувати відповідну частину Інструменту оцінювання громад.
1.3 Забезпечувати умови для вдосконалення надання реабілітаційних послуг	
1.3.1. Облаштування та повноцінний початок роботи реабілітаційного відділення, активний пошук та набір персоналу та його активне залучення у навчальні активності. Індикатор виконання: забезпечення реабілітаційному відділенню КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня» необхідним реабілітаційним обладнанням та допоміжними засобами реабілітації.	1.3.1. В рамках Проєкту здійснено закупівлю реабілітаційного обладнання для зазначеного реабілітаційного відділення відповідно до Наказу МОЗ 995 від 31.05.2023 «Про затвердження Примірною таблицею матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді» [9].

	Перелік формувався з урахуванням наявного обладнання в ЗОЗ та розподілу реабілітаційного обладнання, закупленого за кошти спеціального фонду Державного бюджету України на 2024 рік за бюджетною програмою КПКВК 2301630 «Відновлення і розвиток стійкої національної моделі медичної галузі України» за підтримки Світового Банку в рамках проєкту HEAL.
1.3.2. Налагодження взаємодії з іншими надавачами послуг з реабілітації в області для забезпечення можливості маршрутизації пацієнтів. Індикатор виконання: розроблені і затверджені реабілітаційні маршрути	1.3.2. В рамках Проєкту розроблені 3 реабілітаційні маршрути: • для реабілітації після інсульту; • для реабілітації після ампутації та для протезування; • для реабілітації після мінно-вибухової травми.
1.4. Здійснювати адвокацію важливості розвитку реабілітації та інклюзії та прийняття в громаді людей після захворювання чи травми	
1.4.1. Взаємодія з закладами освіти по покращенню сприйняття людей після поранень/людей з інвалідністю Індикатор виконання: кількість закладів освіти, охоплених тематичними заходами.	
1.4.2. Створення на рівні ОМС комітету щодо забезпечення Інтегрованої допомоги з залученням представників відповідних служб, керівником ЗОЗ та реабілітаційного відділення, представниками первинки, центру надання соціальних послуг, служби зайнятості, соціальних працівників та помічників ветерана (за наявності) тощо з метою планування потреб та взаємодії для кожного конкретного випадку потреби в реабілітації для мешканців громади, які потребують: • реабілітації після інсульту; • реабілітації після ампутації та для протезування; • реабілітації після мінно-вибухової травми. Індикатор виконання: створено і функціонує комітет	

2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ГРОМАДІ ТА ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
2.1. Створити умови для активізації громади	
2.1.1. Формування реєстру фахівців з реабілітації в громаді (включно з фахівцями, які працюють приватно) Індикатор виконання: сформовано відповідний реєстр.	
2.1.2 Формування плану перескерування пацієнтів на реабілітацію зі своєї громади в сусідні у випадку критичних ситуацій Індикатор виконання: сформовано відповідний план.	

3. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ (ФІНАНСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ПОСЛУГИ, КАДРОВИЙ ТА ЛЮДСЬКИЙ ПОТЕНЦІАЛ, ОБЛАДНАННЯ)

План дій	Імплементується в рамках проєкту
3.1. Охорона здоров'я	
3.1.1. Забезпечення фактичного залучення команди реабілітації до інших відділень/ маршрутів для забезпечення реабілітаційної допомоги в гострому періоді в мобільному режимі всередині лікарні (внутрішній наказ по лікарні – відвідування по графіку членами МДРК пацієнтів у відповідних відділень) Індикатор виконання: затвердження внутрішнього наказу по лікарні КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня»	
3.1.2. Проведення навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг Індикатор виконання: проведення інформаційно-освітнього заходу раз на рік.	3.1.2. В рамках Проєкту заплановано і проведено навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг: • Тема «Мультидисциплінарний підхід в реабілітації у громаді». • Тема «Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера». • Тема «Реабілітація у мультидисциплінарних командах: розширений підхід». • Тема «Основи реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: мінно-вибухова травма, фізична терапія, робота з рубцями та методи знеболення». • Тема «Навчання методам підвищення обізнаності, зокрема з реабілітації, для представників громад. Як комунікувати послуги з реабілітації у громаді».

3.1.3. Проведення навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг, в тому числі забезпечити проходження онлайн-курсів на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію «Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів» [10]. Індикатор виконання: заплановано і проведене відповідне навчання.	
3.1.4. Ведення внутрішньої статистики по направленням на реабілітацію після виписки з відділення з метою можливості подальшого супроводу таких пацієнтів фахівцями з реабілітації, що працюють в громаді Індикатор виконання: 100% пацієнтів з інсультом отримали консультацію МДРК та за потреби відповідне скерування на реабілітацію та/або отримання Допоміжних засобів реабілітації.	
3.2. Реабілітація	
3.2.1. Забезпечення виконання реабілітаційним відділенням вимог щодо реабілітаційної спроможності відповідно до ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році для надання реабілітаційної допомоги шляхом залучення фахівців з реабілітації до команди у необхідній кількості. Індикатор виконання: визначено необхідно спроможність та доукомплектовано відповідно МДРК.	
3.2.2. Забезпечення проведення навчання реабілітаційних команд та фахівців з реабілітації в громаді: щорічне навчання МДРК працювати з пацієнтами відповідно до станів в запропонованих маршрутах: інсульти, ампутації, мінно-вибухові травми. Та проведення додаткового навчання по інших станах, які виокремлені при аналізі громади: біль в спині, артрити, артрози.	3.2.2. В рамках Проєкту заплановано до імплементації навчання реабілітаційних команд та фахівців з реабілітації в громаді: • Тема «Мультидисциплінарний підхід в реабілітації у громаді». • Тема «Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера».

Індикатор виконання: щорічне навчання проведено.	• Тема «Підбір Допоміжних засобів реабілітації (ДЗР): критерії, правила вибору та адаптація під потреби пацієнта». • Тема «Реабілітація у мультидисциплінарних командах: розширений підхід». • Тема «Основи реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: мінно-вибухова травма, фізична терапія, робота з рубцями та методи знеболення». • Тема «Навчання методам підвищення обізнаності, зокрема з реабілітації, для представників громад. Як комунікувати послуги з реабілітації у громаді». • Тема «Безбар'єрність у громаді: принципи, доступність, рішення». • Тема «Ведення документації в реабілітації.» • Тема «Протезування: етапи процесу, правила скерування та підготовка пацієнтів».
3.2.3. Забезпечити проходження онлайн-курсів на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію [10]: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. • Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ. • Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Індикатор виконання: заплановано і проведене відповідне навчання.	

