

ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

Грудень 2019, № 3

ДІЗНАЙТЕСЬ БІЛЬШЕ ПРО ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ



Під такою назвою в Києві у грудні пройшов перший інформаційний семінар в рамках інформаційно-просвітницької кампанії, що проводить Національна Асамблея людей з інвалідністю України завдяки участі у міжнародному проєкті «Зміцнення реабілітаційних послуг у системі охорони здоров'я», який реалізує UCP Wheels for Humanity (UCPW) за підтримки Української Асоціації фізичної терапії (УАФТ), Всесвітньої конфедерації фізичної терапії (ВКФТ) і Республіканського медичного коледжу Таджикистану (РМК), за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID).

Мета семінару: поширення інформації щодо регулювання професії фізична терапія та ерготерапія; інформування про основні складові діяльності фізичного терапевта.

У семінарі брали участь представники неурядових організацій осіб з інвалідністю, організацій захисту прав пацієнтів, організації, які здійснюють підбір та забезпечення допоміжних засобів, надавачів послуг з фізичної терапії.

Учасники ознайомились з історією становлення та реформування послуг фізичної терапії в Україні; роллю членів реабілітаційної команди, обговорили встановлення цілей на рівні участі та діяльності згідно Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), розглянули і обговорили компетенції фізичного терапевта та ерготерапев-

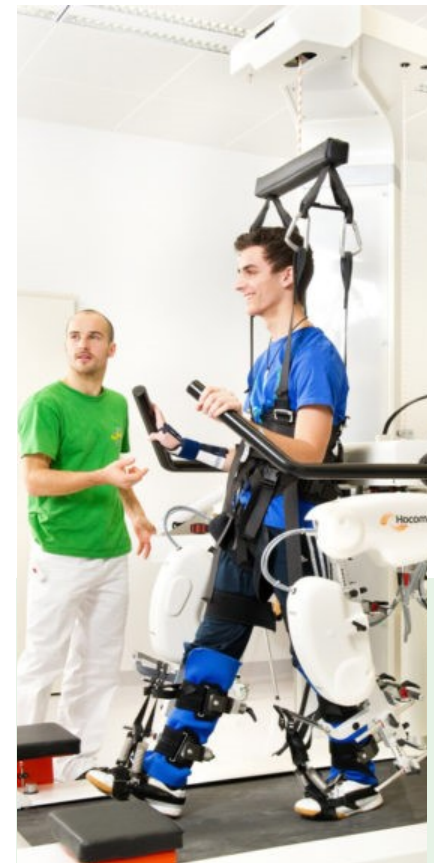
та в реабілітаційному процесі. Дізнались основні відмінності реабілітаційного процесу базованого на біо-психо-соціальній моделі від медичної моделі реабілітації.

Більш дізнались про основи практики заснованої на доказах для користувача послуг, різницю між фізичною терапією та системою лікувальної фізичної культури.

Отримали інформацію про втручання фізичного терапевта у роботі з різними нозологіями, зокрема на прикладі розсіяного склерозу, про підбір допоміжних засобів пересування, а також ознайомились з міжнародними ресурсами для користувачів послуг фізичної терапії.

Аналогічні семінари відбудуться наступного року у Львові та Запоріжжі в лютому та травні.

Слідкуйте за нашими новинами.



В ЦЬОМУ ВИПУСКУ

- Новий дашборд стану готовності спеціалізованих закладів до контролювання з НСЗУ 2
- Рекомендації НСЗУ: як правильно зареєструвати спеціалізований медичний заклад в ЕСО 3
- У Львові відкрито другий центр раннього втручання 4
- Дитячий церебральний параліч: коротко про все 5
- Систематичний огляд втручань для дітей з ДЦП: стан доказів 6-7
- Юридична консультація 8

НОВИНИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

**Національна служба
здоров'я України**

Відтепер можна побачити рейтинг стану готовності закладів, що надають спеціалізовану та екстрену медичну допомогу, до контракування з НСЗУ. Нова аналітична панель буде корисною для представників місцевої влади, бізнесу, закладів охорони здоров'я, громадських активістів.

