

УДК: 616-053.2:614.2

Г.С. Сенаторова, Т.В. Чайченко,  
А.Ф. Шипко

Харківський національний медичний  
університет МОЗ України  
(м. Харків, Україна)

## СТРАТЕГІЯ РЕФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

**Ключові слова:** педіатрична допомога, системи охорони здоров'я, мультидисциплінарні центри, університетські клініки.

**Резюме.** У статті наведено результати аналізу різних систем надання медичної допомоги дітям з точки зору їх структури та фінансування. Показано, що для ефективної організації медичної педіатричної допомоги населенню країни необхідними є практика мультидисциплінарної допомоги, орієнтованої на родину, з обов'язковим залученням педіатрів, стандартизацією лікувально-діагностичного процесу та його координацією під егідою університетських клінік з комплексним фінансуванням, імплементацією сучасних технологій та спеціалізованою освітою фахівців та пацієнтів, а також структурованим залученням недержавних організацій та волонтерів. Автори представили для обговорення схему структурованої системи національного педіатричного сервісу.

У 2012 році була затверджена стратегія розвитку охорони здоров'я до 2020 року в Європейському регіоні, що фокусується на трьох провідних напрямках: зниження тягара захворювань та факторів ризику їх розвитку, поліпшення стану здоров'я населення, вдосконалення управління в сфері охорони здоров'я [1, 2]. Розвиток системи охорони здоров'я сприяв щорічному зменшенню на 40% кількості смертей дітей до 5 років та зниженню з 25% до 17% кількості дітей з гіпотрофією того ж віку [3, 4].

За умов фінансової кризи та глобального популяційного старіння необхідною є пріоритизація здорового старіння, у зв'язку з чим привертає увагу організація педіатричної допомоги, оскільки значну частину здоров'я людина втрачає саме у дитячому віці [5]. Незважаючи на досвід надання педіатричної допомоги, у розвинутих країнах не вщухають дискусії щодо необхідності змін Європейської системи охорони здоров'я з пріоритизацією надання допомоги дітям з хронічними захворюваннями [6], оскільки діти є найбільш уразливою частиною суспільства [7]. До того ж доведено, що постійно зростає кількість дітей з особливими потребами враховуючи успішне виходження недоношених дітей та тих, що народились з аномаліями розвитку; таких, що вижили внаслідок успішно проведеної реанімації за умов критичних станів, а також категорії дітей, які виліковані від онкопатології – тобто всіх, що потребують коштовної мультифахової допомоги [8-12].

Три найбільші європейські педіатричні організації, а саме європейська педіатрична асоціація (ЕРА), європейська академія педіатрії (ЕАР), європейська конфедерація педіатрів первинної ланки (ЕСРСП) створили стратегічний педіатричний

альянс (SPA) з метою привернути увагу до майбутнього здоров'я дітей з боку державних установ та суспільства. Альянс підтримує дослідницькі проекти, наукові публікації, забезпечує політичну та юридичну підтримку активності в галузі педіатрії в Європі.

Порівняльний аналіз систем надання педіатричної допомоги в європейських країнах показав, що організаційна структура їх суттєво відрізняється одна від одної. Незалежно від системи, педіатрична допомога надається переважно на первинній ланці – так звані out-patient клініки. У 41% країн первинною ланкою є сімейний лікар або лікар загальної практики, у 24% – лікар-педіатр, у 35% наявна комбінована система. У 70% країн спеціалізація з педіатрії становить 5 і більше років, але в деяких взагалі не існує спеціалізованого педіатричного тренінгу. До медичного спостереження за підлітками заохочуються педіатри, шкільні лікарі, лікарі загальної практики, медсестри. У більшості систем охорони здоров'я педіатрична допомога вважається спеціалізованою. У той же час, відсутність універсальної системи стандартів призводить до неможливості ефективного порівняння різних систем [13].

З 2000 року Європейський відділ ВООЗ сфокусував увагу на скандинавському досвіді надання педіатричної допомоги, що базується на «родинноцентричному» принципі (familycentred), сенс якого полягає у турботі про благополуччя та здоров'я дітей та їх родин за стимулюючим та профілактичним принципом, оскільки неможливо досягнути ефективного здоров'я дитини без залучення її батьків до плідної співпраці з відповідним персоналом. «Родинноцентрична» модель медичного сервісу використовує мультифаховий

підхід із проведенням активної роботи з населенням щодо стилю життя і харчування, поведінки при виникненні негараздів, освіти батьків щодо патології їх дитини, що суттєво підвищує якість спостереження та лікування [14, 15]. У структурі системи також виділене окреме місце для участі в медичному сервісі недержавних соціальних організацій та волонтерів з числа молоді, а також батьків хворих дітей [16].