3.2.4. Створення сприятливих умов для фахівців з реабілітації по проживанню в громаді, зокрема за рахунок фінансових (високий рівень оплати праці) та нефінансових стимулів (можливість розвитку, навчання, забезпечення житлом, транспортом тощо) Індикатор виконання: надається службове житло для фахівців з реабілітації, які його потребують.	
3.2.5. Охоплення амбулаторної реабілітацією пацієнтів в рамках реабілітаційної монопослуги. Індикатор виконання: відбувається скерування на монопослугу відповідно до потреб пацієнта та ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році.	
3.2.6. Створення умов для організації довозення пацієнтів, що потребують реабілітації, до місць надання послуг з амбулаторної реабілітації, довозення фахівців з реабілітації до місць проживання осіб, що потребують такого виду допомоги, або довозення фахівця з реабілітації до віддалених районів громади з організацією його роботи в кабінеті. Індикатор виконання: через сімейних та інших лікарів збирається інформація про потребу в реабілітаційних послугах та потребу в транспортуванні, механізм забезпечення транспортування вирішується на комітеті Інтегрованої допомоги.	

4. АСИСТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ/ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
4.1. Допоміжні засоби реабілітації	
4.1.1. Забезпечення закупівлі допоміжних засобів реабілітації для наповнення Кабінету асистивних технологій КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» відповідно до Наказу МОЗ 995 від 31.05.2023 [9]. Індикатор виконання: наповнення КАТ відповідно до зазначеного Наказу.	4.1.1. В рамках Проєкту визначено та закуплено Допоміжні засоби реабілітації відповідно до погодженого переліку.
4.1.2. Забезпечення інформування соціальним працівником, та іншими представниками МДРК в реабілітаційному відділенні про можливості отримання ДЗР Індикатор виконання: розроблено та поширено відповідні інформаційні матеріали.	4.1.2-4.1.3 – В рамках Проєкту розроблено відповідні інформаційні матеріали.
4.1.3. Інформування сімейним лікарем, представником центру надання соціальних послуг, представником ЦНАПу про можливості отримання ДЗР. Індикатор виконання: забезпечення інформаційними матеріалами.	
4.1.4. Відвідування реабілітаційного відділення КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» представником центру надання соціальних послуг, представником ЦНАПу. Індикатор виконання: раз на 2 тижні представник відвідує реабілітаційне відділення зазначеного закладу	

5. ОРГАНІЗАЦІЯ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЩО ПІДПОРЯДКОВУЮТЬСЯ СЛУЖБАМ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
5.1. Соціальний захист/соціальні послуги	
5.1.1. Організація довозення на амбулаторну реабілітацію пацієнтів, які її потребують, але проживають далеко від лікарні (планування виписки або переведення з комунікацією з відповідним ЗОЗом) Індикатор виконання: соціальний працівник регулярно збирає потреби в сімейних лікарів та в реабілітаційному відділенні щодо потреб людей в довозенні та організовує її.	
5.1.2. Організація регулярного збору інформації щодо потреб пристосування житла (або його забезпечення у випадку відсутності) Індикатор виконання: соціальний працівник збирає потреби регулярно в сімейних лікарів та в реабілітаційному відділенні.	
5.2. Персональна підтримка	
5.2.1. Визначення відповідального за ведення кожного випадку пацієнтів відповідно до реабілітаційних маршрутів та представлення потреб, плану дій та узгодження його з представниками кожної служб в рамках роботи комітету Інтегрованої допомоги. Індикатор виконання: відповідальний визначений відповідно до Положення про Комітет Інтегрованої допомоги.	
5.2.2. Забезпечення облаштування житла – тієї його частини, яка в рамках компетенції ОМС – вхідної групи. За можливості – всього житла. Індикатор виконання: відповідальний за збір інформації визначений, облаштовується вхідна група для тих, хто це потребує. Відбувається регулярних збір потреб відповідно до маршрутів.	5.2.2. В рамках Проєкту розроблено зразки відповідних документів для старту процесу та додаткові роз'яснення [7, 8].

5.2.3. Забезпечення взаємодії з локальними ГО та БФ активних у громаді, які можуть допомогли населенню з отриманням специфічних видів ДЗР і іншими соціальними питаннями. Індикатор виконання: складено перелік ГО/БФ, укладені меморандуми.	
6. БЕЗБАР'ЄРНІСТЬ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ІНФРАСТРУКТУРА	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
6.1 Активізація громади	
6.1.1. Проведення аудиту безбар'єрності громадських місць та місць надання послуг населенню. Індикатор виконання: проведено аудит та сформовано рекомендації та план їх імплементації.	
6.1.2. Забезпечення безбар'єрності в громадських місцях, закладах охорони здоров'я, місцях отримання адміністративних послуг населенням. Індикатор виконання: забезпечено безбар'єрність відповідно до державних стандартів.	6.1.2. В рамках Проєкту забезпечено закупівлю та встановлення елементів безбар'єрності згідно погодженого переліку для трьох установ: • КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» • КНП «ЦПМСД» Баштанської міської ради • Управління соціального захисту населення
6.1.3. Забезпечити проведення регулярного (раз на рік) навчання по безбар'єрності для керівників ЗОЗ та представників ОМС, для фахівців соціальної сфери. Індикатор виконання: навчання проведено.	6.1.3. В рамках проєкту проведено навчання: • Тема «Безбар'єрність у громаді: принципи, доступність, рішення».

7. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ПОСЛУГИ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
7.1. Самозайнятість	
7.1.1. Організація інформування про доступні можливості грантів на започаткування власного бізнесу для Захисників/ветеранів/членів їх сімей Індикатори виконання: раз на 3 проводяться відповідні інформаційні заходи з консультаціями.	
7.1.2. Забезпечено збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості службою зайнятості шляхом відвідування її представником реабілітаційного відділень КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечити інформування щодо таких питань: • Інформування про можливість облаштування робочого місця • Передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: фахівців служби зайнятості кожні 2 тижні відвідують реабілітаційне відділення КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня».	
7.2. Працевлаштування за наймом	
7.2.1. Збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості службою зайнятості шляхом відвідування її представником реабілітаційного відділень КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечити інформування щодо таких питань: • Інформування про можливість облаштування робочого місця. • Передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: Фахівці служби зайнятості кожні 2 тижні відвідують реабілітаційне відділення КНП «Баштанська багатопрофільна лікарня».	

