

## **Опыт экономически развитых стран в организации педиатрической помощи населению**

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

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

Европейский регион Всемирной организации здравоохранения насчитывает 53 члена с общей популяцией порядка 750 миллионов человек. Последние двадцать лет отмечается существенный прогресс в вопросах оказания медицинской помощи населению [1].

В 2012 году ВОЗ была утверждена стратегия развития здравоохранения до 2020 года в Европейском регионе, которая фокусируется на трех ведущих направлениях: снижение бремени заболеваний и факторов риска их развития, улучшение состояния здоровья населения, совершенствование управления в сфере здравоохранения [2, 3]. Улучшение популяционного здоровья произошло благодаря увеличению продолжительности жизни на момент рождения, совершенствованию стандартов жизни, улучшению образовательного уровня, снижению уровня рождаемости и ассоциированной смертности [4, 5]. Благодаря приложенным усилиям ежегодно на 40 % снижается смертность детей до 5 лет и на 25 % до 17 % количества детей с гипотрофией того же возраста [6, 7].

В условиях популяционного старения необходима приоритизация здорового старения, в связи с чем привлекает внимание показатель продолжительности жизни, рассчитываемый на момент рождения, который учитывает общее состояние популяционного здоровья, уровень смертности и нефатальных исходов заболеваний [8]. Согласно этому показателю средняя ожидаемая продолжительность жизни на момент рождения по Европейскому региону в 2013 году составила более 72 лет для мужчин и порядка 80 лет для

женщин. В то же время имеют место существенные колебания показателя в отдельных странах [9].

Другим важным параметром является ожидаемая продолжительность здоровой жизни, а именно среднее число лет, которое человек может прожить в "полном здравии" - без болезней и/или травм. Колебания данного показателя довольно значительные и зависят, прежде всего, от региона проживания. Так, на Гаити ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 27,8 лет мужчин и 37,1 лет для женщин, а в Японии - 70,6 лет для мужчин и 75,5 лет для женщин. При этом разница между ожидаемой продолжительностью жизни и ожидаемой продолжительностью здоровой жизни составляет в среднем 8,5 лет, а у женщин 10,0 лет. Следует отметить, что Украина, Россия, Белоруссия, Казахстан, Литва, Гаити и Сейшелы относятся к 7 стран, в которых средняя продолжительность здоровой жизни у женщин на 8 и более лет отличается от таковой у мужчин. Вообще, ретроспективный анализ показал, что в настоящее время население мира теряет более лет здоровой жизни 20 лет назад [10].

В условиях финансового кризиса и глобального старения с уменьшением продолжительности здоровой жизни ведутся дискуссии о необходимости изменений Европейской системы здравоохранения с фокусированием внимания на оказании помощи детям с хроническими заболеваниями [11]. Предложено три основных сценария оказания помощи: совместные усилия по созданию единой европейской системы здравоохранения, приоритизация превентивной помощи, фокус на наиболее уязвимых членах общества, прежде всего, детям [12].

Три крупнейшие европейские педиатрические организации, а именно европейская педиатрическая ассоциация (ЕРА), европейская академия педиатрии (ЕАР), европейская конфедерация педиатров первичного звена (ЕСРСР), создали стратегический педиатрический альянс (SPA) с целью привлечения внимания к будущему здоровья детей со стороны государственных учреждений и общества. Альянс поддерживает

исследовательские проекты, научные публикации, обеспечивает политическую и юридическую поддержку активности в области педиатрии в Европе.

Сравнительный анализ систем предоставления педиатрической помощи в европейских странах существенно отличается. Так, в 41 % стран первичным звеном является семейный врач или врач общей практики, в 24 % - педиатр, в 35 % имеется комбинированная система. Специализация по педиатрии составляет 5 и более лет практически в 70 % стран, но в некоторых вообще не существует специализированного педиатрического тренинга. К медицинскому наблюдению за подростками привлекаются педиатры, школьные врачи, врачи общей практики, общие и специализированные медсестры. В то же время отсутствие универсальной системы стандартов приводит к невозможности корректного сравнения различных систем педиатрического сервиса [13].

К одной из наиболее эффективных систем здравоохранения относят Британскую UK National Health Service (NHS), которая является крупнейшей универсальной системой здравоохранения в мире, которая использует общую платформу оказания медицинской помощи и осуществления научно-исследовательской деятельности. Указанная система внедряет технологии в практическую деятельность и обеспечивает превентивные мероприятия на высшем уровне. Она базируется на том, что после получения университетского медицинского диплома студент обязан пройти минимум 3 года тренинга для получения статуса врача общей практики, а статус специалиста (консультанта) требует дополнительного клинической стажировки в течение 2-4 лет в зависимости от специальности. Таким образом, специализация по общей педиатрии требует около 5 лет, субспециализация 7-10 лет [14, 15].