Дешборд складається з 11 розділів. Рейтинг готовності кожного закладу можна відстежити за 8 критеріями:

- автономізація;
- комп'ютеризація;
- підключення до МІС;
- наявність КЕП;
- наявність ліцензії на медичну практику;
- наявність ліцензії на наркотичні засоби / прекурсори;
- реєстрація закладу в ЕСОЗ;
- реєстрація всіх лікарів в ЕСОЗ (яка розпочалась з 19 грудня 2019 року).

НОВИЙ ДЕШБОРД СТАНУ ГОТОВНОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДІВ ДО КОНТРАКТУВАННЯ З НСЗУ

Наприклад, дані на 23 грудня говорять, що:

- 84,8% становить рівень автономізації всіх спеціалізованих закладів. 78,2% закладів вже повністю завершили процес перетворення в КНП. Найбільше спеціалізованих закладів у статусі КНП на Вінниччині - 99,2%, Полтавщині - 98% та Харківщині - 97%;
- 42,6% становить частка спеціалізованих лікарень у контексті комп'ютеризації. Найактивнішими є лікарні Полтавської області - 85,4%, Києва - 64,6%, Івано-Франківської області - 57,3%;
- понад 970 спеціалізованих закладів вже підключено до електронної системи охорони здоров'я. Інструкція з користування аналітичною панеллю міститься на кожній сторінці. Також в описі дешборду ви знайдете інформацію про те, куди звертатись лікарням з приводу оновлення відповідних даних на аналітичній панелі НСЗУ.

www.nszu.gov.ua

Аналітична панель моніторингу стану готовності закладів, що надають вторинну, третинну та екстрену медичну допомогу, до контракування з НСЗУ

Оновлено
23.12.2019 08:13


**Національна служба
здоров'я України**


Детальний аналіз наявності чинної ліцензії на медичну практику



Детальний аналіз наявності ліцензії на наркотичні речовини/прекурсори



Детальний аналіз стану отримання КЕП



Детальний аналіз стану реєстрації всіх лікарів закладу в ЕСОЗ



Рейтингова таблиця закладів



Загальний огляд готовності закладів до контракування



Детальний аналіз автономізації закладів



Детальний аналіз комп'ютеризації закладів



Детальний аналіз стану підключення закладів до МІС



Детальний аналіз стану реєстрація закладів в ЕСОЗ

РЕКОМЕНДАЦІЇ НСЗУ: ЯК ПРАВИЛЬНО ЗАРЕЄСТРУВАТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД В ЕСОЗ

В Україні активно триває підготовка до наступного важливого етапу медичної реформи – зміни принципів фінансування у 2020 році закладів, що надають спеціалізовану, високоспеціалізовану та екстрену медичну допомогу. Щоб отримувати державні кошти за Програмою медичних гарантій, заклад має підписати договір з НСЗУ.

Однією з обов'язкових умов контрактування з НСЗУ є реєстрація спеціалізованого медичного закладу в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Цей процес перебуває в активній фазі.

Станом на 24 грудня 2019 року до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) підключено 51 % спеціалізованих закладів. Лідери: Полтавщина (91,9 %), Вінниччина (89,2 %) та Харківщина (74,6 %).

Водночас при реєстрації закладів спеціалізованої, високоспеціалізованої та екстреної медичної допомоги в ЕСОЗ фіксується

чимало істотних помилок.

Зокрема, невірно вказується тип закладу.

Правильно: «вторинна, третинна, паліативна медична допомога та реабілітація», або «заклад з надання екстреної медичної допомоги», відповідно до медичної практики.

Також допускаються помилки при внесенні інформації щодо ліцензії: не заповнено поля, помилки в датах, помилки в номерах ліцензії, вказується ліцензія, строк дії якої закінчився. Підкреслюємо, усі поля мають бути заповненими.

Наші рекомендації щодо заповнення полів:

– **Номер ліцензії**

- ліцензії старого формату: BB №1111111 або BB1111111;

- ліцензії нового формату: 111 (номер наказу МОЗ) або від 11.11.2019 №111 (дата і номер наказу МОЗ).

