

УДК 616-036.865-053.36-036.8:614.2+362.611

**Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко**

## Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):39–43; doi 10.15574/SP.2014.64.39

*Проаналізовано сучасний стан мережі та нормативну базу з надання реабілітаційних послуг дітям раннього віку з обмеженнями життєдіяльності. Показано наявність суттєвих недоліків системи та запропоновано шляхи вирішення проблеми. Підкреслено доцільність та ефективність системи «раннього втручання».*

**Ключові слова:** реабілітаційні послуги, діти-інваліди раннього віку, катамнез, раннє втручання, нормативна база.

### Вступ

З визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, життя, виживання, максимальний розвиток, доступ дітей до служб охорони здоров'я є не тільки їх фундаментальними потребами, але й основними правами людини. Головним інструментом для захисту та реалізації цих прав є Конвенція про права дитини (далі — Конвенція).

Основні принципи щодо охорони здоров'я в реалізації норм Конвенції викладено у ст. 6: «Держави-учасниці визнають, що кожна дитина має невід'ємне право на життя, забезпечують у максимально можливій мірі виживання і здоровий розвиток дитини» та ст. 24: «Держави-учасниці визнають право кожної дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб та відновлення здоров'я, намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я».

Ці та інші принципи Конвенції, що стосуються права дитини на життя, виживання, розвиток та охорону здоров'я, впроваджуються в українському законодавстві через закони і підзаконні акти, а також за допомогою створення спеціальних механізмів їх реалізації, зокрема в Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, в Законі України «Про охорону дитинства».

Особливої турботи потребують діти з обмеженнями життєдіяльності — це, передусім, діти з тяжкими хронічними захворюваннями та діти, які мають статус дитини-інваліда.

### Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження стала система та мережа медико-соціальної допомоги дітям з обмеженнями життєдіяльності, задекларована галузевими нормативно-правовими актами. При підготовці матеріалів використано національні та міжнародні підходи до системи надання допомоги дітям, передусім раннього віку, які мають ризик виникнення інвалідності. Вивчено законодавчу базу України та інші нормативно-правові акти, що регулюють медичну допомогу дітям на державному, галузевому і локальному рівнях. Використано методи системного підходу, структурно-логічного, змістовного аналізу, інформаційно-аналітичний та моделювання.

### Результати дослідження та їх обговорення

Динаміка основних показників здоров'я дитячого населення сьогодні відзначається суттєвим накопиченням хронічної патології, починаючи з раннього дитячого віку. Така ситуація зумовлена цілою низкою причин: від суттєвого погіршення екології, способу життя, яким сьогодні живуть батьки і самі діти, і завершуючи значним прогресом в медицині, що дає можливість вижити більшості

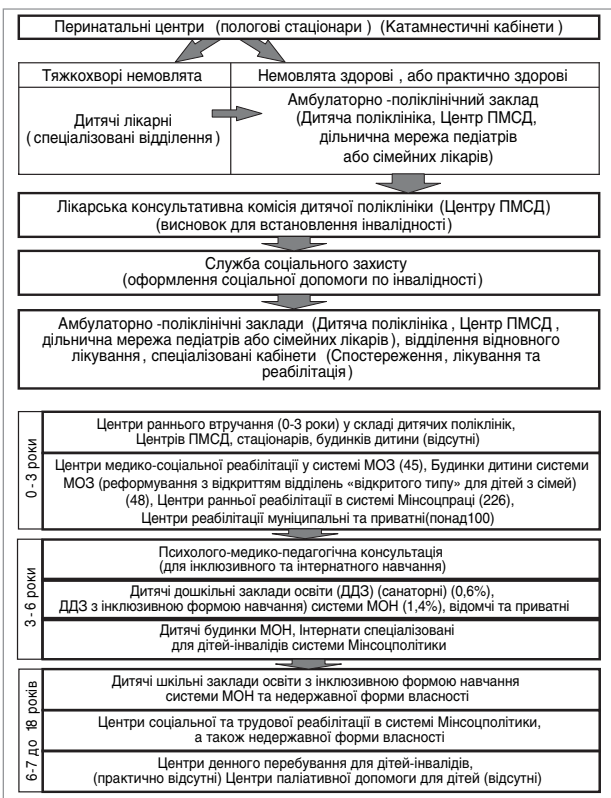
малюків, у тому числі з тяжкою патологією [1]. Це накладає на суспільство відповідальність впроваджувати ефективні програми, спрямовані на посилення уваги до дітей з особливими потребами, починаючи з раннього віку.