Плідна робота мультидисциплінарних команд найбільш ефективно здійснюється на базі університетських клінік, які ефективно координують власно медичний сервіс з освітою та науковою діяльністю та виконують функцію лідера у наданні медичної допомоги в усьому світі [17-19].

Організація педіатричної допомоги перед усім ускладнюється наявністю особливих потреб дитини, до яких відносять залежність від батьків та опікунів, особливості розвитку, епідеміологію хронічних захворювань та проблеми їх попередження, соціально-демографічні показники [20-23]. Власно задоволення таких потреб вимагає певної системи витрат. Так, у Великій Британії педіатрична допомога цілком фінансується державою (UK National Health Service), у США та Канаді здійснюється на страхових умовах, у більшості Європейських країн – зі змішаних джерел.

Фінансова криза в світі з обмеженням відрхувань з державного бюджету на медичні послуги спричинила нову хвилю дискусій щодо ефективності страхової системи. Аналіз американської системи при цьому демонструє певні недоліки, а саме факт «випадіння» з поля зору постійного спостереження дітей з родин із низьким соціально-економічним рівнем (особливо певних расово-етнічних груп з високим відсотком мігрантів), які не в змозі забезпечити постійні відрхування на медичне страхування. Саме для дітей, які потерпають від бідності та залежності, показана необхідність державного джерела медичного страхування (Medicaid і програми держави медичного страхування дітей SCHIP) [24-26]. З іншого боку, наявність постійного джерела страхування прямо поєднана із систематичністю спостереження, що впливає на якість допомоги [27, 28].

Національна програма медичного страхування в Японії є обов'язковою із державним покриттям для дітей та осіб похилого віку, що призводить до ефективного спостереження за дітьми та наданням їм допомоги і, як наслідок, найбільшою тривалістю здорового життя дорослого населення [29].

Отже, саме вдосконалення управління в сфері охорони здоров'я є предметом дискусій та, у той же час, єдиним ключем до вирішення проблеми надання педіатричної допомоги. Аналіз різних систем показав, що для ефективно організації педіатричної допомоги населенню країни необхідними є практика мультидисциплінарної допомоги, орієнтованої на родину, з обов'язковим залученням педіатрів з перших днів життя, стандартизацією лікувально-діагностичного процесу та його

координацією під егідою університетських клінік з комплексним фінансуванням, імплементацією сучасних технологій та спеціалізованою освітою фахівців та пацієнтів, а також структурованим залученням недержавних організацій та волонтерів.

Проведення аналізу досвіду розвинених країн світу щодо надання педіатричної допомоги населенню, враховуючи вітчизняну структуру системи охорони здоров'я, нами запропонована структурована система медичної допомоги дітям.

1 рівень надання педіатричної допомоги – первинна допомога – локальний неспеціалізований для обслуговування населення у віддалених районах. Основною метою надання такої допомоги є первинна допомога, сортування хворих зі спрямуванням для обстеження на наступний рівень. Таку допомогу можуть надавати лікарі загальної практики, неспеціалізовані медичні сестри та молодший медичний персонал. У той же час, з урахуванням відродження первинної педіатричної спеціалізації, медичну допомогу дітям до 3-х років на первинній ланці (у т.ч. в сільській місцевості) повинні надавати педіатри.

Кількість закладів первинної ланки має відповідати географічному принципу, а саме бути достатньою для того, щоб мешканці без перешкод діставалися до амбулаторії (як, наприклад, в японській системі надання допомоги), що значно підвищує якість виходів.

Фінансування – за рахунок державного бюджету, державного страхування.

2 рівень надання педіатричної допомоги – локальний сімейний центр, що за принципом географічного обслуговування має виконувати функції сучасної поліклініки. Мета локального сімейного центру – профілактика, рання діагностика, лікування гострих захворювань, спостереження за дітьми з хронічними проблемами, направлення для надання допомоги на спеціалізований рівень. Допомога надається спеціалістами: лікарем загальної практики, педіатром, терапевтом, хірургом, акушером-гінекологом, неспеціалізованими медичними сестрами. У таких центрах доцільно влаштовувати локальні осередки недержавних соціальних організацій профільної допомоги дітям з метою надання доступної інформації про їх діяльність. Центри 2 рівня також дотримують принцип географічної та соціальної доступності.

Фінансування – за рахунок державного бюджету, державного страхування, відрхування з місцевих бюджетів, спонсорської допомоги від недержавних організацій.

