

УДК 351.84

М. Е. Кропивницька

заступник директора Департаменту аналітичного та організаційного забезпечення діяльності керівництва Міністерства – начальник відділу оперативного-аналітичного забезпечення керівництва Департаменту аналітичного та організаційного забезпечення діяльності керівництва Міністерства соціальної політики України, аспірант Національної академії державного Управління при Президентові України

МІЖНАРОДНА ПРАКТИКА СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

У статті досліджено основні цілі, підходи та принципи, складники системи раннього втручання на основі аналізу міжнародного досвіду. Визначено місце раннього втручання у державній системі надання послуг для дітей та сімей. Надано пропозиції щодо використання міжнародного досвіду у процесі створення, розвитку та функціонування єдиної комплексної міжвідомчої системи раннього втручання в Україні.

Ключові слова: інвалідність, медична послуга, раннє втручання, реабілітація, сімейно-центрований підхід, соціальна послуга, міжнародний досвід.

Постановка проблеми. Міжнародна практика свідчить, що понад 15% дітей раннього віку мають затримки у розвитку і вимагають послуг раннього втручання (РВ) [1].

В Україні натеper через відсутність відповідних статистичних спостережень немає точних даних щодо кількості дітей раннього віку, які мають інвалідність та можуть мати ризик отримати інвалідність і потребують послуги раннього втручання. За нашими розрахунками, чисельність дітей із встановленою інвалідністю по країні у цілому стосовно дитячого населення віком 0–17 років на 1 січня 2015, 2016 та 2017 років становила відповідно 1,98%, 2,02% та 2,05%. За останні 6 років це співвідношення залишалось відносно стабільним і становило приблизно 2,04% у середньому за період, причому за останні 2 роки спостерігається незначна тенденція до зростання. Порівнюючи цей показник із чисельністю постійного населення віком 0–4 років (2 224,08 тис. осіб на 01.01.2017), можна припустити, що не менше 45–50 тис. дітей раннього віку потребують постійного медико-соціально-педагогічного супроводу, а їхні родини відповідного соціального супроводу [2].

Розподіл дітей з інвалідністю до 18 років за причинами інвалідності в Україні підтверджує це припущення і свідчить про високу питому

вагу кількості уроджених аномалій, деформацій і хромосомних аномалій (31,12% на 01.01.2017) та зростання їх кількості за останні 6 років на 3,9%. Іншу вагому групу причин інвалідності дітей (31,05% на 01.01.2017) становлять розлади психіки та поведінки і хвороби центральної нервової системи, кількість яких у 6-річному періоді має тенденцію до скорочення (на 10,5% станом на 01.01.2017 порівняно з даними на 01.01.2011), проте за останні 2 роки залишається стабільною. Ще 4,3% причин інвалідності дітей становлять хвороби кістково-м'язової системи.

Відповідно до міжнародних підходів до оцінювання кількості дітей з особливими потребами віком 0–4 роки може становити в Україні приблизно 270–280 тис. осіб [1; 2].

У відповідь на виклики, пов'язані з ризиками щодо здоров'я та розвитку дітей, а у перспективі – дорослого населення країни, у міжнародній, а у теперішній час і в національній практиці, особливого розвитку набуває раннє втручання, яке є технологією профілактики порушень розвитку дитини та функціонування її сім'ї за рахунок професійної підтримки сильних сторін і задоволення потреб дитини, інтеграції та адаптації до життя в родині, в середовищі однолітків та у суспільстві загалом.

Впровадження та розвиток цього напрямку надання послуг дітям наймолодшого віку, орієнтованого на сім'ю, для України є досить новим, тому потребує вивчення та аналізу міжнародного досвіду з метою його застосування як на практичному, так і на науковому рівнях.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Суспільна значущість окреслених питань для розвитку інклюзивного суспільства та їх неврегульованість на законодавчому рівні зумовила досить високий рівень інтересу до них у наукових колах.