– **Видана на**

- медичну практику;

- або перелічити спеціалізації: дерматове-

нерологія, дитяча дерматовенерологія, клінічна лабораторна діагностика, фізіотерапія, сестринська справа.

– **Дата видачі**

- ліцензії старого формату: 08.10.2019;

- ліцензії нового формату: 11.11.2019 (дата наказу МОЗ).

– **Орган, що видав**

- МОЗ;

- або МОЗ України.

– **Термін дії**

- ліцензії старого формату: з 08.10.2019 (як правило дата наказу) або безстрокова;

- ліцензії нового формату: з 11.11.2019

(дата наказу) або безстрокова.

Важливо! Дата початку дії ліцензії не може бути раніше, ніж дата наказу МОЗ.

– **№ наказу**

- ліцензії старого формату: 88;

- ліцензії нового формату: 111 (номер наказу МОЗ).

За матеріалами НСЗУ

У 2020 РОЦІ РАННЯ ДІАГНОСТИКА НОВОУТВОРЕНЬ БУДЕ ДЛЯ УКРАЇНЦІВ БЕЗОПЛАТНОЮ

Інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень визначено пріоритетними напрямками. Вони будуть безоплатними для українців. Національна служба здоров'я України оплатить лікарням ці послуги за підвищеним тарифом. У Програмі медичних гарантій на це виділено близько 1 мільярда гривень.

Впровадження ранньої діагностики онкозахворювань дає можливість врятувати тисячі життів наших громадян. Саме тому інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень - мамографія, гістероскопія, езофагогастроудоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія та бронхоскопія - визначено пріоритетними послугами та будуть безоплатними для українців. На це у Програмі медичних гарантій, що у повному обсязі запрацюють у 2020 році, виділено близько 1 мільярда гривень.

На інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень слід обов'язково мати направлення від сімейного лікаря або іншого лікуючого лікаря.

Підставою для проведення безоплатних інструментальних досліджень є й вік пацієнта. Мамографія призначається жінці від 40 років та старше, гістероскопія – від 50 років та старше. Езофагогастроудоденоскопія, цистоскопія, бронхоскопія для пацієнтів від 50 років і старше, колоноскопія – від 40 років і старше.

Ендоскопія буде кількох видів, зокрема, діагностична, з забором аналізу біопсії та з лікувальною маніпуляцією. Гістологічні обстеження теж входять у вартість, тобто будуть безоплатними для пацієнта. Усі обстеження будуть проводитися із дотриманням стандартів

знеболення.

Україна посідає друге місце в Європі за темпами поширення онкозахворювань. За даними Національного канцер-реєстру, щорічно близько 140 тисяч українців дізнаються, що у них рак. Злоякісні новоутворення вражають в Україні кожного четвертого чоловіка і кожну шосту жінку.

Щороку від раку помирають більше 65 тисяч українців, 35% з них – люди працездатного віку. Показник смертності при цьому є значно вищим в порівнянні з розвинутими країнами Європи.

Українці часто звертаються до лікарів, маючи вже запущені форми онкозахворювань. Це впливає і рівень виживаності, і на вартість лікування. Що раніше виявлено хворобу, то більше шансів у пацієнта успішно її вилікувати.

Щоб отримувати кошти за пріоритетним тарифом заклад має відповідати вимогам Національної служби здоров'я України до надавачів таких послуг, зокрема, мати найсучаснішу медичну апаратуру. Зокрема, мамографія має проводитися лише на цифровому мамографі. При ендоскопії слід використовувати лише відеообладнання. Це – світові стандарти. НСЗУ буде слідкувати за дотриманням вимог. З їхнім переліком можна ознайомитися на сайті НСЗУ. Пацієнт користується - НСЗУ платить.

У Львові відкрито другий центр раннього втручання

У Львові на базі 5-ї міської поліклініки на вул. Виговського, 32, запрацював другий Центр раннього втручання. Про це повідомляє прес-служба Львівської міської ради.

У Центрі з дітьми віком до 4 років працюють фахівці, які допомагають їм розвиватись і адаптуватись їм та їхнім батькам до життя в суспільстві. Також раннє втручання є профілактикою прогресування порушень у дітей.