3 рівень надання педіатричної допомоги – спеціалізований центр на базі університетської клініки з наданням спеціалізованої допомоги дітям з ускладненим перебігом гострих захворювань, хронічними проблемами, з діагностично дискусійними випадками. У спеціалізованих центрах на єдиній базі доцільно організувати допомогу за стаціонарним та амбулаторно-консультативним типом, що зменшує вартість надання спеці-

алізованої допомоги та підтримує спадкоємність спостереження за пацієнтами. Така система є загальноприйнятною у Великій Британії, а в Україні започаткована в обласній дитячій клінічній лікарні м. Харкова, де відкрито шість спеціалізованих центрів (ендокринологічний, гастроентерологічний, кардіологічний, пульмонологічний, неврологічний, оториноларінгологічний), до складу яких входять стаціонарні відділення та амбулаторно-діагностичні відділення. Означена система, як за літературними даними, так і за досвідом найменованого лікувального закладу, надає можливості кваліфіковано обстежити пацієнта протягом 1 візиту із залученням, за необхідності, інших спеціалістів та госпіталізувати дитину в спеціалізоване відділення.

Спеціалізований центр – база для організації освіти будь-якого медичного персоналу (середній, середній спеціалізований, інтернатура, післядипломне стажування), проведення наукових та клінічних досліджень з адекватним їх аналізом.

Медичний персонал відповідно є спеціалізованим (лікарі, медичні сестри). Здійснюється наукове та клінічне консультування пацієнтів 1 та 2 рівня та координація з 4 рівнем. У таких центрах доцільно влаштовувати регіональні осередки недержавних соціальних організацій профільної допомоги дітям.

У структуру спеціалізованих центрів доцільно вводити централізовану регіональну лабораторію з усім необхідним оснащенням для проведення спеціалізованих обстежень. За досвідом європейських країн, з лікувальних закладів 1 та 2 рівня біологічний матеріал для досліджень може передаватися в централізовану лабораторію 3 рівня. Наявність такої лабораторії значно підвищує якість обстеження хворих за рахунок державної стандартизації та контролю за обладнанням і реагентами, а також зменшення потреби у облаштуванні дрібних лабораторій.

Фінансування комплексне – за рахунок державного бюджету, державного страхування, відрахування з місцевих бюджетів, недержавного страхування, спонсорської допомоги, комерційної діяльності.

4 рівень надання педіатричної допомоги – суперспеціалізована медична допомога в умовах НДІ, проблемних лабораторій, моноспеціалізованих центрів, обладнаних відповідно профілю. Медичний персонал є спеціалізованим (лікарі, медичні сестри). На даному рівні доцільно проводити післядипломні стажування, здійснювати наукові дослідження. Направлення на цей рівень проводиться науковими та клінічними консультантами 3 рівня за узгодженням.

Фінансування комплексне – за рахунок державного бюджету, державного страхування, відрахування з місцевих бюджетів, недержавного страхування, спонсорської допомоги, комерційної діяльності.

Окремого обговорення потребує створення

специфічних медичних структур. Так, вкрай необхідними є центри допомоги хворим з орфанною патологією, які потребують особливих діагностичних технологій та засобів лікування, кооперації з закордонними фахівцями та спеціалізованими центрами та суспільствами, створення спеціалізованих стаціонарів із навченим персоналом.

Іншою суттєвою проблемою є організація хоспісів для виходжування дітей з особливими потребами зі значною втратою здоров'я. До цієї групи відносяться перед усім діти з органічними захворюваннями, народжені з дуже низькою вагою та множинними вадами розвитку, з неоплазіями, діти, які вижили після проведення реанімації. Організація хоспісу потребує чималих коштів, але суттєва соціальна значущість проблеми та постійно зростаюча кількість дітей, що потребують хоспісної допомоги, обґрунтовують необхідність створення та фінансування таких установ.

Загальна екологічна ситуація призводить до зростання кількості дітей, що потребують постійного, часто довічного спостереження та лікування (з цукровим діабетом, вадами серця, слуху, зору тощо), а також тих, для успішного лікування яких необхідні спеціальні умови (психологічні розлади, ожиріння тощо). Отже доцільно вводити в структуру системи охорони здоров'я єдиних координативних центрів спеціалізованих закладів освіти, що сприяють дотриманню режиму життя, харчування, лікування, психологічної підтримки та, як наслідок, успішній соціальній адаптації.

Проблема соціальної адаптації стосується не тільки дітей із захворюваннями, а також практично здорових, що потребує створення клінік, дружніх до молоді, до яких підлітки можуть звернутися самостійно за посиланнями соціальної реклами та отримати консультативну, медикаментозну, інформаційну допомогу кваліфікованого рівня.