7.2.2. Забезпечення працевлаштування ветеранів, людей з інвалідністю через регулярну комунікацію з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: раз на місяць проводити зустріч з бізнесами, узгодження можливості найму людей з інвалідністю, ветеранів.	
7.3. Групи самодопомоги	
7.3.1. Заохочення керівництвом громади створення організацій/груп підтримки для осіб з різними обмеженнями життєдіяльності (організації пацієнтів, ветеранів та їх сімей тощо), надання їм простору для провадження діяльності Індикатор виконання: графік проведення груп.	
8. ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
8.1. Дошкільна, шкільна та вища освіта	
8.1.1. Забезпечення педагогів освітніх закладів Баштанської МТГ навчальними курсами щодо роботи з дітьми з ООП. Індикатор виконання: усі педагоги освітніх закладів в громаді пройшли навчання щодо роботи з дітьми з ООП.	
8.1.2. Створення інклюзивного середовища в освітніх закладах Баштанської МТГ шляхом забезпечення необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.) Індикатор виконання: усі освітні заклади в громаді забезпечено необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.).	
8.1.3. Забезпечення залучення дітей з інвалідністю до інклюзивної освіти. Індикатор виконання: усі діти з інвалідністю в громаді залучені в інклюзивну освіту.	

8.1.4. Забезпечення дітей з інвалідністю та дітей з особливими освітніми потребами реабілітаційною допомогою. Індикатор виконання: усі діти з інвалідністю окрім оцінки ІРЦ пройшли оцінювання МДРК і сформовано Індивідуальний реабілітаційний План.	
8.2. Неформальна освіта, освіта впродовж життя	
8.2.1. Забезпечено можливості для професійного перенавчання з метою відновлення зайнятості для ветерана, людини з інвалідністю шляхом консультації із центром зайнятості, зацікавленими потенційними працедавцями серед місцевих бізнесів. Індикатор виконання: формування потреб в перенавчанні, формування плану перенавчання.	
8.2.2. Забезпечено консультування ветеранів та членів їх сімей від локальних бізнесменів для підтримки започаткування бізнесів ветеранами/членами їх сімей/ членами сімей Захисників. Індикатор виконання: організовано представників місцевих бізнесів, сформовано графік консультацій.	

Чекліст виконання Баштанською МТГ запропонованого Плану дій із розвитку реабілітації в громаді

№	Керівництво громади, органи місцевого самоврядування	Статус виконання
1	Забезпечено регулярний збір/оновлення потреб в реабілітації для поранених Захисників, ветеранів, дітей, дорослих, людей літнього віку, спираючись на інструмент, розроблений в межах Проєкту (раз на квартал, раз на півроку тощо – за рішенням громади).	
2	Забезпечено розповсюдження інформаційних матеріалів, розроблених та виготовлених в межах Проєкту.	
3	Створено і регулярно проводяться зустрічі комітету щодо забезпечення Інтегрованої допомоги з залученням представників відповідних служб, керівником ЗОЗ та реабілітаційного відділення, представниками первинки, центру надання соціальних послуг, служби зайнятості, соцпрацівників та помічників ветерана (за наявності) тощо з метою планування потреб та взаємодії для кожного конкретного випадку потреби в реабілітації для мешканців громади, які потребують .	
4	Визначено відповідального за ведення кожного випадку пацієнтів відповідно до реабілітаційних маршрутів та представлення потреб, плану дій та узгодження його з представниками кожної зі служб в рамках роботи комітету Інтегрованої допомоги.	
5	Створено реєстр та ведеться внутрішня статистика по направленнях на реабілітацію після виписки з реабілітаційного відділення КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» (або з інших ЗОЗ країни, пацієнти яких повертаються в громаду) з метою можливості подальшого супроводу таких пацієнтів фахівцями з реабілітації, що працюють в громаді.	
6	Створено Контактну лінію (або визначено відповідальну особу) для рідних Захисників, щоб у випадку їх поранення будувати маршрути реабілітації ближче до дому.	
7	Сформовано реєстр фахівців з реабілітації в громаді (включно з фахівцями, які працюють приватно).	
8	Сформовано план перескєрування пацієнтів на реабілітацію зі своєї громади в сусідні у випадку критичних ситуацій.	
9	Розроблено пакет фінансових та нефінансових (службове житло тощо) заохочень для залучення нових фахівців з реабілітації, лікарів до роботи реабілітаційного відділення НП «Баштанська багатoproфільна лікарня».	
10	Створено та пропілотовано механізм забезпечення транспортування пацієнтів на реабілітаційні послуги (за відсутності необхідності перебування пацієнта в стаціонарі).	

11	Проведено аудит безбар'єрності громадських місць та місць надання послуг населенню, робляться кроки на усунення виявлених прогалин.	
12	Розроблено освітні активності для людей з обмеженням життєдіяльності працездатного віку сумісно із центром зайнятості, місцевими підприємцями для інформування про можливості опанування нової професії та долучення до оплачуваної праці.	
13	Проводиться облік ветеранів та військовослужбовців у громаді, які втратили працездатність та потребують працевлаштування. Зібрана інформація передається в центр зайнятості та органи соціального захисту.	
14	Якщо у громаді є діючі спільноти ветеранів, військовослужбовців, людей з інвалідністю, надати в користування приміщення та необхідну правову допомогу у провадженні діяльності.	
15	Проведено заходи у закладах освіти щодо покращення сприйняття людей після поранень / людей з інвалідністю.	
16	Забезпечено навчання педагогів освітніх закладів Баштанської МТГ навчальними курсами щодо роботи з дітьми з ООП.	
17	Зроблено кроки для створення інклюзивного середовища в освітніх закладах Баштанської МТГ шляхом забезпечення необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.).	
18	Створено реєстр дітей з інвалідністю та особливими потребами, забезпечення проведення оцінки ІРЦ та оцінювання МДРК та сформовано Індивідуальні реабілітаційні Плани. Зроблено кроки щодо залучення дітей з інвалідністю та/або особливими освітніми потребами до інклюзивної освіти та за потреби забезпечення реабілітаційною допомогою.	
	Керівництво ЗОЗ, керівники структурних підрозділів	
19	Забезпечено виконання реабілітаційним відділенням КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» вимог щодо реабілітаційної спроможності відповідно до ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: - Визначена спроможність та доукомплектовано відповідно МДРК. - Затверджено положення про МДРК закладу, де зазначено склад команди, голову команди, визначено порядок роботи МДРК в закладі. - Фахівці МДРК в журналі довільної форми ведуть облік послуг, що були надані пацієнтам різних відділень, зокрема наданих консультацій та роз'яснень пацієнту та/або членам його родини) у вигляді «Відділення/Пацієнт/Фахівець/Надана послуга (заняття/консультація)» шляхом самостійного заповнення фахівцями МДРК журналу довільної форм. - Щотижня в закладі проводяться збори фахівців МДРК.	
20	Кабінет асистивних технологій оснащений та функціонує в повному обсязі.	