Окремих аспектів проблеми раннього втручання торкалися вітчизняні науковці та практики Н. Ашиток, Б. Буховець, О. Дубровіна, Н. Міхановська, Т. Міщук, Г. Кукуруза, А. Кравцова, І. Пасічник, О. Савченко та ін.

Також значну увагу цим питанням у своїх роботах приділяли закордонні дослідники раннього втручання, зокрема С. Барет, Ж. Боавіда, М. Гуральнік, Р. Маквільям, С. Меїсілс, Т. Мур, Н. Доброва-Крол, А. Серано, Д. Хекман, Д. Шонкоф.

Питання охорони дитинства, проблеми, пов'язані із намаганням запобігти інвалідизації дітей, займають важливе місце у галузі науки державного управління. Зокрема, ці проблеми досліджували М. Кравченко, Л. Кривачук, М. Білинська, Я. Радиш та ін.

Однак усупереч певному науковому інтересу до проблематики раннього втручання не втрачає своєї актуальності потреба в комплексному дослідженні всіх складників раннього втручання у вітчизняній системі надання медико-соціальних послуг дітям, зокрема з інвалідністю, та їхнім сім'ям. Необхідно досліджувати зарубіжний досвід, щоб забезпечити єдині підходи та методи раннього втручання, що базуються на основі найкращих світових практик щодо дітей з інвалідністю та із ризиком отримати інвалідність.

Мета статті. Головною метою цієї роботи є дослідження міжнародної практики щодо основних цілей, завдань, підходів та складових елементів системи раннього втручання та її місця у державній системі надання послуг для дітей для вироблення практичних рекомендацій у сфері реалізації раннього втручання в Україні.

Виклад основного матеріалу. У міжнародній практиці раннє втручання являє собою комплексну систему допомоги родині, в якій виховується дитина з інвалідністю чи ризиком інвалідності у майбутньому, і призначена для своєчасного виявлення, лікування та профілактики

захворювань, що спричинили це становище, надається дітям у ранньому віці міждисциплінарною командою фахівців. Раннє виявлення ризиків порушення чи відставання у розвитку дитини слугує проведенню своєчасної реабілітації (абілітації), коли вона ще піддається зовнішньому впливу з боку відповідних фахівців і є можливість попередити ускладнення її розвитку та життя на фізичному та психосоціальному рівнях.

На міжнародному рівні раннє втручання довело свою ефективність, економічність та спроможність підвищувати шанси дітей з особливими потребами найбільш повно використовувати свій потенціал.

Станом на сьогодні в Україні є багато закладів охорони здоров'я, освіти та соціального захисту різних форм власності, які надають послуги для дітей з проблемами розвитку. Погоджуємось з автором [3], що ці послуги носять фрагментарний характер, надаються в окремих регіонах з розвинутою мережею соціальних послуг і не є загальнодоступними порівняно із системою раннього втручання, яка може бути побудована на державному рівні і спрямована на профілактику інвалідності та комплексне вирішення проблем таких дітей (до 3–4 років) на ранніх стадіях.

У контексті реформування систем охорони здоров'я та соціального захисту в Україні раннє втручання визначає відхід від застарілої медичної моделі, у якій інвалідність розглядалася суто як медична проблема, яка не брала до уваги батьків як обов'язкових учасників процесу розвитку та соціалізації дитини з інвалідністю, а також зв'язки із закладами й установами соціального захисту населення, освіти та неурядовими організаціями.

Згідно з філософією раннього втручання кращий спосіб допомогти дитині – це допомогти батькам. Чим раніше батьки отримують кваліфіковану допомогу, тим кращі шанси матиме дитина на розвиток. Адже найбільше мозок розвивається з моменту народження до трьох років [4].

У багатьох країнах світу зростає кількість та різноманітність програм раннього втручання у відповідь на виклики, пов'язані з необхідністю забезпечити відповідними послугами потреби дітей з інвалідністю та із ризиком інвалідності. Незважаючи на особливості таких програм у контексті соціально-культурних, суспільних, економічних та політичних процесів у різних

країнах, цілі, зміст, складники ефективності систем раннього втручання є універсальними.