NHS также уделяет значительное внимание к поощрению специалистов к проведению научных исследований как в рамках тренинга, так и в практической деятельности. С целью централизации и стандартизации педиатрической науки создана отдельная организация, Children Research Network, развитие которой инициировано Европейским Союзом и получило

незаурядное развитие благодаря четкой организационной структуре. Так, наименованная организация рекомендует основные направления научных исследований, оказывает финансовую и юридическую поддержку, регулирует активность фармацевтических компаний, контролирует эффективность внедрения новых медикаментозных средств и их безопасность. Лишь в фармакологические клинические исследования вовлекается около 8000 детей ежегодно [16].

Научно-исследовательская активность происходит преимущественно в университетских и академических клиниках мира. Ведущей особенностью которых является не только наличие студентов и курсантов, но и предусмотрена возможность самостоятельного распределения средств специальным локальным комитетом, а также привлечение дополнительных источников финансирования деятельности. К тому же только в таких учреждениях эффективно работает система мультидисциплинарных команд. Именно поэтуниверситетскому клиники выполняют роль флагманов науки [17, 18].

Американская и Канадская системы финансирования здравоохранения по структуре очень похожи - медицинская помощь вообще и педиатрическая в частности предоставляются на страховой основе. Различия заключаются в том, что США выделяет большие средства относительно валового национального продукта, но практикует различные источники финансирования одних тех же учреждений, тогда как в Канаде имеется единственный ресурс обеспечения учреждения и персонала, что, по мнению аналитиков, приводит к повышению эффективности исходов у пациентов с хронической патологией [19]. Разумеется возникают вопросы относительно качества и эффективности оказания помощи в условиях бюджетного и небюджетного финансирования.

Основные проблемы к оценке качества медицинской помощи для детей заключаются в их уникальных потребностях, а именно особенностях спроса в разные возрастные периоды. Исследователи этого вопроса отмечают таких

конкретных параметрах: особенности развития, зависимость от родителей и опекунов, эпидемиология хронических заболеваний и проблемы их предупреждения, социально - демографические показатели [20-23].

Демографический аспект является одним из наиболее существенных в современных условиях, поскольку дети больше страдают от бедности и зависимости, следовательно имеется необходимость государственного источника медицинского страхования (Medicaid и программы государства медицинского страхования детей SCHIP) особенно в определенных расово - этнических группах [24]. Следовательно, предоставление помощи детям в преимущественно страховых условиях требует контроля за сдерживанием расходов и анализа последствий таких ограничений [25, 26]. Проведенное исследование Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) показало, что контроль финансирования «на входе», широко принятый страховыми компаниями США, не способен эффективно сдерживать расходы при оказании медицинской помощи детям по сравнению с компенсационным методом [27]. Основной проблемой является то, что хроническая патология и патология перинатального периода преимущественно распространены именно среди детей из малообеспеченных семей. Итак, конвергенция повышенной потребности в лекарственных средствах при необходимости государственного финансирования составляют ведущую проблему качества оказания медицинской, прежде всего первичной, помощи детям в США [28, 29].

Доказано, что дети, источник покрытия медицинского страхования которых не является постоянным, имеют меньше шансов получить качественную помощь, поскольку «выпадают» из поля зрения лечебных учреждений [30]. Наличие постоянного источника страхования напрямую сопряжено с систематичностью наблюдения, влияет на качество помощи также с точки зрения формирования правильных родительских представлений о состоянии здоровья их ребенка и уверенности в соблюдении определенных режимов в домашних условиях [31, 32]. Итак, комплайенс непосредственно связан с типом медицинского обслуживания. При этом, именно проблема

комплаенса занимает первое место при наблюдении за пациентами, что приводит к включению в медицинские протоколы конкретных рекомендаций (варианты общения медицинского персонала с родителями, обучение определенным манипуляциям и правилам использования технических средств и т.д.) [ 33-35 ]. Таким образом, именно подходы к финансированию считаются наиболее слабым местом медицинского сервиса США. В связи с этим обсуждаются новые подходы в виде организации клиник для наиболее уязвимых представителей общества с большим привлечением бюджетных средств [ 36].