21	Затверджено внутрішнього наказу по лікарні КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» щодо фактичного залучення команди реабілітації до інших відділень/ маршрутів для забезпечення реабілітаційної допомоги в гострому періоді в мобільному режимі всередині лікарні (внутрішній наказ по лікарні – відвідування по графіку членами МДРК пацієнтів у відповідних відділень).	
22	Забезпечено проходження навчання медичних працівників КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» через онлайн-курси на освітній платформі Академії НСЗУ [10]: 1) Для фахівців не сфери реабілітації про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. 2) Для фахівців сфери реабілітації: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. • Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ. • Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).	
23	Подано пропозиції на контрахтування за пакетами стаціонарної та амбулаторної реабілітації, створено умови для забезпечення охоплення амбулаторною реабілітацією пацієнтів громади, відповідно до їх потреби, через скерування на монопослугу ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році.	
24	Керівники відділень КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» регулярно передають до органу соціального захисту та ЦНАП інформацію про осіб, що потребують або можуть потребувати надання соціальних послуг того чи іншого виду.	
	Представники служб соціального захисту	
25	Визначено представника центру надання соціальних послуг для регулярного відвідування реабілітаційного відділення КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» і забезпечено регулярність візитів, соціальні працівники, що на умовах найму або цивільно-правових договорів працюють у ЗОЗ, щомісяця беруть участь у засіданнях МДРК.	
26	Складено список ГО та БФ активних у громаді, які можуть допомогти населенню з отриманням специфічних видів ДЗР, укладено меморандуми про співпрацю.	
27	Складено список гуртків та товариств, до яких долучені або могли б долучитись люди з обмеженням життєдіяльності, які проживають в громаді, для покращення їх залученості в соціальне життя.	
28	Співробітники органу соціального захисту своєчасно опрацьовують звернення від осіб що потребують або можуть потребувати надання соціальних послуг.	

	ЦНАП	
29	Визначено представника ЦНАПу для регулярного відвідування реабілітаційного відділення КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» і забезпечено регулярність візитів.	
30	Співробітники ЦНАП опрацьовують потреби від осіб, що потребують або можуть потребувати послуг ЦНАПу та якісно надають відповідні послуги.	
31	Укладено меморандум про співпрацю з активними у громаді ГО та БФ з метою покращення доступу до ДЗР людям з обмеженням життєдіяльності, які проживають в громаді.	
	Центр зайнятості	
32	Визначено представника центру зайнятості для забезпечено збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості шляхом відвідування реабілітаційного відділень КНП «Баштанська багатoproфільна лікарня» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечено інформування щодо таких питань: • Інформування про можливість облаштування робочого місця. • Передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами.	
33	Забезпечено можливості для професійного перенавчання з метою відновлення зайнятості для ветерана, людини з інвалідністю шляхом консультації із зацікавленими потенційними працедавцями серед місцевих бізнесів.	
34	Забезпечено умови для консультування ветеранів та членів їх сімей від локальних бізнесменів для підтримки започаткування бізнесів ветеранами/членами їх сімей/членами сімей Захисників (організовано представників місцевих бізнесів, сформовано графік консультацій).	

Додаток 4. План дій Роздільнянської громади

Мета Плану дій: сприяти Роздільнянській міській територіальній громаді Одеської області забезпечити можливість населення громади отримувати реабілітаційну допомогу в рідній громаді та за потреби отримати правильне скерування на реабілітацію більш спеціалізованого рівня відповідно до сформованих реабілітаційних маршрутів.

Географія Плану дій: Роздільнянська міська територіальна громада Одеської області, навколишні територіальні громади Одеської області, Одеська област.

Період для запровадження Плану дій: План дій розрахований на 1 рік з метою показати чіткі досяжні завдання та водночас продемонструвати покращення та розвиток, якого можна досягти за відповідний період часу.

Підґрунтя для Плану дій: проведення Аналізу потенціалу та потреб громади для розвитку реабілітації в громаді, соціальний паспорт громади, побажання стейкхолдерів в громаді, отримані шляхом оцінки потреб громади та комунікації із відповідними стейкхолдерами. План Дій сформовано в рамках рекомендацій ВООЗ щодо розвитку реабілітації в громаді та враховує всі його складові частини (див. Мал 1).

Цільова аудиторія Плану дій: представники органів місцевого самоврядування Роздільнянської МТГ, керівники ЗОЗ, фахівці з реабілітації, сімейні лікарі, представники соціальної та освітньої сфер.

Бенефіціари Плану дій: населення Роздільнянської МТГ, зокрема яке потребує чи потребуватиме реабілітації.

Особливості Плану дій: раховуючи, що завданнями Проєкту було не лише розробити План Дій для Роздільнянської МТГ, а й допомогти з втіленням окремих його елементів, узгоджених з представниками ОМС, в Плані Дій окремо зазначені ті елементи, які пропонуються до імплементації в межах терміну дії проєкту.

1. ЗДОРОВ'Я

План дій

Імплементується в рамках Проекту

1.1 Проводити популяризації/промоцію реабілітаційної допомоги в громаді

1.1.1. Інформування про можливості отримання реабілітації в громаді та області для пацієнтів відповідно до запропонованих маршрутів – для ОМС, сімейних лікарів, лікарів інших спеціальностей, УСЗ, ЦНАПів, а також забезпечення їх джерелами інформації про організацію надання послуг з реабілітації.

Індикатор виконання: Підготовлено та поширено відповідні інформаційні матеріали.

1.1.2. Інформування сімей захисників щодо можливості проходження реабілітації в КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня»

Індикатор виконання: поранені захисники з Роздільнянської громади з травмами середньої тяжкості проходять реабілітацію в КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня» згідно реабілітаційних маршрутів.

1.1.3. Інформування про можливості отримання допоміжних засобів реабілітації (для ОМС, сімейних лікарів, лікарів інших спеціальностей, УСЗ, ЦНАПів) +321, 518, КАТ, 1301.

Індикатор виконання: підготовлено та поширено відповідні інформаційні матеріали серед зазначених груп.

1.1.4 Контактна лінія (або особа для звернення) для рідних Захисників, щоб у випадку їх поранення будувати їх маршрут ближче додому.

Індикатор виконання: організація контактної лінії.

1.1.1.-1.1.3. У межах проекту розробляються три види інформаційних матеріалів:

- буклети про протезування та допоміжні засоби реабілітації (ДЗР);
- брошури про медичні, реабілітаційні та соціальні послуги;
- настінні календарі з дотичною до реабілітації інформацією.

Інформаційні матеріали стосуються таких тематик:

- як отримати безоплатні допоміжні засоби реабілітації та протезування;
- реабілітаційні послуги для відновлення після травм та хвороб;
- як отримати безоплатну медичну допомогу;
- безоплатні ліки за програмою «Доступні ліки» та за програмами з місцевого бюджету;
- отримання безоплатних медичних виробів;
- отримання соціальних послуг;
- як облаштувати житло для осіб з інвалідністю.