Загальними для усього світу цілями, базуючись на їх систематизації, представленій у роботі Наталії Добрової-Крол, доктора філософії у галузі наук про дітей та сім'ю, є [5, с. 8]:

- раннє виявлення порушень у розвитку немовляти і дитини раннього віку;

- забезпечення послугами дітей раннього віку, що мають порушення розвитку або ризик отримати такі порушення, з метою уникнення або мінімізації можливої затримки розвитку;

- формування і розвиток здатності дітей раннього віку, що мають порушення або ризик їх виникнення, до самостійного життя в суспільстві;

- скорочення витрат на спеціальну освіту дітей і зменшення таким чином потреби в спеціальній освіті та догляді після досягнення ними шкільного віку на базі розвитку інклюзивної освіти;

- надання допомоги батькам у створенні оптимальних умов для розвитку і навчання дитини в умовах сім'ї і місцевої громади;

- підвищення рівня компетентності батьків та інших членів сім'ї або інших законних представників, які здійснюють догляд за дитиною, що приводить до розширення і зміцнення їхніх можливостей щодо задоволення особливих потреб своєї дитини;

- сприяння соціальній інтеграції сім'ї та дитини;

- запобігання інвалідизації та інституціоналізації дітей за допомогою забезпечення медико-соціальних послуг та програм розвитку для дітей та підтримки і навчання для їхніх батьків.

У країнах Східної Європи, зокрема і в Україні, у зв'язку із тривалим застосуванням у суспільстві моделі, що сприяла інституціоналізації дітей з інвалідністю та соціальному відторгненню осіб з інвалідністю та їхніх сімей, специфічними цілями виступають запобігання відмови батьків від дитини, потрапляння дитини до інституційного закладу, запобігання інвалідизації дитячого населення та руйнування сімей через те, що один з батьків (найчастіше чоловік) ішов з родини.

До завдань раннього втручання відносяться [5, с. 8–9]:

- інформаційна та емоційна підтримка сімей;

- мобілізація ресурсів сімей та забезпечення зв'язків з іншими людьми в їх найближчому оточенні та місцевому співтоваристві;

- систематична оцінка рівня розвитку дитини;

- розробка і реалізація спільно з сім'єю індивідуальної програми втручання;

- координація та взаємодія з іншими службами, що забезпечують надання послуг для дітей і їхніх сімей;

- організація груп підтримки для сімей.

Виконання цих завдань можливе за наявності у країні мережі закладів, що надають таку послугу. Для країн, де система раннього втручання ще не функціонує на національному рівні, найбільш актуальним завданням для організації та розвитку такої системи є розробка та прийняття загальнонаціонального стандарту послуги раннього втручання та утворення мережі служб/відділень/центрів раннього втручання.

Базуючись на положеннях документів, прийнятих Саламанкською Всесвітньою конференцією з освіти осіб з особливими потребами (Іспанія, 1994 рік), як до надання освітніх послуг для дітей з особливими потребами, так і до служб раннього втручання висувуються такі загальні вимоги [5, с. 11–12; 6]:

- Загальна доступність. Як правило, послуги раннього втручання є загальнодоступними і надаються дітям та їхнім сім'ям на їхнє прохання в певний період життя дитини. При цьому сім'ї можуть звертатися за власним бажанням або за направленням інших установ/закладів/організацій.

- Географічна доступність. Важливо, щоб послуги раннього втручання пропонувалися недалеко від місця проживання сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. У багатьох країнах приділяється особлива увага подоланню різниці в наданні послуг міському та сільському населенню.

- Фінансова доступність. У всіх країнах з розвиненою системою раннього втручання послуги дітям та їхнім сім'ям пропонуються безкоштовно або за мінімальну плату. Фінансування здійснюється з державного бюджету, що надходить з систем охорони здоров'я, соціального захисту та освіти. Фінансування також може здійснюватися через страхову медицину або через недержавні некомерційні організації. Різні форми фінансування часто співіснують. Іноді послуги пропонуються приватними центрами й оплачуються самими батьками, що суперечить принципу фінансової доступності послуги.

