

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

10 августа 2021 г. № 96

**О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида**

На основании абзаца третьего части первой [пункта 13](#) Положения о проведении медико-социальной экспертизы, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 3 июня 2021 г. № 304, [подпункта 9.1](#) пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

## 1. Установить формы:

индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида согласно [приложению 1](#);

индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида согласно [приложению 2](#).

2. Утвердить [Инструкцию](#) о порядке заполнения индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида (прилагается).

## 3. Признать утратившими силу:

[постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2011 г. № 65](#) «Об установлении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждении Инструкции о порядке ее заполнения и о признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 г. № 10»;

[постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 июня 2012 г. № 84](#) «О внесении дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2011 г. № 65».

4. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневиц

СОГЛАСОВАНО

Министерство образования  
Республики Беларусь

Министерство труда  
и социальной защиты  
Республики Беларусь

Приложение 1  
к постановлению  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
10.08.2021 № 96

Форма

Штамп медико-реабилитационной  
экспертной комиссии

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДА**

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), контактный номер  
телефона инвалида \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Пол \_\_\_\_\_

4. Сведения о месте жительства инвалида:

4.1. место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2. фактическое место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Сведения о законном представителе инвалида (при его наличии):

5.1. фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.2. место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.3. фактическое место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4. контактный номер телефона \_\_\_\_\_

6. Акт освидетельствования пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

7. Место работы (учебы), место нахождения организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Должность служащего (профессия рабочего) инвалида \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Специальность, квалификация, по которой получает (получил) образование инвалид

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Группа инвалидности \_\_\_\_\_, на срок до \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ г., бессрочно.

11. Причина инвалидности \_\_\_\_\_

12. Дополнение к экспертному решению \_\_\_\_\_

13. Индивидуальная программа реабилитации, абилитации инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть).

14. Рекомендации о создании специальных условий при получении образования

\_\_\_\_\_

15. Требования к характеру и условиям труда инвалида:

15.1. вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ:

-----

15.2. показанные условия труда и режим работы: \_\_\_\_\_

16. Нарушения функций органов и систем организма пациента с указанием степени их выраженности: \_\_\_\_\_

17. Ограничения категорий жизнедеятельности:

Категория жизнедеятельности	Функциональный класс
Способность к самостоятельному передвижению	
Способность к самообслуживанию	
Способность к общению	
Способность к ориентации	
Способность контролировать свое поведение	
Способность к обучению	
Способность к трудовой деятельности	

## РАЗДЕЛ I ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование мероприятий медицинской реабилитации, абилитации	Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий	Исполнитель
1	2	3	4	5
1	Предоставление комплекса услуг медицинской реабилитации, абилитации	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2	Обеспечение техническими средствами социальной реабилитации государственными организациями здравоохранения:	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2.1				
2.2				
2.3				
2.4				

## РАЗДЕЛ II ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации	Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий	Исполнитель
1	2	3	4	5

1	Освоение содержания образовательных программ	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2	Создание специальных условий при получении образования	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
3	Содействие в трудоустройстве	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
4	Адаптация к трудовой деятельности	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		

### РАЗДЕЛ III ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование мероприятий социальной реабилитации	Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий	Исполнитель
1	2	3	4	5
1	Социальная адаптация	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2	Психологическая помощь	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
3	Постоянная посторонняя помощь	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
4	Постоянный уход других лиц	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
5	Социальное обслуживание	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
6	Обеспечение подгузниками (впитывающими трусиками), впитывающими простынями (пеленками), урологическими прокладками (вкладышами)	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
7	Содействие в занятиях физической культурой, спортом	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
8	Содействие в занятиях творчеством, досугом	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
9	Обеспечение техническими средствами социальной реабилитации органами по труду, занятости и социальной защите*:	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
9.1				
9.2				
9.3				
9.4				

\* Вес инвалида \_\_\_\_ (кг), рост инвалида \_\_\_\_ (см), ширина сиденья коляски \_\_\_\_ (см).