1.2 Забезпечувати превенцію погіршення функціонального стану людей після захворювання чи травми	
1.2.1. Проведення регулярного (мінімум раз на рік) навчання сімейних лікарів та педіатрів щодо загрозливих станів в реабілітації та необхідних дій, а також щодо раннього скерування на реабілітацію та забезпечення Допоміжними засобами реабілітації Індикатор виконання: проведення навчального заходу.	1.2.1. В рамках Проєкту сформовано навчальну програму, в тому числі, для сімейних лікарів та пропонується до проведення відповідні тренінги: • тема «Реабілітація для сімейних лікарів: основи та коректне скерування пацієнтів»; • курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера; • тема «Підбір допоміжних засобів реабілітації (ДЗР): критерії, правила вибору та адаптація під потреби пацієнта».
1.2.2. Проведення регулярного навчання для формування/вдосконалення навичок комунікації та психологічної підтримки під час роботи з пацієнтами з травмами та важкими хворобами, підтримка для МДРК і соціальних працівників. Індикатор виконання: Проведення регулярного навчання.	
1.2.3. Планування потреб громади в реабілітації: збір інформації про поранених захисників, ветеранів, дітей, дорослих, людей літнього віку. Індикатор виконання: забезпечено збір інформації принаймні раз на рік.	1.2.3. Для цього рекомендуємо використати відповідну частину Інструменту оцінювання громад.
1.3 Забезпечувати умови для вдосконалення надання реабілітаційних послуг	
1.3.1. Облаштування реабілітаційного відділення, яке відповідає потребам населення громади в послугах із стаціонарної та амбулаторної реабілітації. Індикатор виконання: забезпечення реабілітаційному відділенню КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня» необхідним реабілітаційним обладнанням та допоміжними засобами реабілітації.	1.3.1. В рамках Проєкту здійснено закупівлю реабілітаційного обладнання для зазначеного реабілітаційного відділення відповідно до Наказу МОЗ 995 від 31.05.2023 «Про затвердження Примірного таблицю матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді» [9].

	Перелік формувався з урахуванням наявного обладнання в 303 та розподілу реабілітаційного обладнання, закупленого за кошти спеціального фонду Державного бюджету України на 2024 рік за бюджетною програмою КПКВК 2301630 «Відновлення і розвиток стійкої національної моделі медичної галузі України» за підтримки Світового Банку в рамках проекту HEAL.
1.3.2. Налагодження взаємодії з іншими надавачами послуг з реабілітації в області для забезпечення можливості маршрутизації пацієнтів. Індикатор виконання: розроблені і затверджені реабілітаційні маршрути.	1.3.2. В рамках Проекту розроблені 3 реабілітаційні маршрути та заплановано до імплементації проведення випробування їх ефективності на практичних кейсах реальних пацієнтів (засобами технічного супроводу цих кейсів) Роздільнянської громади: • для реабілітації після інсульту; • для реабілітації після ампутації та для протезування; • для реабілітації після мінно-вибухової травми.
1.3.3. Затвердження в КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» маршрутів реабілітаційних по лікарні. Індикатор виконання: затверджено маршрути по лікарні.	
1.4 Здійснювати адвокацію важливості розвитку реабілітації та інклюзії та прийняття в громаді людей після захворювання чи травми	
1.4.1. Проведення регулярної комунікації зі школярами та батьками для популяризації реабілітаційних професій і повернення назад в громаду – організація щорічних презентацій. Індикатор виконання: заплановано та проводяться відповідні заходи.	
1.4.2. Проведення інформаційних заходів з закладами освіти по покращенню сприйняття людей після поранень/людей з інвалідністю. Індикатор виконання: кількість закладів освіти, охоплених тематичними заходами.	

1.4.3. Створення на рівні ОМС комітету щодо для забезпечення Інтегрованої допомоги для з представниками відповідних служб, керівником ЗОЗ та реабілітаційного відділення, представниками первинки, відділу соціальної політики, служби зайнятості, соцпрацівників та фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб (за наявності) тощо з метою планування потреб та взаємодії для кожного конкретного випадку потреби в реабілітації для мешканців громади, які потребують: • реабілітації після інсульту; • реабілітації після ампутації та для протезування; • реабілітації після мінно-вибухової травми. Індикатор виконання: створено і функціонує комітет.	
2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ГРОМАДІ ТА ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
2.1. Створити умови для активізації громади	
2.1.1. Формування реєстру фахівців з реабілітації в громаді (включно з фахівцями, які працюють приватно). Індикатор виконання: сформовано відповідний реєстр.	
2.1.2. Сформувати план перескерування пацієнтів на реабілітацію зі своєї громади в сусідні у випадку критичних ситуацій. Індикатор виконання: сформовано відповідний план.	

3. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ (ФІНАНСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ПОСЛУГИ, КАДРОВИЙ ТА ЛЮДСЬКИЙ ПОТЕНЦІАЛ, ОБЛАДНАННЯ)	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
3.1. Охорона здоров'я	
3.1.1. Забезпечення фактичного залучення команди реабілітації до інших відділень/ маршрутів для забезпечення реабілітаційної допомоги в гострому періоді в мобільному режимі всередині лікарні (внутрішній наказ по лікарні – відвідування по графіку членами МДРК пацієнтів у відповідних відділень). Індикатор виконання: затвердження внутрішнього наказу по лікарні КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня»	
3.1.2. Проведення навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг. Індикатор виконання: проведення інформаційно-освітнього заходу раз на рік.	3.1.2. В рамках Проєкту заплановано до імплементції навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг: • Тема «Мультидисциплінарний підхід в реабілітації у громаді». • Тема «Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера». • Тема «Реабілітація у мультидисциплінарних командах: розширений підхід». • Тема «Основи реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: мінно-вибухова травма, фізична терапія, робота з рубцями та методи знеболення». • Тема «Навчання методам підвищення обізнаності, зокрема з реабілітації, для представників громад. Як комунікувати послуги з реабілітації у громаді».