- Міждисциплінарна робота. Дослідження і практичний досвід показують, що міждисциплінарна командна робота є найбільш ефективною моделлю, що дає змогу задовольняти спе-

цифічні потреби дітей та їхніх сімей. До складу міждисциплінарної команди зазвичай входять: педіатр, фізичний терапевт (фахівець з фізичної реабілітації), спеціальний педагог, фахівець з комунікації (фахівець з альтернативних немовних форм комунікації), логопед, психолог, фахівець із соціальної роботи, адміністратор. Також до команди можуть входити ерготерапевт, фахівці з оцінки зору і слуху та інші фахівці.

– Різноманітність програм і послуг. Ця вимога безпосередньо пов'язана як з різними потребами дітей та їхніх сімей, так і з постійною зміною потреб зростаючої дитини та сім'ї. Міждисциплінарність і міжвідомчий підхід є важливими передумовами в забезпеченні такої різноманітності.

В основі розвитку раннього втручання у країнах світу лежить філософія зосередженості на сім'ї, яка включає розуміння дитини в обставинах життя сім'ї і повагу до проблем, пріоритетів, ресурсів, цінностей, переконань і щоденного життя сім'ї, що отримало назву сімейно-центрованого підходу.

Іншим важливим аспектом раннього втручання є забезпечення оптимального навчального середовища для дитини на щоденній основі. Тобто система раннього втручання має на меті не тільки роботу з дітьми, а й з тими, хто піклується про них, і забезпечує можливість набуття досвід і навички взаємодії з оточуючими у природному середовищі.

Для порівняльного аналізу серед інших європейських країн було обрано досвід розвитку системи послуг раннього втручання в Португалії, Франції, Словенії та Греції. Обрані країни мають різні передумови, історію розвитку та особливості національних систем раннього втручання. Проте вивчення їх досвіду дає змогу ознайомитись із сучасними функціональними та ефективними системами надання послуг (Португалія, Франція), що можуть слугувати прикладом для запровадження такої системи в Україні.

Основні складники системи раннього втручання, які сформовані на базі передових практик у названих країнах, представлені у таблиці 1.

Порівняння складників раннього втручання свідчить, що діти отримують послугу від народження до віку вступу до закладів освіти (з обраних країн найдовше – до 7 років послугу надають у Греції). Направляти дітей для отримання послуги можуть, як правило, батьки або лікарі, а також педагогічні працівники (у всіх країнах,

Таблиця 1

Порівняння основних складників системи раннього втручання в різних країнах Європи

Основні питання для аналізу складників системи раннього втручання у країнах, що порівнюються	Країни			
	Португалія	Словенія	Франція	Греція
У якому віці (років) діти отримують послугу?	0–6	0–6	0–6	0–7
Хто може направляти дітей для отримання послуги РВ?	Лікарі первинної медичної допомоги; педагоги; фахівці з соціальних послуг; батьки.	Педіатри у системі первинної медичної допомоги.	Медичні, парамедичні, соціальні або освітні служби; батьки.	Батьки; педіатри; вихователі.
За рахунок яких коштів фінансується надання послуги РВ?	Державного бюджету; неурядових організацій.	Медичного страхування.	Медичного страхування (до 80% потреби) та місцевих бюджетів (до 20% потреби).	Державного бюджету; місцевих бюджетів; неурядових організацій.
Чи батьки платять за послуги, що надаються громадськими (некомерційними) організаціями?	Ні.	Ні.	Ні.	Ні.
Чи надаються послуги приватними центрами? Чи існує державна компенсація вартості надання послуг?	Послуги РВ надаються приватними центрами. Держава надає компенсацію вартості послуг РВ.	Послуги РВ приватними центрами не надаються.	Послуги РВ приватними центрами не надаються.	Послуги РВ надаються приватними центрами, держава покриває частину вартості послуги.