Україна має багато здобутків у цій сфері. Передусім це стосується зниження за останні десятиріччя у понад двічі малюкової захворюваності завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій, вирішенню низки питань, спрямованих на попередження вродженої та спадкової патології, вчасну діагностику хвороб та їх лікування. Запроваджено сучасні медико-соціальні реабілітаційні технології. Вдалось створити понад 45 центрів медико-соціальної реабілітації в системі МОЗ України, які перш за все спрямовані на надання комплексної реабілітаційної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. Функціонує 226 центрів соціальної реабілітації в системі Мінсоцполітики. Відкрито і функціонують значна кількість центрів, створених громадськими та благодійними організаціями, а також на приватних засадах. Проте кожний з цих центрів, виконуючи дуже важливу роботу, має певні проблеми у наданні допомоги сім'ям з такими дітьми. Основними з них є переважна відсутність комплексності послуг (медичних, педагогічних, соціальних), недостатня сімейна центрованість, а також територіальна віддаленість, що значно ускладнює доступність допомоги.

Як ж сьогодні в Україні існує система спостереження дітей, виявлення відхилень і подальшого спостереження малюків, що потрапляють у групу ризику для попередження поглиблення цих відхилень, переходу їх в інвалідність та, у разі настання такої ситуації, спостереження і супроводу пацієнта, лікування та адаптації його до життя?

**Перший маршрут** (здорова дитина): пологове відділення — Центр первинної медичної допомоги або будь-який заклад I (першого) рівня медичної допомоги.

Як правило, весь обсяг необхідної медичної допомоги дитина отримує саме на первинному рівні, консультативна допомога під час планових профілактичних оглядів, спеціалізована надається на II-му рівні. Саме на другому рівні, у разі виникнення відхилень, що можуть вплинути на встановлення інвалідності у дитини, відбувається виписка висновку лікаря-фахівця за профілем хвороби, наприклад дитячого невролога, кардіоревматолога, отоларинголога тощо, щодо скерування дитини для обстеження та лікування у профільний стаціонар на II-му або на III-му рівні надання допомоги у зв'язку із встановленням остаточного діагнозу, що може бути підставою для встановлення інвалідності. Надалі за місцем проживання на II-му рівні медичної допомоги лікарем за профілем інвалідності на дитину формується висновок-направлення на засідання лікарської консультативної комісії, яка діє в Консультативно-діагностичному центрі за місцем проживання дитини (колишній дитячий