3.1.3. Проведення навчання медичних працівників про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг, в тому числі забезпечити проходження онлайн-курсів на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію «Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів» [10]. Індикатор виконання: заплановано і проведене відповідне навчання.	
3.1.4. Ведення внутрішньої статистики по направленням на реабілітацію після виписки з відділення з метою можливості подальшого супроводу таких пацієнтів фахівцями з реабілітації, що працюють в громаді. Індикатор виконання: 100% пацієнтів з інсультом отримали консультацію МДРК та за потреби відповідне скерування на реабілітацію та/або отримання Допоміжних засобів реабілітації.	
3.2. Реабілітація	
3.2.1. Забезпечення виконання реабілітаційним відділенням вимог щодо реабілітаційної спроможності відповідно до ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році для надання реабілітаційної допомоги шляхом залучення фахівців з реабілітації до команди у необхідній кількості. Індикатор виконання: визначено необхідно спроможність та доукомплектовано відповідно МДРК.	
3.2.2. Забезпечення проведення навчання реабілітаційних команд та фахівців з реабілітації в громаді: щорічне навчання МДРК працювати з пацієнтами відповідно до станів в запропонованих маршрутах: інсульти, ампутації, мінно-вибухові травми. Та проведення додаткового навчання по інших станах, які виокремлені при аналізі громади: біль в спині, артрити, артрози.	3.2.2. В рамках Проєкту заплановано до імплементації навчання реабілітаційних команд та фахівців з реабілітації в громаді: • Тема «Мультидисциплінарний підхід в реабілітації у громаді». • Тема «Курс з менеджменту реабілітаційних послуг для України: Принципи організації реабілітаційної допомоги та обслуговування від професора Крістофа Гутенбрюнера».

Індикатор виконання: щорічне навчання проведено.	• Тема «Підбір Допоміжних засобів реабілітації (ДЗР): критерії, правила вибору та адаптація під потреби пацієнта». • Тема «Реабілітація у мультидисциплінарних командах: розширений підхід». • Тема «Основи реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: мінно-вибухова травма, фізична терапія, робота з рубцями та методи знеболення». • Тема «Навчання методам підвищення обізнаності, зокрема з реабілітації, для представників громад. Як комунікувати послуги з реабілітації у громаді». • Тема «Безбар'єрність у громаді: принципи, доступність, рішення». • Тема «Ведення документації в реабілітації». • Тема «Протезування: етапи процесу, правила скерування та підготовка пацієнтів».
3.2.3. Забезпечити проходження онлайн-курсів на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію [10]: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. • Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ. • Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Індикатор виконання: заплановано і проведене відповідне навчання.	

3.2.4. Створення сприятливих умов для фахівців з реабілітації по проживанню в громаді, зокрема за рахунок фінансових (високий рівень оплати праці) та нефінансових стимулів (можливість розвитку, навчання, забезпечення житлом, транспортом тощо) Індикатор виконання: надається службове житло для фахівців з реабілітації, які його потребують.	
3.2.5. Охоплення амбулаторної реабілітацією пацієнтів в рамках реабілітаційної монопослуги. Індикатор виконання: відбувається скерування на монопослугу відповідно до потреб пацієнта та ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році.	
3.2.6. Охоплення амбулаторної реабілітацією ширшого кола пацієнтів шляхом послуги довозення до місць надання послуг з амбулаторної реабілітації (соціальне таксі або самостійно від ЗОЗу, що надає реабілітаційну допомогу), довозення фахівців з реабілітації до місць проживання осіб, що потребують такого виду допомоги, або довозення фахівця з реабілітації до віддалених районів громади з організацією його роботи в кабінеті. Індикатор виконання: через сімейних та інших лікарів збирається інформація про потребу в реабілітаційних послугах та потребу в транспортуванні, механізм забезпечення транспортування вирішується на комітеті Інтегрованої допомоги.	

4. АСИСТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ/ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ (ДЗР)

План дій	Імплементується в рамках проєкту
4.1. Допоміжні засоби реабілітації	
4.1.1. Забезпечення закупівлі допоміжних засобів реабілітації для наповнення Кабінету асистивних технологій КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» відповідно до Наказу МОЗ 995 від 31.05.2023 «[9]». Індикатор виконання: наповнення КАТ відповідно до зазначеного Наказу.	4.1.1. В рамках Проєкту визначено та закуплено Допоміжні засоби реабілітації відповідно до погодженого переліку.
4.1.2. Забезпечення інформування соціальним працівником, та іншими представниками МДРК в реабілітаційному відділенні про можливості отримання ДЗР. Індикатор виконання: розроблено та поширено відповідні інформаційні матеріали.	4.1.2-4.1.3 – В рамках Проєкту розроблено відповідні інформаційні матеріали.
4.1.3. Інформування сімейним лікарем, представником управління соціального захисту населення, представником ЦНАПу про можливості отримання ДЗР. Індикатор виконання: забезпечення інформаційними матеріалами.	
4.1.4. Відвідування реабілітаційного відділення КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» представником відділу соціальної політики, представником ЦНАПу. Індикатор виконання: раз на 2 тижні представник відвідує реабілітаційне відділення зазначеного закладу.	

5. ОРГАНІЗАЦІЯ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЩО ПІДПОРЯДКОВУЮТЬСЯ СЛУЖБАМ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
5.1. Соціальний захист/соціальні послуги	
5.1.1. Організація довозення на амбулаторну реабілітацію пацієнтів, які її потребують, але проживають далеко від лікарні (планування виписки або переведення з комунікацією з відповідним ЗОЗом). Індикатор виконання: соціальний працівник регулярно збирає потреби в сімейних лікарів та в реабілітаційному відділенні щодо потреб людей в довозенні та організовує її.	
5.1.2. Організація регулярного збору інформації щодо потреб пристосування житла (або його забезпечення у випадку відсутності). Індикатор виконання: соціальний працівник збирає потреби регулярно в сімейних лікарів та в реабілітаційному відділенні.	
5.2. Персональна підтримка	
5.2.1. Визначення відповідального за ведення кожного випадку пацієнтів відповідно до реабілітаційних маршрутів та представлення потреб, плану дій та узгодження його з представниками кожної служб в рамках роботи комітету Інтегрованої допомоги. Індикатор виконання: відповідальний визначений відповідно до Положення про Комітет Інтегрованої допомоги.	
5.2.2. Забезпечення облаштування житла – тієї його частини, яка в рамках компетенції ОМС – вхідної групи. За можливості – всього житла. Індикатор виконання: відповідальний за збір інформації визначений, облаштовується вхідна група для тих, хто це потребує. Відбувається регулярних збір потреб відповідно до маршрутів.	5.2.2. Проєктом розроблено зразки відповідних документів для старту процесу та додаткові роз'яснення [7, 8].