Председатель медико-реабилитационной  
экспертной комиссии

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

М.П.

С содержанием настоящей программы медицинской реабилитации, абилитации:

- согласен
- отказ от выполнения раздела I
- отказ от выполнения мероприятия(й) \_\_\_\_\_ раздела I (указать)
- отказ от выполнения раздела II
- отказ от выполнения мероприятия(й) \_\_\_\_\_ раздела II (указать)
- отказ от выполнения раздела III
- отказ от выполнения мероприятия(й) \_\_\_\_\_ раздела III (указать)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись инвалида  
или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

Приложение 2  
к постановлению  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
10.08.2021 № 96

Форма

Штамп медико-реабилитационной  
экспертной комиссии

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА**

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) ребенка-инвалида

\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Пол \_\_\_\_\_

4. Сведения о месте жительства ребенка-инвалида:

4.1. место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2. фактическое место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Сведения о законном представителе ребенка-инвалида:

5.1. фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.2. место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.3. фактическое место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4. контактный номер телефона \_\_\_\_\_

6. Акт освидетельствования пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

7. Место учебы (работы), место нахождения организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Образовательная программа, по которой получает (получил) образование ребенок-инвалид, его должность служащего (профессия рабочего) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Специальность, квалификация, по которой получает (получил) образование ребенок-инвалид \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Степень утраты здоровья \_\_\_\_\_, на срок до \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., до достижения ребенком восемнадцати лет.

11. Причина инвалидности \_\_\_\_\_

12. Дополнение к экспертному решению \_\_\_\_\_

13. Индивидуальная программа реабилитации, абилитации ребенка-инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть).

14. Рекомендации о создании специальных условий при получении образования

15. Требования к характеру и условиям труда ребенка-инвалида (для лиц старше 14 лет):

15.1. вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ: \_\_\_\_\_

15.2. показанные условия труда и режим работы: \_\_\_\_\_

16. Нарушения функций органов и систем организма пациента с указанием степени их выраженности: \_\_\_\_\_

17. Ограничения категорий жизнедеятельности:

Категория жизнедеятельности	Функциональный класс
Способность к самостоятельному передвижению	
Способность к самообслуживанию	
Способность к общению	
Способность к ориентации	
Способность контролировать свое поведение	
Способность к обучению	
Способность к ведущей возрастной деятельности	
Способность к трудовой деятельности	

## РАЗДЕЛ I ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование мероприятий медицинской реабилитации, абилитации	Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий	Исполнитель
1	2	3	4	5
1	Предоставление комплекса услуг медицинской реабилитации, абилитации	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2	Обеспечение техническими средствами социальной реабилитации государственными организациями здравоохранения:	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2.1				
2.2				
2.3				

2.4				
3	Индивидуальная программа раннего вмешательства	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		

## РАЗДЕЛ II ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации	Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий	Исполнитель
1	2	3	4	5
1	Освоение содержания образовательных программ	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2	Создание специальных условий при получении образования	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
3	Содействие в трудоустройстве	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
4	Адаптация к трудовой деятельности	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
5	Формирование готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятельности	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		

## РАЗДЕЛ III ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование мероприятий социальной реабилитации	Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий	Исполнитель
1	2	3	4	5
1	Социальная адаптация	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
2	Психологическая помощь	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
3	Постоянная посторонняя помощь	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
4	Постоянный уход других лиц	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
5	Социальное обслуживание	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
6	Обеспечение подгузниками (впитывающими трусиками), впитывающими простынями (пеленками), урологическими прокладками (вкладышами)	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
7	Содействие в занятиях физической культурой, спортом	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
8	Содействие в занятиях творчеством, досугом	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
9	Обеспечение техническими средствами социальной реабилитации органами по труду, занятости и социальной защите*:	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
9.1				
9.2				
9.3				
9.4				

10	Ранняя комплексная помощь	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		
11	Формирование социально-бытовых навыков и умений, навыков безопасной жизнедеятельности	<input type="checkbox"/> нуждается <input type="checkbox"/> не нуждается		

\_\_\_\_\_

\* Вес ребенка-инвалида \_\_\_\_ (кг), рост ребенка-инвалида \_\_\_\_ (см), ширина сиденья коляски \_\_\_\_ (см), высота спинки \_\_\_\_ (см).