**Рис. 1.** Схема перенаправлень дитини у системі медико-соціальної реабілітації

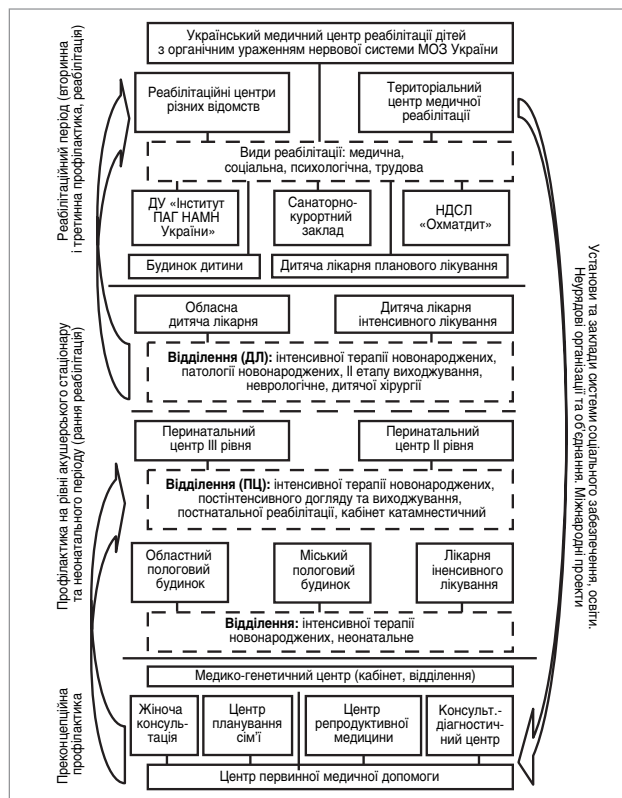
поліклініці). Саме ця комісія визначає остаточно підстави для можливості встановлення інвалідності дитини відповідно до наказу МОЗ, Мінсоцпраці, Мінфіну України від 08.11.2001 № 454/471/516 (Ю) «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років» та наказу МОЗ України від 04.12.2001 № 482 (Ю) «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років» і видає відповідний висновок для служби соціального захисту, де оформляється соціальна допомога на дитину-інваліда.

**Другий** (дитина має ризик виникнення інвалідності) та **третій** (дитина є потенційно інвалідом через явні відхилення у стані здоров'я, фізичні вади) **маршрути** відрізняються від маршруту здорової дитини лише термінами направлення дитини (не очікуючи планового направлення у терміни профоглядів) на другий або третій рівень надання допомоги за профілем інвалідності для організації найбільш швидкого та поглибленого обсягу медичної допомоги та ранньої реабілітації.

Схематично система перенаправлень дитини у системі медико-соціальної реабілітації з наявними та відсутніми елементами наведена на рис. 1.

Проте сьогодні у роботі цієї системи є багато недоліків, передусім у питаннях організації постійної кваліфікованої допомоги та постійного супроводу дітей, які мають певні проблеми здоров'я.

Якщо проблеми розглянути з позиції інклюзивної освіти, тобто реалізації основного права дитини на освіту, то Україна багато зусиль приділяє цьому напрямку роботи, проте значного прориву також не відбулось. Наступні цифри вказують на неефективність цієї діяльності: за даними МОН України (за 2012 рік), сьогодні у дошкільних нав-



**Рис. 2.** Модель медико-соціальної профілактики неврологічної патології та інвалідності у дітей

чальних закладах чисельність дітей з інвалідністю становить 0,6% (7 950 дітей), у загальноосвітніх закладах — 1,4% (58 586 дітей), у професійно-технічних навчальних закладах — 1,5% (6 442 особи), у вищих навчальних закладах — 0,9% (18 825 осіб). З усіх показників за останні роки знизилась кількість таких дітей лише у школах, що вимагає значних зусиль для впровадження інклюзивного навчання, бо до освітнього процесу не залучена жодна друга дитина, яка має інвалідність. Це комплекс невирішених питань, як медичних, соціальних, так і освітніх.

Таким чином, схема попередження інвалідності та формування реабілітаційного простору у системі охорони здоров'я включає заклади охорони здоров'я від первинної мережі до профільних інститутів МОЗ та НАМН України, НДСЛ «ОХМАТДИТ», спеціалізованих центрів.

Розглянемо приклад роботи з дитиною з неврологічною патологією за схемою, що наведена на рис. 2.

Накопичення хронічної інвалідизуючої патології у дитячому середовищі накладає на суспільство відповідальність впроваджувати ефективні програми комплексної медико-соціальної реабілітації, спрямовані на посилення уваги до дітей з особливими потребами, починаючи з самого раннього віку, з метою максимального зниження ризиків інвалідизації населення.

З досвіду країн, де існує стала система надання комплексних медико-соціальних послуг (країни Європи, США тощо), потребують додаткових програм раннього втручання — реабілітації близько 15% дітей раннього віку (0-3 роки) [2]. Таким чином, в Україні близько 200 тисяч дітей потребують такого супроводу.