У Центрі раннього втручання працюють педіатр, дитячий невролог, психолог, логопед (терапевт мови та мовлення), фахівець з фізичної терапії. Раннє втручання дає можливість своєчасно почати інтенсивну корекцію у ранньому віці, коли розвиток дитини особливо піддається впливу і є можливість попередити ускладнення у фізичному та психосоціальному розвитку дитини.

Кожній дитині підбирають індивідуальну програму, щоб батьки вдома, у звичайних для них умовах, виконували вправи, необхідні для розвитку дитини.

Послугу раннього втручання надають за скеруванням сімейного лікаря, дитячого невролога, дитячого психіатра або за попереднім записом при особистому зверненні. Записатись на прийом можна за номером (066) 250 34 62.

Центр укомплектований сучасним сертифікованим обладнанням та відповідними приміщеннями. Загальна вартість його

облаштування становила 1 млн 136 тис. грн (ремонт приміщень – 657,2 тис. грн, обладнання – 478,4 тис. грн).

Програма спрямована на сім'ї, які виховують дітей з порушенням моторного розвитку (хвороба Дауна, ДЦП, спинномозкова кила, артрогрипоз та інші), які народилися без будь-яких проблем, але мають біологічні ризики їх виникнення (недоношеність, перинатальна енцефалопатія, екстремально низька маса тіла при народженні, термін гестації менше 32 тижнів, асфіксія при народженні, тривале перебування у відділенні реанімації на штучній вентиляції легень (ШВЛ), після оперативних втручань), які мають затримку психомовленнєвого розвитку, стани, що з високим ступенем вірогідності приводять до затримки розвитку (захворювання центральної та периферійної нервової системи, гідроцефалія, мікроцефалія, ММД, генетичні синдроми і хромосомні аберації, спадково-дегенеративні захворювання нервової системи, вроджені аномалії розвитку, сенсорні порушення, психічні розлади, аутизм), з комплексними порушеннями розвитку тощо.

Згодом такі Центри планують відкрити й в інших міських поліклініках, щоб ця допомога стала більш наближеною до родин, які її потребують. Зараз ще один Центр раннього втручання у Львові працює на базі 4-ї міської поліклініки, що на Сихові.

За матеріалами сайту Раннє втручання



ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ: КОРОТКО ПРО ВСЕ

Дитячий церебральний параліч або ДЦП – це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу. Слово «церебральний» вказує на стан, що стосується головного мозку, а «параліч» означає «слабкість», труднощі з контролем м'язів.

Церебральний параліч розвивається внаслідок порушення нормального розвитку центральної нервової системи або пошкодження головного мозку, що вражає здатність контролювати свої м'язи. Прояви захворювання різноманітні, і відповідають важкості стану дитини з ДЦП: від потреби у сторонній допомозі впродовж всього життя, до здатності ходити, використовуючи спеціальні засоби, чи навіть цілком самостійно. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) не прогресує з часом, однак, окремі симптоми можуть змінюватись впродовж життя: якщо не надавати дитині ДЦП реабілітаційні послуги, скорочення м'язів та м'язова «скутість» можуть посилитися.



Форми ДЦП

Виділяють чотири основні форми ДЦП в залежності від порушень м'язового тону:

1. **Спастична форма** – напружені м'язи. Спастичний церебральний параліч є найбільш поширеним, і складає 80% всіх випадків. Тонус м'язів підвищений, вони постійно перебувають у стані скорочення, що ускладнює діяльність.

2. **Атактична форма** – порушення рівноваги та координації. Діти з атактичною формою церебрального паралічу мають труднощі з рівновагою та координацією. Це проявляється в них проблемами при ході, а також при швидкому рухові, чи дії, що потребує концентрації та контролю (наприклад, письмо).