5.2.3. Забезпечення взаємодії з локальними ГО та БФ активних у громаді, які можуть допомогли населенню з отриманням специфічних видів ДЗР і іншими соціальними питаннями. Індикатор виконання: складено перелік ГО/БФ, укладені меморандуми.	
6. БЕЗБАР'ЄРНІСТЬ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ІНФРАСТРУКТУРА	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
6.1 Активізація громади	
6.1.1. Проведення аудиту безбар'єрності громадських місць та місць надання послуг населенню. Індикатор виконання: проведено аудит та сформовано рекомендації та план їх імплементації.	
6.1.2. Забезпечення безбар'єрності в громадських місцях, закладах охорони здоров'я, місцях отримання адміністративних послуг населенням. Індикатор виконання: забезпечено безбар'єрність відповідно до державних стандартів.	6.1.2. В рамках Проєкту забезпечено закупівлю та встановлення елементів безбар'єрності згідно погодженого переліку для двох установ: • КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня»; • відділу соціальної політики.
6.1.3. Забезпечити проведення регулярного (раз на рік) навчання по безбар'єрності для керівників ЗОЗ та представників ОМС, для фахівців соціальної сфери. Індикатор виконання: навчання проведено.	6.1.3. В рамках проєкту проведено навчання: • Тема «Безбар'єрність у громаді: принципи, доступність, рішення».

7. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ПОСЛУГИ

План дій	Імплементується в рамках проєкту
7.1. Самозайнятість	
7.1.1. Організація інформування про доступні можливості грантів на започаткування власного бізнесу для захисників /ветеранів/членів їх сімей. Індикатори виконання: раз на 3 місяці проводяться відповідні інформаційні заходи з консультаціями.	
7.1.2. Забезпечення інформування про доступні можливості грантів на започаткування власного бізнесу для захисників /ветеранів/членів їх сімей шляхом регулярного відвідування реабілітаційного відділення представниками служби зайнятості. Індикатор виконання: Фахівців служби зайнятості кожні 2 тижні відвідують реабілітаційне відділення КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня».	
7.2. Працевлаштування за наймом	
7.2.1. Збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості службою зайнятості шляхом відвідування її представником реабілітаційного відділення КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечити інформування щодо таких питань: • інформування про можливість облаштування робочого місця; • передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: Фахівці служби зайнятості кожні 2 тижні відвідують реабілітаційне відділення КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня».	

7.2.2. Забезпечення працевлаштування ветеранів, людей з інвалідністю через регулярну комунікацію з місцевими бізнесами. Індикатор виконання: раз на місяць проводити зустріч з бізнесами, узгодження можливості найму людей з інвалідністю, ветеранів.	
7.3. Групи самопомоги	
7.3.1. Заохочення керівництвом громади створення організацій/груп підтримки для осіб з різними обмеженнями життєдіяльності (організації пацієнтів, ветеранів та їх сімей тощо), надання їм простору для провадження діяльності. Індикатор виконання: графік проведення груп.	
8. ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА	
План дій	Імплементується в рамках проєкту
8.1. Дошкільна, шкільна та вища освіта	
8.1.1. Забезпечення педагогів освітніх закладів Роздільнянської МТГ навчальними курсами щодо роботи з дітьми з ООП. Індикатор виконання: усі педагоги освітніх закладів в громаді пройшли навчання щодо роботи з дітьми з ООП.	
8.1.2. Створення інклюзивного середовища в освітніх закладах Роздільнянської МТГ шляхом забезпечення необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.). Індикатор виконання: усі освітні заклади в громаді забезпечено необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.).	
8.1.3. Забезпечення залучення дітей з інвалідністю до інклюзивної освіти. Індикатор виконання: усі діти з інвалідністю в громаді залучені в інклюзивну освіту.	

8.1.4. Забезпечення дітей з інвалідністю та дітей з особливими освітніми потребами реабілітаційною допомогою. Індикатор виконання: усі діти з інвалідністю окрім оцінки ІРЦ пройшли оцінювання МДРК і сформовано Індивідуальний реабілітаційний План.	
8.2. Неформальна освіта, освіта впродовж життя	
8.2.1. Забезпечено можливості для професійного перенавчання з метою відновлення зайнятості для ветерана, людини з інвалідністю шляхом консультації із центром зайнятості, зацікавленими потенційними працедавцями серед місцевих бізнесів. Індикатор виконання: формування потреб в перенавчанні, формування плану перенавчання.	
8.2.2. Забезпечено консультування ветеранів та членів їх сімей від локальних бізнесменів для підтримки започаткування бізнесів ветеранами/членами їх сімей/ членами сімей Захисників. Індикатор виконання: організовано представників місцевих бізнесів, сформовано графік консультацій	

Чекліст виконання Роздільнянською МТГ запропонованого Плану дій із розвитку реабілітації в громаді

№	Керівництво громади, органи місцевого самоврядування	Статус виконання
1	Забезпечено регулярний збір/оновлення потреб в реабілітації для поранених Захисників, ветеранів, дітей, дорослих, людей літнього віку, спираючись на інструмент, розроблений в межах Проєкту (раз на квартал, раз на півроку тощо – за рішенням громади).	
2	Забезпечено розповсюдження інформаційних матеріалів, розроблених та виготовлених в межах Проєкту.	
3	Створено і регулярно проводяться зустрічі комітету щодо забезпечення Інтегрованої допомоги з залученням представників відповідних служб, керівником ЗОЗ та реабілітаційного відділення, представниками первинки, відділу соціальної політики, служби зайнятості, соцпрацівників та фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб (за наявності) тощо з метою планування потреб та взаємодії для кожного конкретного випадку потреби в реабілітації для мешканців громади, які потребують.	
4	Визначено відповідального за ведення кожного випадку пацієнтів відповідно до реабілітаційних маршрутів та представлення потреб, плану дій та узгодження його з представниками кожної зі служб в рамках роботи комітету Інтегрованої допомоги.	
5	Створено реєстр та ведеться внутрішня статистика по направленнях на реабілітацію після виписки з реабілітаційного відділення КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» (або з інших ЗОЗ країни, пацієнти яких повертаються в громаду) з метою можливості подальшого супроводу таких пацієнтів фахівцями з реабілітації, що працюють в громаді.	
6	Створено Контактну лінію (або визначено відповідальну особу) для рідних Захисників, щоб у випадку їх поранення будувати маршрути реабілітації ближче до дому.	
7	Сформовано реєстр фахівців з реабілітації в громаді (включно з фахівцями, які працюють приватно).	
8	Сформовано план перескерування пацієнтів на реабілітацію зі своєї громади в сусідні у випадку критичних ситуацій.	
9	Розроблено пакет фінансових (високий рівень заробітної плати, система преміювання) та нефінансових (можливість кар'єрного росту, безперервного навчання в Україні та за кордоном, службове житло тощо) заохочень для залучення нових фахівців з реабілітації, лікарів до роботи реабілітаційного відділення НП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня».	
10	Створено та пропілотовано механізм забезпечення транспортування пацієнтів на реабілітаційні послуги (за відсутності необхідності перебування пацієнта в стаціонарі).	