Председатель медико-реабилитационной  
экспертной комиссии

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

М.П.

С содержанием настоящей программы медицинской реабилитации,  
абилитации:  согласен

отказ от выполнения раздела I

отказ от выполнения мероприятия(й) \_\_\_\_\_ раздела I  
(указать)

отказ от выполнения раздела II

отказ от выполнения мероприятия(й) \_\_\_\_\_ раздела II  
(указать)

отказ от выполнения раздела III

отказ от выполнения мероприятия(й) \_\_\_\_\_ раздела III  
(указать)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись инвалида  
или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
10.08.2021 № 96

**ИНСТРУКЦИЯ**

## **о порядке заполнения индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида**

1. Настоящая Инструкция устанавливает порядок заполнения индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида и индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида (далее - ИПРА).

2. ИПРА заполняется медико-реабилитационными экспертными комиссиями (далее - МРЭК) по результатам медико-социальной экспертизы в виде электронного документа, копия которого на бумажном носителе подписывается председателем МРЭК и инвалидом либо его законным представителем и заверяется печатью МРЭК.

3. Пункты 1-5 ИПРА заполняются без сокращений на основании данных документов, удостоверяющих личность инвалида, законного представителя инвалида (при его наличии), за исключением адреса фактического места жительства или пребывания инвалида, его законного представителя (при наличии), контактных номеров телефонов.

Адреса фактического места жительства или пребывания инвалида, его законного представителя (при наличии), контактные номера телефонов указываются со слов инвалида, его законного представителя (при наличии).

4. В пункте 6 ИПРА указывается дата и номер акта освидетельствования пациента в МРЭК.

5. В пункте 7 ИПРА указывается наименование организации, в которой работает инвалид, и (или) наименование учреждения образования, в котором обучается инвалид, с указанием места нахождения соответствующих организаций.

6. В пункте 8 индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида указывается должность служащего (профессия рабочего) инвалида.

В пункте 8 индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида указываются образовательная программа, специальность, квалификация(ии), по которой(ым) ребенок-инвалид получает (получил) образование, должность служащего (профессия рабочего) по месту его работы (при наличии места работы).

7. В пункте 9 ИПРА указывается специальность, квалификация, по которым получает (получил) образование инвалид.

8. В пунктах 10-12 ИПРА на основании заключения МРЭК указывается группа инвалидности или степень утраты здоровья, срок, на который она установлена, причина инвалидности, дополнение(я) к экспертному решению.

При установлении группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования делается отметка «бессрочно».

При установлении инвалидности ребенку на срок до 18 лет делается отметка «до достижения ребенком восемнадцати лет».

9. В пункте 13 ИПРА отмечается впервые или повторно составлена ИПРА.

10. В пункте 14 ИПРА указываются рекомендации о создании специальных условий при получении образования в случае получения образования инвалидом в соответствии с заключением МРЭК.

11. В пункте 15 ИПРА указываются требования к характеру и условиям труда в соответствии с заключением МРЭК.

При заполнении индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида в возрасте до 14 лет данный пункт не заполняется.

12. В пункте 16 ИПРА указываются нарушения функций органов и систем организма пациента в соответствии с их классификацией, установленной [приложением 2](#) к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. № 77, с указанием степени выраженности этих нарушений.

13. В пункте 17 ИПРА указывается функциональный класс, соответствующий степени ограничения каждой из категорий жизнедеятельности.