Взагалі використання сучасних інформаційних технологій є цілком необхідним для підтримання здорового способу життя і харчування, своєчасного інформування про заклади охорони здоров'я, нові методи лікування, місця для отримання консультативної допомоги. Отже, досі незрозумілим є функція офіційної структури охорони здоров'я з цієї точки зору, однак, представляється необхідною координація інформаційного процесу саме фахівцями медичного профілю.

При організації найменованої системи впливають такі напрямки вдосконалення структури вітчизняної медичної допомоги:

- Створення системи координованого комплексного фінансування з різних джерел, як то державний бюджет (обладнання, лабораторні дослідження, стажування персоналу), державне страхування (забезпечення надання допомоги дітям), недержавне страхування (надання допомоги на обраному рівні покриття, косметологічні послуги тощо), дотації з місцевих бюджетів (обладнання, розробка нових технологій), спонсорська допомога (суперспеціалізоване обладнання та за-

соби лікування, розвиток недержавних профільних соціальних програм), комерційна діяльність закладів (продані патенти, впроваджені лікарські засоби, освітні програми тощо).

- Виведення університетських клінік на пріоритетний рівень обладнання з метою імплементації наукових досягнень в клінічну практику.

- Спеціалізація персоналу, що потребує планового стажування лікарів в провідних клініках країни та за кордоном (обов'язково для 3 та 4 рівнів) відповідно спеціальності. Програма підготовка спеціалізованих медичних сестер – педіатричні, неонатологічні, діабетологічні тощо, що суттєво зменшить навантаження на лікарів та вдосконалить етапну допомогу дітям.

- Структурування допомоги дітям з особливими потребами.

- Організація загальної електронної мережі в системі охорони здоров'я з різним рівнем доступу до інформації про пацієнтів. Означена система полегшує процедуру збирання анамнезу, дозволяє уніфікувати результати консультацій та обстежень, відкриває доступ для статистичного та наукового аналізу.

- Система інформаційної освіти населення.

Дана публікація є плодом міркування авторів про реформацію вітчизняної системи охорони здоров'я, у тому числі, педіатричного сервісу в її структурі. Ми будемо вдячні колегам за участь у дискусії.

## Література

1. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012
2. WHO. European Action Plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012
3. UNICEF, WHO, World Bank, UN. Levels and trends in childhood mortality: report 2012. New York. UNICEF, 2012.
4. WHO. Millenium Development Goals fact sheet no 290. Nov, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html> (accessed March 22, 2013)
5. Sullivan D.F. A single index of mortality and morbidity // HSMHA Health Rep. – 1971. – Vol. 86. – P. 347 – 354
6. Global Burden of Disease report, WHO 2008. WHO Library Cataloguing-Publication Data
7. Wyke A. The future of health care system in Europe. Report by the Economist Intelligence Unit. The Economist – The Economist Intelligence Unit Ltd.; 2011.
8. Measuring functional outcomes after prematurity: developmental impact of very low birth weight and extremely low birth weight status on childhood disability / M.E. Msall, M. R. Tremont // Ment Retard Dev Disabil Res Rev. -2002. – Vol. 8 (4). – P. 258–272
9. A population-based study of the effects of birth weight on early developmental delay or disability in children / J.R. Thompson, R.L. Carter, A.R. Edwards (et al.)//Am J Perinatol. 2003;20(6):321–332
10. 20-year survival of children born with congenital anomalies: a population-based study / P.W. Tennant, M.S. Pearce, M. Bythell, J. Rankin // Lancet.-2010. – Vol. 375 (9715). – P. 649–656
11. Trends in survival after childhood cancer in Europe, 1978–1997: report from the Automated Childhood Cancer Information System project (ACCIS) / C. Magnani, G. Pastore, J.W. Coebergh, S. Viscomi (et al.) // Eur J Cancer. 2006;42(13):1981–2005
12. Disability in adult survivors of childhood cancer: a Swedish national cohort study/ A. Hjern, F. Lindblad, K.K. Boman // J Clin Oncol. 2007;25(33):5262–5266.
13. Paediatric primary care in Europe: variation between countries /van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, Nicholson A; // Arch Dis Child. – 2010. – Vol. 95 (10). – P. 791-795.
14. Ministry of Health and Care Services. (1998). Omopptappingsplanen for psykisk helse, 1999–2006 (Storting Bill no. 63). Oslo: Ministry of Health and Care Services.
15. National Development Plan for Social and Healthcare Services Kaste Programme 2008–2011. Publications of the Ministry of social Affairs and Health 2011:1
16. Union Study on Volunteering in the European, Country Report Finland, 2010. Final Report submitted by GHK. 17 February 2010
17. International Hospital Federation, 2014 // Електронний ресурс, режим доступу: <http://www.ihf-fih.org/Spec.-Interest-Groups/University-Hospital>
18. Magaw T. University Hospitals announces leadership changes at community hospitals// Grains Cleavland Business. – 2014 // Електронний ресурс, режим доступу: <http://www.craigslist.com/article/20140108/FREE/140109801/university-hospitals-announces-leadership-changes-at-community>
19. The Role of the University Hospital / The Association of UK University Hospitals . – 2013 // Електронний ресурс, режим доступу: <http://www.aukuh.org.uk/index.php/documents>
20. Quality Measures for Children's Health Care / A.C. Beal, J. Patrick, D. Dougherty, T. Jorsling (et al.) // Pediatrics. – 2004. - Vol. 113 (Suppl. 1). – P. 199 -209
21. Forrest CB, Simpson L, Clancy C. Child health services research. Challenges and opportunities. JAMA.1997;277 :1787– 1793