3. **Дискінетична форма** – неконтрольована рухова діяльність. При дискінетичному ДЦП спостерігаються неконтрольовані рухи рук чи ніг; вони можуть бути як повільні та гнучкі, так і швидкі та рвучкі. Зазвичай, це створює важкість для рухової діяльності дітей, насамперед вони мають труднощі з сидінням та ходьбою. Іноді уражаються м'язи обличчя і язик, що

призводить до проблем із ковтанням та мовленням. Одним із підтипів цієї форми ДЦП є дистонічний. До його проявів відноситься непостійність тону м'язів, коли період повного розслаблення змінюється періодом сильного напруження. Зміни можуть відбуватися як раз на кілька днів, так і декілька разів на день.

4. **Змішана форма** – неможливо виділити ознаки тільки однієї форми ДЦП, що переважає більше, натомість проявляються симптоми різних типів одночасно. Найчастішим поєднанням є спастично-дискінетичний.

Також ДЦП класифікують за такими ознаками:

- За ураженими частинами тіла:

- **Геміплегія** (ураження однієї половини тіла – правої або лівої).
- **Диплегія** (параліч, що вражає обидві половини тіла, але більшою мірою ноги).
- **Тетраплегія** (ураження рук та ніг).

- За порушеннями руху:

- Використовується Система класифікації великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS).

Симптоми ДЦП

Іноді симптоми ДЦП можна виявити відразу при народженні, а саме під час того, коли лікар оглядає дитину і оцінює її стан, але найчастіше діагноз встановлюють тільки у віці одного-двох років. Дитячий церебральний параліч може супроводжуватись симптомами, які дуже різняться в залежності від форми ДЦП.

Головна ознака, яка може насторожити на думку про загрозу виникнення ДЦП, є рухові порушення, що проявляються в період розвитку дитини (особливо беруться до уваги такі важливі навички, як вміння тримати голову, перевертатись зі спини на живіт, сидіти, повзати, стояти та ходити).

До симптомів також можна віднести:

- Зміни м'язового тону: від повного розслаблення до сильного напруження.
- Сильне напруження м'язів + підвищені рефлексії (спастика) - часто у вигляді вигинання тіла дитини в один бік, асиметричне положення кінцівок.
- Порушення координації рухів (атаксія).
- Повільні, гнучкі рухи (атетоз).
- Тремор або неконтрольовані безладні рухи.
- Діти виказують безпричинний неспокій або в'ялість.

Вторинними проявами бувають: розлади смоктання, ковтання, слинотеча; затримка у розвитку мови; судороги (епілепсія); порушення зору, слуху; порушення розумового розвитку.

Фактори ризику і причини розвитку ДЦП

ДЦП виникає внаслідок ураження нервової системи дитини - внутрішньоутробного (80% випадків), або після народження (20%).

Через дію різноманітних чинників відбувається ураження головного мозку дитини, зокрема, ділянок, що відповідають за рух.

До найрозповсюдженіших відносять такі фактори ризику:

Недоношеність і низька маса тіла новонародженої дитини; Гіпоксія дитини внутрішньоутробно, під час чи зразу після народження; Інфекційні ураження мозку дитини; Розлади системи згортання крові дитини; Пошкодження головного мозку дитини через травму чи крововилив у мозок; Вірусні та інфекційні захворювання матері та плоду під час вагітності; Захворювання щитоподібної залози у матері; Вплив хімічних речовин та шкідливих звичок при вагітності (в тому числі, професійні шкідливості, куріння, вживання наркотиків); Гемолітична хвороба новонародженого; Генні мутації; Ускладнення при вагітності та пологах (рідкісна причина ДЦП, ніж прийнято вважати. До них належать від 5 до 10% випадків).

Жоден з перелічених факторів не обов'язково призводить до появи ДЦП, проте їх наявність підвищує ризик його виникнення.

www.kozyavkin.com

СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ З ДЦП: СТАН ДОКАЗІВ

Поняття Дитячий Церебральний Параліч існує вже більше ста років, сама хвороба існувала без назви протягом всієї історії людства. Однак, незважаючи на свою довгу історію, і дотепер немає єдності в поглядах на цю проблему. Дуже багато міфів та вірувань навколо цієї патології досі є присутні серед родин дітей з ДЦП. Навіть у середовищі спеціалістів є багато вірувань та переконань, які сформувались впродовж тривалого часу клінічної діяльності щодо ефективності певних видів реабілітаційних втручань.