14. В разделе I ИПРА:

14.1. в графе 3 каждого пункта, за исключением подпунктов 2.1-2.4 пункта 2, при определении нуждаемости или ненуждаемости инвалида в конкретных мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации в соответствующие квадраты вносятся отметки;

14.2. подпункты 2.1-2.4 пункта 2 заполняются в случае нуждаемости инвалида в обеспечении техническими средствами социальной реабилитации (далее – ТССР) государственными организациями здравоохранения.

В графе 2 подпунктов 2.1-2.4 пункта 2 указываются конкретные наименования ТССР, предусмотренных частью первой настоящего подпункта, в соответствии с [Государственным реестром](#) (перечнем) технических средств социальной реабилитации, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 декабря 2007 г. № 1722, в обеспечении которыми нуждается инвалид.

Перечень конкретных ТССР, в обеспечении которыми нуждается инвалид, может расширяться путем добавления новых подпунктов.

В графе 3 подпунктов 2.1-2.4 пункта 2 делается отметка «нуждается»;

14.3. в графе 4 каждого пункта указывается срок, в течение которого рекомендовано проведение инвалиду мероприятий медицинской реабилитации, абилитации;

14.4. в графе 5 каждого пункта указывается исполнитель соответствующего

мероприятия: наименование организации здравоохранения по месту жительства (пребывания), оказывающей инвалиду медицинскую помощь.

#### 15. В разделе II ИПРА:

15.1. в графе 3 каждого пункта при определении нуждаемости или ненуждаемости инвалида в конкретных мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации в соответствующем квадрате делается отметка;

15.2. в графе 4 каждого пункта указывается срок, в течение которого рекомендовано проведение инвалиду мероприятий профессиональной реабилитации и трудовой реабилитации;

15.3. в графе 5 каждого пункта указывается исполнитель соответствующего мероприятия.

#### 16. В разделе III ИПРА:

16.1. в графе 3 каждого пункта, за исключением подпунктов 9.1-9.4 пункта 9, при определении нуждаемости или ненуждаемости инвалида в конкретном мероприятии социальной реабилитации в соответствующие квадраты вносятся отметки;

16.2. подпункты 9.1-9.4 пункта 9 заполняются в случае нуждаемости инвалида в обеспечении ТССР органами по труду, занятости и социальной защите.

При определении необходимости в обеспечении инвалида креслом-коляской в подстрочном примечании к пункту 9 указываются вес инвалида (в килограммах), его рост (в сантиметрах), ширина сиденья коляски, соответствующая расстоянию от наружной поверхности правого бедра на уровне тазобедренного сустава до наружной поверхности левого бедра, увеличенному на 2 сантиметра (в сантиметрах), а в индивидуальной программе реабилитации, абилитации ребенка-инвалида дополнительно указывается высота спинки кресла-коляски, соответствующая расстоянию от затылка ребенка-инвалида в положении сидя до сиденья стула (в сантиметрах).

В графе 2 подпунктов 9.1-9.4 пункта 9 указываются конкретные наименования ТССР, предусмотренных частью первой настоящего подпункта, в соответствии с Государственным реестром (перечнем) технических средств социальной реабилитации.

Перечень конкретных ТССР, в обеспечении которыми нуждается инвалид, может расширяться путем добавления новых подпунктов.

В графе 3 подпунктов 9.1-9.4 пункта 9 делается отметка «нуждается»;

16.3. в графе 4 каждого пункта указывается срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий социальной реабилитации;

16.4. в графе 5 каждого пункта указывается исполнитель соответствующего

мероприятия.

17. ИПРА подписывается председателем МРЭК с указанием инициалов и фамилии и заверяется печатью МРЭК.

18. Инвалидом или его законным представителем собственноручно делается отметка в соответствующих квадратах о согласии с содержанием ИПРА или об отказе от разделов или мероприятия(й) с их указанием.

ИПРА подписывается инвалидом или его законным представителем с указанием числа, месяца, года получения ИПРА, инициалов и фамилии подписавшего ее лица.