Найбільший вплив у ранньому дитячому віці, враховуючи пластичність процесів і можливість реального зменшення патологічних відхилень в організмі дитини, має саме

втручання медичних технологій в комплексі з іншими. Проте чи в змозі 45 центрів системи МОЗ надати таку комплексну тривалу допомогу? На жаль, ні. Протягом року в умовах центрів отримують консультативну та реабілітаційну допомогу до 100 тис. дітей. Це центри, які, здебільшого, можуть надати таку важливу консультативну, діагностичну, лікувальну допомогу, включити елементи соціального та педагогічного супроводу сім'ї, у кращому випадку, закласти елементи сімейної центрваності у реабілітаційні технології, але постійно ефективно спостерігати таких дітей невелика кількість центрів просто не в змозі.

У системі МОЗ успішно впроваджується модель реабілітації «тандем-партнерство», – «дитина–сім'я–фахівець», основою якої є, по-перше, міжсекторальний комплексний підхід до реабілітації, по-друге, залучення сім'ї до цього процесу як основного елементу системи.

Чим же зумовлена потреба впроваджувати додаткові послуги раннього втручання, як невід'ємного елементу реабілітації, у систему охорони здоров'я? Для цього є такі передумови:

- перехід на обслуговування лікарем загальної практики/сімейної медицини, сталий дефіцит кадрів у системі первинної медико-санітарної допомоги (далі ПМСД), передусім педіатрів;
- зростання кількості дітей з особливими потребами (на сьогодні кількість дітей-інвалідів у дитячій популяції сягає близько 2%);
- сучасні дані про розвиток мозку дітей раннього віку;
- стрес, який переживає сім'я у зв'язку з порушеннями розвитку або серйозними медичними станами, відсутністю достатніх знань та часу у лікарів та медсестер ПМСД;
- роль стабільних відносин для розвитку дитини і теорія прихильності;
- вплив проживання в закритому закладі на розвиток дітей раннього віку;
- успіх програм раннього втручання в інших країнах (США, Німеччина, Португалія, Росія тощо).

Що охоплює система раннього втручання? За визначенням Європейської Асоціації Раннього втручання Eurlyaid (1993): «Раннє втручання являє собою всі види заходів, орієнтованих на розвиток дитини, а також на супровід батьків, які здійснюються безпосередньо і негайно після визначення стану та рівня розвитку дитини. Раннє втручання спрямоване як на дитину, так і на батьків, сім'ю та її соціальне оточення» [2].

Російська Асоціація раннього втручання в Стандартних вимогах до організації діяльності служби раннього втручання (2012), розроблених спільно з Європейською Асоціацією з раннього втручання, визначає раннє втручання як «Систему різних заходів, спрямованих на розвиток дітей раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком появи таких порушень і заходів, орієнтованих на підтримку батьків» [6].

В Україні на сьогодні діє розрізнена мережа системи раннього втручання та роботи з дітьми, що мають особливі потреби, елементи її наявні в існуючій мережі. Спільно з фахівцями центрів раннього втручання м. Харкова, Львова та Одеси та на основі досвіду інших країн світу підготовлено пропозиції до проектних документів МОЗ у частині розвитку системи раннього втручання [4].

Витоки цієї системи в країні починаються у малопотужних, поодиноких сьогодні центрах (кабінетах) катамнезу, які створюються у мережі перинатальних центрів III рівня (далі ПЦ), яких побудовано в Україні лише 12. Проте почати спостереження у таких центрах (кабінетах) катамнезу зможуть також тільки ті діти, які були народжені саме в ПЦ.

Дискусії, що точаться з приводу функцій таких центрів (кабінетів) катамнезу, переважно пов'язані з тим обсягом реабілітаційних послуг, які хотілось би надавати в них дітям. Центр (кабінет) катамнезу не повинен надавати широкий спектр реабілітаційних послуг, ці заходи слід все ж таки переносити в спеціалізовані реабілітаційні центри [3], і значну роль повинна взяти на себе також мережа центрів раннього втручання, про які буде сказано нижче.