Завдяки розвиткові медицини заснованої на доказах ця ситуація у цілому світі спонукала до того, що у 2013 році було завершено систематичний огляд ефективності втручань при церебральному паралічі, яке нарешті дало відповіді щодо того, що дійсно працює, а що ні: «A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence». (Новак, Іона та ін. "Систематичний огляд втручань для дітей з ДЦП: стан доказів". Медицина розвитку та дитяча неврологія 55.10 (2013): 885-910).

Всього було проаналізовано 33 485 статей з усього світу, з яких 166 відповідали критеріям включення (вимогам щодо високої якості проведених досліджень з мінімальними помилками під час проведення). Такий підхід дозволив авторам проаналізувати лише високоякісні дослідження з мінімальними систематичними помилками, уникаючи досліджень на результати яких повпливали помилки. До систематичного огляду було включено високоякісні дослідження починаючи з 1983 року по 2013 рік.

Загалом всі втручання були розподілені на три групи: зелену групу, жовту та червону. Зелена група включала втручання ефективність яких є точно доведеною та рекомендується до застосування у клінічній практиці, жовта група охоплювала втручання, які мають суперечливі докази ефективності, і червона група – втручання, застосування яких несе загрозу для дитини і їх необхідно припинити використовувати у клінічній діяльності.

Кожне втручання було кодоване за допомогою Міжнародної класифікації функціонування за бажаним результатом втручання. Зі 131 типів втручання для дітей із ДЦП, виявленими у цьому дослідженні, 66 (51%) були спрямовані на рівні структури тіла та функцій; 39 (30%) були спрямовані на рівень активності; 7 (5%) були спрямовані на рівень участі; 8 (6%) були спрямовані на рівень навколишнього середовища; а решта 11 (8%) були спрямовані на поєднання рівнів ICF.

Одержані результати продемонстрували, що ефективними виявилися наступні втручання для ДЦП, які потрапили в зелену групу:

- (1) ботулінічний токсин, діазепам та селективна дорсальна ризотомія для зменшення спастичності м'язів;
- (2) лонгетування для збільшення та підтримки наявного діапазону руху гомілковостопного суглобу;
- (3) правильне позиціонування стегна для підтримки цілісності кульшового суглоба;
- (4) рухова терапія, індукована обмеженням, бімануальне тренування, терапія орієнтована на досягнення конкретної мети/функціональне тренування, ерготерапія після ін'єкції ботулінікотоксину та домашня програма для покращення самоогляду;
- (5) тренування для поліпшення загального фізичного стану;
- (6) бісфосфонати для поліпшення щільності кісток;
- (7) менеджмент пролежнів для зменшення ризику виникнення пролежнів;
- (8) протисудомні препарати для боротьби з судомою.

Висока частка (70%) втручань при ДЦП мали докази нижчого рівня, що або недостатньо підтверджують їх ефективність, або наявні непереконливі докази, таким чином відносячи їх до жовтої групи.

Сюди потрапили голковколювання; ін'єкції алкоголю (внутрішньом'язові ін'єкції для зменшення спастичності); терапія, що надається тваринами; допоміжні технології; баклофен (перорально); поведінкова терапія та когнітивна поведінкова терапія; навчання комунікації; кондуктивна педагогіка; підтримка та консультації; пероральний датролен; менеджмент дисфагії; раннє втручання (для рухового результату); електрична стимуляція; фундоплекція; гастростомія; операції на руці; операція на стегні; іпотерапія; гідротерапія; інтратекальний баклофен; масаж; ортези; орально-рухова терапія; ортопедична хірургія; навчання батьків; фенол (внутрішньом'язові ін'єкції); ігрова терапія; сидіння та позиціонування; сенсорне сприйняття; одномоментне багатоцільове оперативне втручання; соціальна історія; коротка терапія, орієнтована на певну проблему;

Продовження на 7 стор.

СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ З ДЦП: СТАН ДОКАЗІВ

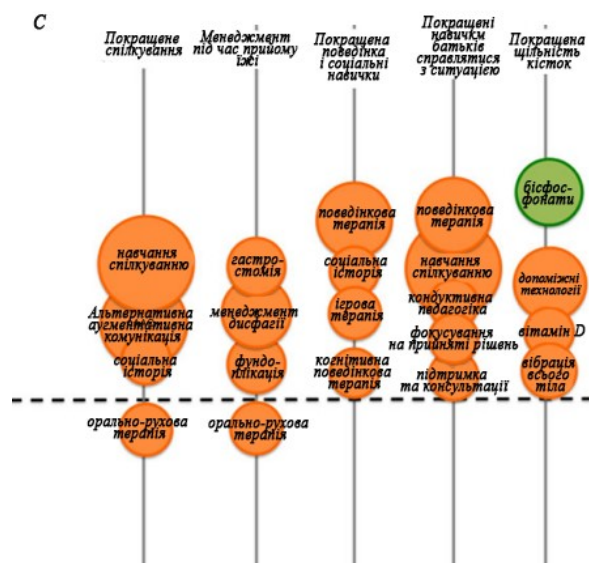
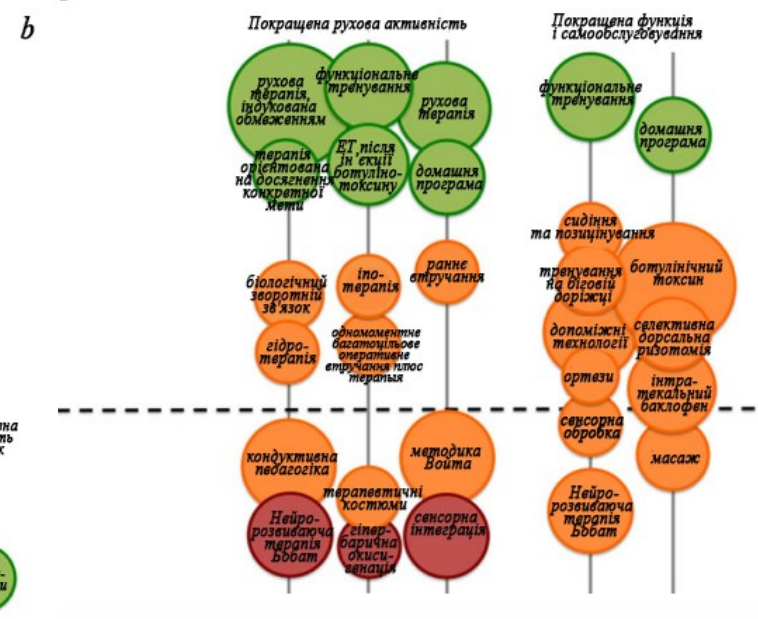
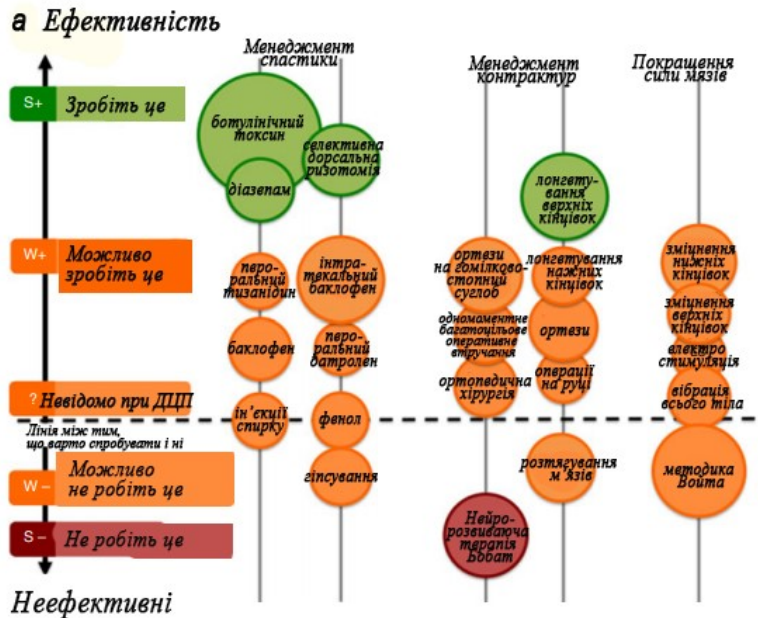
Мал. 1

Закінчення. Початок на 6 стор.