22. Seid M, Varni JW, Kurtin PS. Measuring quality of care for vulnerable children: challenges and conceptualization of a pediatric outcome measure of quality. *Am J Med Qual.* 2000;15 :182– 188
23. Shaul JA, Fowler FJ Jr, Zaslavsky AM, Homer CJ, Gallagher PM, Cleary PD. The impact of having parents report about both their own and their children's experiences with health insurance plans. *Med Care.* 1999;37(3 suppl) :MS59– MS68
24. Culture and the care of children with chronic conditions: their physicians' views / J. Di Caprio, A.W. Garwick, C. Kohrman, R.W. Blum // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* - 1999. – Vol. 153. – P. 1030– 1035
25. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children / A. Kempe, B. Beaty, B.P. Englund, R.J. (et al.) // *Pediatrics.* – 2000. – Vol.105. – P.1020– 1028.
26. Felt-Lisk S. Monitoring quality in Medicaid managed care: accomplishments and challenges at the year 2000 // *J. Urban Health.* – 2000. – Vol. 77. – P. 536– 559.
27. Being uninsured: impact on children's healthcare and health /Y.W. Fry-Johnson, E.C.Daniels, R. Levine // *Curr Opin Pediatr.* – 2005. – Vol.17 (6). – P.753-758.
28. Parental beliefs and children's receipt of preventive care: another piece of the puzzle?/ S.C. Hughes, D.L. Wingard // *Health Serv Res.* – 2008. – Vol. 43 (1 Pt 1). – P.287-299
29. William H. Gleysteen, Jr. Japan's Universal and Affordable Health Care: електронний ресурс <http://www.nyu.edu/projects/rodwin/lessons.html#health8>

**СТРАТЕГИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
НАСЕЛЕНИЮ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Г.С. Сенаторова, Т.В. Чайченко, А.Ф. Шупко*

**Харьковский национальный медицинский  
университет МЗ Украины  
(г. Харьков, Украина)**

**THE STRATEGY OF REFORMATION OF  
PEDIATRIC CARE POPULATION  
AT THE MODERN PERIOD**

*G.S.Senatorova, T.V.Chaychenko, A.F.Shipko*

**Kharkiv National Medical University  
of HM of Ukraine  
(Kharkiv, Ukraine)**

**Резюме.** В статье представлены результаты анализа различных систем оказания медицинской помощи детям с точки зрения их структуры и финансирования. Показано, что для эффективной организации медицинской педиатрической помощи населению страны необходимым является практика мультидисциплинарной помощи, ориентированной на семью, с обязательным привлечением педиатров, стандартизацией лечебно-диагностического процесса и его координацией под эгидой университетских клиник с комплексным финансированием, имплементацией современных технологий и специализированным образованием специалистов и пациентов, а также структурированным привлечением негосударственных организаций и волонтеров. Авторы представили для обсуждения схему структурированной системы национального педиатрического сервиса.

**Ключевые слова:** педиатрическая помощь, системы здравоохранения, мультидисциплинарные центры, университетские клиники.

**Summary.** The results of the analysis of various pediatric health care systems are presented in the article from the point of view of their structure and funding. It was shown the necessity of multidisciplinary family-centered approach for the effective organization of pediatric care with the obligatory participation of pediatricians and nursery specialists as well as medical practice standardization and coordination under the auspices of the university hospitals with a structured involvement of non governmental organization and volunteers. This structure together with a complex financing leads to the modern technologies implementation and effective education of professionals and patients. The authors have presented a revised scheme of structured national pediatric service for the public discussion.

**Keywords:** pediatric care, healthcare systems, multidisciplinary centers, university hospitals.