Завдання такого центру (кабінету) катамнезу полягають у професійному консультуванні, діагностуванні, моніторингу, своєчасному скеруванні для консультування у інші лікувальні заклади протягом перших двох років дітей з певними проблемами у здоров'ї, які народились у ПЦ.

Для комплексної допомоги таким дітям сьогодні вкрай необхідно не втратити здобутки та напрацювання педіатричної мережі, яка в межах реформування буде сконцентрована на вторинному рівні надання допомоги [5].

Персонал центру (кабінету) катамнезу у ПЦ міг би складатись з лікаря-педіатра-неонатолога, дитячого невролога, кінезіотерапевта (фізіотерапевта), сурдолога, дитячого офтальмолога, лікаря УЗД-діагностики, лікаря-функціоналіста, психолога, середнього медперсоналу.

А ось щодо центрів раннього втручання, то їх було б доцільніше створити на базі наявних дитячих поліклінік, центрів ПМСД, будинків дитини, консультативно-діагностичних центрів II рівня із розрахунку орієнтовно 1 на 15 тис. дітей (до 300 дітей 0–3 років цільової групи обслуговування у рік).

Персонал центру раннього втручання міг би складатись орієнтовно з лікаря-педіатра або невролога дитячого, психолога, спеціального педагога, кінезіотерапевта (фізіотерапевта), логопеда, середнього медперсоналу.

Які саме діти можуть входити до цільової групи і які критерії включення їх у програми раннього втручання? Передусім, це діти від 0 до 3 років з порушеннями розвитку, відставанням або високим ризиком відставання в таких сферах:

- велика та тонка моторика, сенсорне сприйняття, когнітивна, комунікативна, адаптивна поведінка (навички самообслуговування та соціальні навички);
- генетичні порушення (синдром Дауна та ін.);
- рухові порушення при різних неврологічних захворюваннях (ДЦП, нейром'язові захворювання тощо);
- стани після травм та оперативних втручань; множинні порушення;
- порушення аутистичного спектра;
- сенсорні порушення;
- недоношеність, екстремально низька маса тіла при народженні тощо;
- виявлене відставання у розумовому розвитку;
- соціальна дезадаптованість сім'ї [2].

На жаль, сьогодні таким дітям приділяється недостатньо уваги, як через недостатність кваліфікації лікарів щодо особливостей лікування та розвитку таких дітей, так і через елементарну відсутність кадрів у мережі ПМСД. Особливо це стосується сільського населення, населення маленьких міст та містечок.

Цілями і завданнями системи раннього втручання, починаючи з центрів (кабінетів) катамнезу, є:

- раннє виявлення порушень та своєчасне скерування на консультацію до відповідних фахівців;
- забезпечення послуг міжсекторальних (медичних, соціальних, психологічних, педагогічних) для уникнення затримки розвитку або мінімізація цієї затримки, у тому числі спостереження у домашніх умовах;

- надання допомоги батькам для їх адаптації та створення оптимальних умов для розвитку та навчання дитини;
- формування та розвиток здатності до самостійного життя у суспільстві;
- підвищення рівня компетентності батьків та інших членів сім'ї;
- сприяння соціальній інтеграції сім'ї і дитини;
- запобігання інституціоналізації дитини [2–4,6].

Раннє втручання дозволяє зекономити кошти на лікування, спеціалізовані програми та послуги, а також збільшити надалі продуктивність у дорослому віці: наприклад, за розрахунками Varetт (2000), в США від 30 до 100 тис. дол. США на дитину [5].

Сьогодні створення додаткових елементів системи реабілітації потребує ресурсів, як фінансових, так і кадрових. Затримка в цій роботі і надалі залишає дітей раннього віку без достатньо ефективних програм реабілітації, сталого моніторингу за їх виконанням, а також призводить до втрати часу у найбільш важливий щодо відновлення здоров'я віковий період.