Закінчення таблиці 1

Як географічно розташовані служби РВ стосовно отримувачів послуг?	Розташовані досить близько, щоб професіонали та батьки могли легко добиратись.	Існує мережа з 21 команди (служби з розвитку), які розміщуються у регіонах на відстані не більше, ніж 100 км одна від одної.	На відстані, яку можливо подолати не більше ніж за 30 хвилин на авто. Транспорти або таксі фінансуються окремо за рахунок медичного страхування.	Послуга доступна у головних містах та на регіональному рівні.
Скільки годин на тиждень сім'я отримує послугу?	1–2 години.	1–2 години.	2–4 години.	90 хвилин, але час може бути збільшено залежно від графіка та потреби.
Склад команди	У цих чотирьох країнах приблизно однаковий склад міждисциплінарної команди (педіатр, дитячий психіатр, психолог з питань розвитку, дошкільний психолог, терапевт, ерготерапевт, соціальний працівник).			
Чи оплачує медична страховка послугу раннього втручання?	Ні, не оплачує.	Так, оплачує.	Так, оплачує.	Так, оплачує.
Чи існує інклюзивна форма освіти?	Так, 100% після 6 років; 90% у 3–5 років.	Так, існує закон про інклюзію дітей з особливими потребами. У дитячих садках близько 1,5% дітей з особливими потребами, у звичайних початкових школах 4,5% та 2% у спеціальних школах (станом на 2010 рік).	Більшість дітей зараховується до звичайної школи, за винятком дуже важких випадків поліінвалідності, що потребують складного та стаціонарного обладнання. Однак деякі з них після шестирічного віку можуть скористатися згодою батьків на спеціалізоване або адаптоване навчання. Більшість дітей віком від 3 років зараховується до загальноосвітніх навчальних закладів, хоча навчання не є обов'язковим до шести років.	Є форма інклюзивної освіти на всіх рівнях, визначених відповідним законодавством. Дітей з інвалідністю або з особливими освітніми потребами зараховують до загальної початкової школи, за винятком тих, хто має важку ступінь інвалідності й потребує спеціальної медичної допомоги.
Чи здійснюється виявлення порушень розвитку у пренатальному періоді розвитку дитини?	Так, під час гінекологічних оглядів у клініці, регулярних обстежень вагітних.			
У разі виявлення порушень розвитку, які існують медичні показання для абортів?	Важкі та погані прогнози через вади розвитку плода (до 24 тижнів вагітності); до 16 тижнів у разі порушень; до 10 тижнів за бажанням матері.	За умов діагностування тяжких вад розвитку плода рішення про рекомендації щодо абортів приймає спеціальна комісія.	Рішення про рекомендації щодо абортів у Франції приймає спеціальний комітет. Аборти можливі на будь-якому терміні вагітності відповідно до встановленої медичної процедури, якщо здоров'я матері в небезпеці або доведено інвалідність дитини.	3 будь-якої причини аборт можливий до 12 тижнів; та з причин, що стосуються стану здоров'я матері та дитини, до 24 тижнів вагітності.

Джерело: розроблено автором із використанням матеріалів звітів у рамках проекту технічної допомоги Європейського Союзу Twinning «Підтримка органів влади України в розробці законодавчих та адміністративних засад для запровадження системи раннього втручання та реабілітації дітей з інвалідністю і дітей, які мають ризик отримати інвалідність», бенефіціаром якого є Міністерство соціальної політики України [7]

крім Словенії), а у Португалії та Франції – фахівці з соціальних послуг. Фінансування надання послуги здійснюється у Португалії та Греції переважно за рахунок державного бюджету та коштів неурядових організацій. У Словенії та Франції – за рахунок коштів медичного страхування. Також у Франції до 20% фінансових потреб покривається за рахунок коштів місцевих бюджетів. (В усіх країнах функціонує система обов'язкового державного медичного страхування, яка перебуває під контролем центральних урядів, якою охоплено приблизно 4/5 населення.)