11	Проведено аудит безбар'єрності громадських місць та місць надання послуг населенню, робляться кроки на усунення виявлених прогалин.	
12	Розроблено освітні активності для людей з обмеженням життєдіяльності працездатного віку сумісно із центром зайнятості, місцевими підприємцями для інформування про можливості опанування нової професії та долучення до оплачуваної праці.	
13	Проводиться облік ветеранів та військовослужбовців у громаді, які втратили працездатність та потребують працевлаштування. Зібрана інформація передається в центр зайнятості та органи соціального захисту.	
14	Якщо у громаді є діючі спільноти ветеранів, військовослужбовців, людей з інвалідністю, надати в користування приміщення та необхідну правову допомогу у провадженні діяльності.	
15	Проведено заходи у закладах освіти щодо покращення сприйняття людей після поранень / людей з інвалідністю.	
16	Забезпечено навчання педагогів освітніх закладів Роздільнянської МТГ навчальними курсами щодо роботи з дітьми з ООП.	
17	Зроблено кроки для створення інклюзивного середовища в освітніх закладах Роздільнянської МТГ шляхом забезпечення необхідним обладнанням (пандуси, адаптовані парти та ін.).	
18	Створено реєстр дітей з інвалідністю та особливими потребами, забезпечення проведення оцінки ІРЦ та оцінювання МДРК та сформовано Індивідуальні реабілітаційні Плани. Зроблено кроки щодо залучення дітей з інвалідністю та/або особливими освітніми потребами до інклюзивної освіти та за потреби забезпечення реабілітаційною допомогою.	
	Керівництво 303, керівники структурних підрозділів	
19	Забезпечено виконання реабілітаційним відділенням КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня» вимог щодо реабілітаційної спроможності відповідно до ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: - Визначена спроможність та доукомплектовано відповідно МДРК. - Затверджено положення про МДРК закладу, де зазначено склад команди, голову команди, визначено порядок роботи МДРК в закладі. - Фахівці МДРК в журналі довільної форми ведуть облік послуг, що були надані пацієнтам різних відділень, зокрема наданих консультацій та роз'яснень пацієнту та/або членам його родини) у вигляді «Відділення/Пацієнт/Фахівець/Надана послуга (заняття/консультація)» шляхом самостійного заповнення фахівцями МДРК журналу довільної форм. - Щотижня в закладі проводяться збори фахівців МДРК.	
20	Кабінет асистивних технологій оснащений та функціонує в повному обсязі.	

21	Затверджено внутрішнього наказу по лікарні КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» щодо фактичного залучення команди реабілітації до інших відділень/ маршрутів для забезпечення реабілітаційної допомоги в гострому періоді в мобільному режимі всередині лікарні (внутрішній наказ по лікарні – відвідування по графіку членами МДРК пацієнтів у відповідних відділень).	
22	Забезпечено проходження навчання медичних працівників КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» через онлайн-курси на освітній платформі Академії НСЗУ [10]: 1) Для фахівців не сфери реабілітації про реабілітацію та користь від неї для інших медичних послуг: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. 2) Для фахівців сфери реабілітації: • Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів. • Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ. • Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).	
23	Подано пропозиції на контрахтування за пакетами стаціонарної та амбулаторної реабілітації, створено умови для забезпечення охоплення амбулаторною реабілітацією пацієнтів громади, відповідно до їх потреби, через скерування на монопослугу ПКМУ 1503 від 24.12.2024 Про Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році.	
24	Керівники відділень КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» регулярно передають до органу соціального захисту та ЦНАП інформацію про осіб, що потребують або можуть потребувати надання соціальних послуг того чи іншого виду.	
	Представники служб соціального захисту	
25	Визначено представника відділу соціальної політики населення для регулярного відвідування реабілітаційного відділення КНП «Роздільнянська багатoproфільна лікарня» і забезпечено регулярність візитів, соціальні працівники, що на умовах найму або цивільно-правових договорів працюють у ЗОЗ, щомісяця беруть участь у засіданнях МДРК.	
26	Складено список ГО та БФ активних у громаді, які можуть допомогти населенню з отриманням специфічних видів ДЗР, укладено меморандуми про співпрацю.	
27	Складено список гуртків та товариств, до яких долучені або могли б долучитись люди з обмеженням життєдіяльності, які проживають в громаді, для покращення їх залученості в соціальне життя.	
28	Співробітники органу соціального захисту своєчасно опрацьовують звернення від осіб що потребують або можуть потребувати надання соціальних послуг.	

	ЦНАП	
29	Визначено представника ЦНАПу для регулярного відвідування реабілітаційного відділення КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня» і забезпечено регулярність візитів.	
30	Співробітники ЦНАП опрацьовують потреби від осіб, що потребують або можуть потребувати послуг ЦНАПу та якісно надають відповідні послуги.	
31	Укладено меморандум про співпрацю з активними у громаді ГО та БФ з метою покращення доступу до ДЗР людям з обмеженням життєдіяльності, які проживають в громаді.	
	Центр зайнятості	
32	Визначено представника центру зайнятості для забезпечено збір потреб у підтримці та відновленні зайнятості шляхом відвідування реабілітаційного відділень КНП «Роздільнянська багатопрофільна лікарня» кожні 2 тижні. В рамках візитів забезпечено інформування щодо таких питань: • Інформування про можливість облаштування робочого місця. • Передача інформації до ОМС щодо ветеранів, які не мають роботи для подальшої комунікації з місцевими бізнесами.	
33	Забезпечено можливості для професійного перенавчання з метою відновлення зайнятості для ветерана, людини з інвалідністю шляхом консультації із зацікавленими потенційними працедавцями серед місцевих бізнесів.	
34	Забезпечено умови для консультування ветеранів та членів їх сімей від локальних бізнесменів для підтримки започаткування бізнесів ветеранами/членами їх сімей/ членами сімей захисників (організовано представників місцевих бізнесів, сформовано графік консультацій).	

Список джерел та корисних ресурсів

1. Благодійний фонд «Пацієнти України»



2. Ініціатива «Реабілітація травм війни в Україні»



3. Рамкова програма ВООЗ з реабілітації до 2030 року



4. Керівні принципи СБР як інструменту для інклюзивного розвитку на рівні громад



5. Шаблон для збору інформації про реабілітацію (TRIC):
Інструмент, що супроводжує Систематичну оцінку
реабілітаційної ситуації (STARS)



6. Матриця CBR



7. Зразок заяви на переоблаштування житла



8. Інструкція для облаштування пандуса



9. Наказ МОЗ №995 від 31.05.2023 «Про затвердження Примірного таблицю матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді».



10. Онлайн-курси на освітній платформі Академії НСЗУ про реабілітацію:

Реабілітація в системі охорони здоров'я: курс для лікарів;



Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ;



Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).