В Україні діє ґрунтовна нормативно-правова база щодо дітей з обмеженнями життєдіяльності. У системі МОЗ України основними документами є:

- спільний наказ Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 № 454/471/516 «Про затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років»;

Накази Міністерства охорони здоров'я:

- від 04.12.2001 № 482 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років»;
- від 13.07.2005 №350 «Про затвердження протоколів лікування дітей за спеціальністю »Дитяча неврологія»;

Постанови Кабінету Міністрів України:

- від 23 травня 2007 № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда»;
- від 08.10.2007 № 623 (Ю) «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання»;
- від 30.04.2012 № 574 «Про затвердження Концептуальних засад щодо створення системи надання комплексної допомоги дітям, хворим на рідкісні захворювання в Україні»;
- від 21 листопада 2013 № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям».
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації від 09.04.2013 «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку, які супроводжуються руховими порушеннями, у дітей».

Ряд змін до чинної нормативно-правової бази щодо дітей-інвалідів внесено постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям». Цей документ є значним здобутком, спрямованим на покращення роботи з дітьми-інвалідами в Україні, починаючи від впровадження сучасних підходів до визначення інвалідності за критеріями життєдіяльності, і закін-

чуючи загальним впорядкуванням системи призначення соціальної допомоги по інвалідності та роботі за індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда. Постановою затверджено Положення про лікарсько-консультативну комісію, Порядок встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям, який вперше впроваджує сучасні критерії визначення інвалідності у дітей відповідно до Класифікації основних категорій життєдіяльності і ступеня вираження обмежень.

Основними категоріями життєдіяльності визначено здатність до: самообслуговування; самостійного пересування; орієнтації; спілкування; контролювання своєї поведінки; навчання; трудової діяльності, що в цілому змінює підхід до визначення інвалідності, який все ще існував і був пов'язаний із встановленням діагнозом.

Вперше впорядковується діяльність ЛКК, а також вводиться система ЛКК від центральної лікарні до обласних з різними функціями.

Ця постанова потребує розробки ряду наказів МОЗ для її остаточного впровадження, введення нової системи роботи з дітьми-інвалідами.

Реалізація державної політики у сфері забезпечення прав осіб з інвалідністю та їх соціальної захищеності потребує здійснення системних узгоджених заходів, зокрема спеціального, політичного, організаційно-правового, соціально-економічного, інформаційного, гуманітарного, морально-культурного та освітнього характеру.

У найближчий період для захисту прав дитини з обмеженнями життєдіяльності було б доцільно забезпечити:

- створення Центральної МСЕК для дітей, яка повинна опікуватись проблемами реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;
- забезпечення ефективної міжвідомчої роботи за Індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда;
- здійснення заходів щодо створення замкненої моделі медико-соціальної реабілітації на базі Українського центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (від народження до шкільного віку);
- створення системи раннього втручання для роботи з дітьми з обмеженнями життєдіяльності 0–3 років, у тому числі з реформуванням будинків дитини;
- розробка та впровадження клінічних протоколів лікування дітей за найбільш поширеними нозологіями, що зумовлюють інвалідність;
- стандартизація методик реабілітації та обчислення їх вартості;
- створення механізму взаємодії та наступності між окремими службами та відомствами, задіяними у реабілітації;
- рішення завдань правового, інформативного, кадрового та методичного забезпечення системи реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;
- здійснення заходів щодо посилення громадської готовності до інтеграції дітей з обмеженнями життєдіяльності у суспільство;
- максимальний розвиток системи інклюзивного навчання дітей-інвалідів;
- удосконалення заходів з прищеплення дітям з обмеженнями життєдіяльності і їхнім родинам активної життєвої позиції;
- створення законодавчих механізмів економічного стимулювання, які б сприяли залученню коштів інвесторів та благодійників для вирішення питання комплексної реабілітації дітей;



- зміна підходів до фінансування: виділення коштів на реабілітаційні потреби конкретної дитини, а не на фінансування реабілітаційних закладів та установ;
- відкриття центрів паліативної допомоги дітям у кожному регіоні.