Медична страховка оплачує послугу в усіх країнах, крім Португалії.

Таким чином, безкоштовне надання послуги забезпечено в усіх країнах, навіть за умов надання послуги неурядовими організаціями. Приватними центрами послуги надаються лише у Португалії та Греції, в останній держава у такому разі компенсує тільки частину вартості послуги.

В усіх країнах наявна інклюзивна форма освіти, причому на всіх рівнях, як на дошкільному (віком 3–5 років), так і на рівні початкової школи (від 6 років), за винятком дуже важких випадків поліінвалідності, що потребують спеціальної медичної допомоги.

Слід також зауважити, що в усіх розглянутих країнах здійснюється виявлення порушень розвитку дитини у пренатальному періоді розвитку під час регулярних обстежень вагітних,

тобто потреба у послугі раннього втручання визначається у деяких випадках ще до народження малюка.

Висновки і пропозиції. У статті досліджено міжнародний досвід та узагальнено результати порівняння чотирьох європейських країн (Португалії, Словенії, Франції та Греції) щодо основних цілей, завдань, підходів та складових елементів системи раннього втручання та її місця у державній системі надання послуг для дітей, визначено першорядні підходи, які мають бути враховані у процесі формування державної політики з раннього втручання в Україні.

Вирішальні для нашої країни підходи щодо запровадження та розвитку системи надання послуг раннього втручання на базі аналізу європейського досвіду представлені в таблиці 2.

Важливим кроком на шляху побудови національної системи раннього втручання відповідно до міжнародних підходів та принципів стало прийняття Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2016 р. № 948-р «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя», яким затверджено план заходів з реалізації у 2017–2020 роках вищезгаданого пілотного проекту. Відповідно до зазначеного плану заходів у чотирьох пілотних областях – Закарпатській, Львівській, Одеській і Харківській, розпочато

Таблиця 2

Першорядні підходи, які мають бути враховані у процесі формування державної політики з раннього втручання в Україні

Підходи	Сутність
<i>Забезпечення наявності послуги</i>	Послуга раннього втручання має охопити всіх дітей і сім'ї, які потребують допомоги, шляхом утворення національної мережі центрів (відділень, кабінетів) раннього втручання.
<i>Наближеність до споживачів</i>	Послуга має бути максимально наближена до сімей на місцевому рівні, на рівні громад.
<i>Доступність (фінансова)</i>	Послуги мають надаватися безкоштовно за кошти державного, місцевого бюджетів за рахунок фінансування органів системи охорони здоров'я, соціального захисту або освіти та/або ресурсів неурядових організацій.
<i>Сімейно-центрований підхід</i>	У центрі уваги для надання послуги перебуває не окрема дитина, а сім'я, у якій вона живе і розвивається.
<i>Міждисциплінарна робота</i>	Міждисциплінарна робота у команді фахівців з раннього втручання, що спеціалізуються у різних дисциплінах, сприяє обміну інформацією та досвідом між членами команди задля досягнення спільної мети.
<i>Створення системи підготовки та підвищення кваліфікації фахівців з раннього втручання</i>	Забезпеченість кадрами є передумовою успішного запровадження послуги раннього втручання.
<i>Реалізація міжгалузевого характеру послуги</i>	Надання послуги передбачає поєднання медичних, соціальних та освітніх складників та узгодженість з питань раннього втручання у роботі відповідних міністерств.

Джерело: розроблено автором

організаційну, координаційну, підготовчу діяльність, а також роботу з навчання команд фахівців, які задіяні у системі надання послуг раннього втручання.

Відповідно до вищезазначеного розпорядження Міністерством соціальної політики та Міністерством охорони здоров'я України підготовлений проект спільного Наказу Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, яким мають бути затверджені Тимчасове типове положення про центр (відділення, кабінет) раннього втручання; Тимчасовий типовий порядок міжвідомчої взаємодії закладів/установ/органів незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування з метою надання послуги раннього втручання, Тимчасовий порядок раннього виявлення у дітей відставання та порушення розвитку тощо. Наразі проект Наказу проходить погодження заінтересованими органами.