тренування; розтягування м'язів; терапевтичні костюми; пероральний тизанідин; тренування на біговій доріжці; пероральний вітамін D; методика Войта; і вібрація всього тіла. Необхідно сказати, що якість доказів цієї групи була дуже неоднорідною і сюди потрапили втручання, які мають середні результати у високоякісних дослідженнях, і втручання, які мають гарні результати у низькоякісних дослідженнях.

До червоної групи потрапили втручання, застосування яких необхідно припинити через доведену неефективність: краніосакральна терапія, ортезування кульшового суглоба, гіпербарична оксигенація, Нейророзвиваюча терапія Бобат (NDT) та сенсорна інтеграція. Відповідно існують ефективні альтернативи, які здатні забезпечити такий же самий клінічний результат без шкоди для дитини.

Ви можете обговорити результати цього дослідження з вашим фізичним терапевтом для зміни або коректування плану фізичної терапії. Обирайте фізичного терапевта, який будує власну клінічну діяльність на засадах науково-обґрунтованої практики і який використовує втручання, ефективність яких є доведеною, уникаючи тих втручань, неефективність яких є доведена.



На представлених малюнках чим більшим є коло, тим більше є доказів, які підтримують цю позицію втручання.

Джерело: Іона Новак, та ін. "Систематичний огляд втручань для дітей з ДЦП: стан доказів". Медицина розвитку та дитяча неврологія 55.10 (2013): 885-910.

Переклад Микола Романишин, к.п.н., старший фізичний терапевт Київської обласної клінічної лікарні

Мал. 2

ЮРИДИЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ**ЗАПИТУЄТЕ – ВІДПОВІДАЄМО**

Консультують представники міністерств та відомств



До якого саме (обласного чи місцевого) органу соціального захисту слід звертатися законним представникам дітей з інвалідністю внаслідок ДЦП для фінансування реабілітаційних послуг за рахунок коштів бюджетної програми 2507100 „Реабілітація дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу“?

Відповідь: Для забезпечення дитини з інвалідністю внаслідок ДЦП реабілітаційними заходами один із батьків дитини чи її законний представник подає до місцевого органу заяву про направлення дитини до реабілітаційної установи у довільній формі із зазначенням інформації про вибрану реабілітаційну установу разом з копіями:

- паспорта громадянина України та/або свідоцтва про народження, та/або іншого документа, що посвідчує особу дитини;
- індивідуальної програми реабілітації, що видана лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу; виписки з медичної карти амбулаторного хворого (форма № 027/о).

Місцевий орган – структурні підрозділи з

питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах (у разі їх утворення) рад.



Чи може дитина з інвалідністю внаслідок ДЦП забезпечуватися реабілітаційними заходами щороку?

Відповідь: Забезпечення реабілітаційними заходами дітей з інвалідністю внаслідок ДЦП здійснюється відповідно до індивідуальної програми реабілітації. Постанова 309 діє лише на 2019 рік. Також, діти з інвалідністю різних нозологіч-

них форм захворювання можуть бути забезпечені реабілітаційними послугами відповідно до Постанови 80. Даний Порядок визначає механізм надання особам з інвалідністю та/або дітям з інвалідністю, та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності), послуг із комплексної реабілітації (абілітації).



Чи потрібно вказувати в індивідуальній програмі реабілітації дитини назву реабілітаційної установи?

Відповідь: Обсяг, терміни проведення, місце проведення реабілітаційних заходів для дітей з інвалідністю внаслідок ДЦП визначаються лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу при складанні індивідуальної програми реабілітації.

Державною типовою програмою реабілітації інвалідів, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686 (зі змінами) внесення інформації до індивідуальної програми реабілітації щодо назви реабілітаційної установи не передбачено.

**За матеріалами сайту
Мінсоцполітики**