### Висновки

Таким чином, сьогодні в Україні існує потреба у суттєвому реформуванні мережі надання реабілітаційних послуг дітям раннього віку з обмеженнями життєдіяльності. Така система повинна бути значно розширена, почи-

наючи від центрів (кабінетів) катамнезу у ПЦ до центрів раннього втручання, які треба формувати на принципах доступності (загальна, територіальна, фінансова), різноманітності програм і послуг; сімейноцентрованості; надання послуг, які охоплюють усі аспекти життя дитини. Значного посилення потребує нормативно-правове регулювання створення системи реабілітаційних послуг для дітей, впровадження міждисциплінарного підходу, переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності, запровадження системної роботи мережі охорони дитинства з Індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз діяльності служби охорони матері і дитини в Україні / О. О. Дудіна, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко, С. І. Осташко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. — К., 2012. — С. 139—184.
2. Доброва-Крол Н. Раннее вмешательство: Ключевые аспекты и международный опыт. Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) / Н. Доброва-Крол. — К., 2014. — 48 с.
3. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства / Аксенова О. Ж., Баранова Н. Ю., Емец М. М., Самарина Л. В. — СПб., 2012.
4. Раннее вмешательство: междисциплинарная помощь детям раннего возраста с нарушениями развития и их семьям: пособие для специалистов / под ред. А. М. Кравцовой, А. В. Кукурузи. — Х. : ШЦЩЦ «Планета-принт», 2013. — 208 с.
5. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / за ред. Р. О. Моїсеєнко. — К. : Експерт ЛТД, 2012. — 136 с.
6. Руководство по организации и деятельности перинатального центра / под ред. Н. Н. Володина, В. И. Кулакова, Р. А. Хальфина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 471 с.
7. Barrett S. W. Economics of early childhood intervention / S. W. Barrett // Editors, Handbook of Early Childhood Intervention / J. P. Shonkoff, S. J. Meisels. — Second Edition. — Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2000.

#### Современные аспекты развития системы медико-социальных услуг для уязвимых групп детей в Украине

*Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, Р.А. Моїсеєнко*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев  
Проанализировано современное состояние системы и нормативной базы по предоставлению реабилитационных услуг детям раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности. Показано наличие существенных недостатков системы и предложены пути решения проблемы. Подчеркнута целесообразность и эффективность системы «раннего вмешательства».

**Ключевые слова:** реабилитационные услуги, дети-инвалиды раннего возраста, катамнез, раннее вмешательство, нормативная база.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):39–43; doi 10.15574/SP.2014.64.39

#### Modern aspects of the development of the medical and social services system for vulnerable groups of children in Ukraine

*Y.V. Voronenko, N.G. Goyda, R.A. Moiseenko*

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Ukraine, Kyiv

The current state of the system and the regulatory framework for the provision of rehabilitation services for infants with disabilities is analyzed. It is shown the presents of significant deficiencies in the system and the ways its solution. The appropriateness and effectiveness of the «early intervention» system is underlined.

**Key words:** rehabilitation services, disabled infants, catamnesis, early intervention, regulatory framework.

#### Сведения об авторах:

**Вороненко Юрий Владимирович** — д.мед.н., проф., академик НАМН Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, засл. деятель науки и техники Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел. (044) 440-30-56. E-mail: office@nmapo.edu.ua

**Гойда Нина Григорьевна** — Проректор по лечебной работе, д. мед. н., лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, засл. врач Украины, академик АН ВО Украины, проф. каф. управления охраной здоровья НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: N\_gojda@ukr.net

**Моїсеєнко Раїса Александровна** — д-р мед. н., зав. каф. детской неврологии и медико-социальной реабилитации НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Статья поступила в редакцию 1.12.2014 г.