Відповідно до Указу Президента України від 13 грудня 2016 р. № 553/2016 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» розроблення і затвердження концепції створення та розвитку системи послуг раннього втручання визначено одним з першочергових заходів щодо активізації роботи із реалізації положень Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю. Зазначена концепція має стати базовим складником законодавчого підґрунтя розвитку системи послуг раннього втручання в Україні.

У зв'язку з цим на початку 2018 року фахівцями Міністерства соціальної політики України за безпосередньої участі автора цієї статті підготовлено проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції створення та розвитку системи послуг раннього втручання в Україні», який перебуває у процесі проходження процедури погодження заінтересованими органами.

Все вищевикладене дає змогу зробити висновки стосовно того, що в Україні є передумови для запровадження функціональної та ефек-

тивної системи раннього втручання відповідно до вимог міжнародного досвіду у цій сфері.

Список використаної літератури:

1. Brown, S. E., Guralnick, M. J. (2012). International Human Rights to Early Intervention for Infants and Young Children with Disabilities: Tools for Global Advocacy. *Infants Young Child*. 2012 Oct-Dec; 25(4): 270–285. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4514513/>
2. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2016 року. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2017 року. Статистичний збірник. Державна служба статистики України: Київ. 2016, 2017; Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ. 2017. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Система раннього втручання як один із напрямів проведення соціальних реформ в Україні. *The Economist*. 17 Июль 2017. URL: <https://economistua.com/sistema-rannogo-vtruchannya-yak-odin-iz-napryamiv-provedennya-sotsialnih-reform-v-ukrayini/>
4. «Батьки – це найкращі лобісти раннього втручання», – фахівець із соціальної роботи Великої Британії, котра сподівається, що одного дня в Україні не буде потреби в притулках. URL: https://euukrainecoop.net/2017/06/02/early_intervention/
5. Доброва-Крол Н. Раннее вмешательство: Ключевые аспекты и международный опыт. Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). К., 2014. 48 с. URL: <http://www.lib.knigi-x.ru/23pedagogika/22710-1-ranee-vmeshatelstvo-klyuchevie-aspekti-mezhdunarodniy-opit-nataliya-dobrova-krol-mezhdunarodniy-detskiy-fond-oon-yuni.php>
6. United Nations Scientific, Educational and Cultural Organization (UNESCO) & Ministry of Education and Science, Spain Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. 1994 Adopted by the World Conference on Special Needs Education: Access and Quality. Retrieved March 22, 2012. URL: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF
7. Міністерство соціальної політики України. / Офіційний веб-портал: URL: <http://www.msp.gov.ua/timeline/Ranne-vtruchannya.html>

Кропивницкая М. Э. Международная практика становления и развития системы раннего вмешательства: опыт для Украины

В статье исследованы основные цели, подходы и принципы, составляющие системы раннего вмешательства на основе анализа международного опыта. Определено место раннего вмешательства в государственной системе предоставления услуг для детей и семей. Даны предложения по использованию международного опыта в процессе создания, развития и функционирования единой комплексной межведомственной системы раннего вмешательства в Украине.

Ключевые слова: *инвалидность, медицинская услуга, раннее вмешательство, реабилитация, семейно-центрированный подход, социальная услуга, международный опыт.*

Kropivnytska M. E. International practice of set-up and development of the system of early intervention: experience for Ukraine

The article investigates the main goals, approaches and components of early intervention systems based on the analysis of international experience. The place of early intervention in the state system of providing services for children and families has been identified. Proposals on the use of international experience in the process of creation, development and functioning of a single integrated interagency system of early intervention in Ukraine are presented.

Key words: *disability, medical service, early intervention, rehabilitation, family-centered approach, social service, international experience.*