Сравнение состояния здоровья взрослых, страдающих диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, показали более высокие показатели в Британии, использующую государственную систему обеспечения медицинского сервиса, чем в США, практикующую преимущественно страховые схемы [37].

Согласно данным статистики ВОЗ наибольшая продолжительность жизни и здоровой жизни с наименьшей гендерной разницей зарегистрирована в Японии [9]. Система здравоохранения в этой стране построена преимущественно по тому же принципу, что и австралийская, канадская и большинство европейских систем (комбинированное финансирование с различными страховыми схемами). Национальная программа медицинского страхования в Японии является обязательной с государственным покрытием для детей и пожилых людей. В качестве особенностей привлекает внимание большое количество стационарных коек на 1000 населения в сравнении со странами OECD и США, при этом практически в 2 раза меньшее соотношение врач-пациент. Продолжительность пребывания пациента на койке, процент затрат на внедрение современных технологий и количество амбулаторных визитов являются наиболее высокими. По сравнению с США расходы на медицину относительно валового национального продукта почти вдвое ниже . Проведенный анализ позволил специалистам сделать вывод о том, что большая рентабельность оказания медицинской помощи в Японии связана с этнической

и социальной гомогенностью популяции, поддержанием традиций эгалитаризма (философии общественного равенства) [38]. Причем географическая доступность помощи является существенным фактором, влияющим на исходы и требует отдельного внимания государства [39, 40].

Независимо от системы (европейская, американская, японская, австралийская ) педиатрической помощь предоставляется преимущественно на первичном звене - так называемые out - patient клиники. Как уже обсуждалось, в большей степени это осуществляется преимущественно врачами общей практики и только в некоторых странах педиатрами. В большинстве систем здравоохранения педиатрическая помощь считается специализированной. В то же время, увеличение количества больных с хронической патологией приводит к тому, что в США 41,3 % уже рутинно обращаются к специалисту минуя врача общей практики. Около трети пациентов сразу переадресовываются к другим специалистам. Следует заметить, что регулярные визиты начинаются в среднем возрасте ребенка 10,4 - 10,8 лет. Причем большинство пациентов с государственной страховкой (Medicaid / SCHIP) обращаются к специалистам психиатрического профиля, в то время как к медицинским специалистам - преимущественно те, кто имеет частную программу страхования [41-43].

В условиях страховой медицины возникает вопрос о рентабельности более дорогостоящих визитов к специалистам. Различия в качестве оказания медицинской помощи различными специалистами связаны подходами медицинских школ, в которых они учились, социально - территориальными или экономическими факторами. Установлено, что целесообразными могут считаться только консультации специалистов со специфическими проблемами (астма, эндокринные заболевания, хирургия и т.д.), в то время как рутинное наблюдение вполне может осуществляться врачами общей практики [44].

В условиях глобального старения населения развитых стран привлекают особое внимание хроническая патология детей, которые имеют особые потребности вследствие анатомических или функциональных ограничений, что

требует постоянного лечения, наблюдения и социальной адаптации. Количество детей с особыми потребностями постоянно растет из-за успешного выхаживания недоношенных детей [45, 46] и родившихся с аномалиями развития [47], успешно реанимированных в условиях критических состояний и вылеченный от онкопатологии в детстве [48, 49].

Таким образом, в современных условиях предоставления педиатрической помощи развитых стран с успешной имплементацией технологий с высоким выживанием пациентов хронические медицинские состояния приобретают приоритетные позиции в связи с необходимостью дорогостоящего наблюдения мультидисциплинарной командой по специальным научнообоснованным моделям с использованием оборудования, дальнейшей медицинской и социальной реабилитацией всей семьи [50-52]. Отсюда понятно беспокойство специалистов проблемами так называемой транзиции - превода из педиатрической в терапевтическую клинику, которое проводится обычно мультидисциплинарными командами [53].

Политика ВОЗ с 2000 года проходит под эгидой программы "Здоровье для всех 2000», согласно которой главные цели для европейских регионов - "Справедливость в жизни " и " Здоровое начало жизни » [54]. В связи с этим целесообразно обращение внимания на скандинавскую систему предоставления педиатрической помощи, результаты деятельности которой наиболее соответствуют наименованным постулатам, а именно демонстрируют отсутствие этнических и социальных барьеров в медицинском сервисе с самой высокой продолжительностью здоровой жизни при эффективном выхаживании всех категорий новорожденных и оказании специализированной помощи детям с хроническими заболеваниями. Итак, скандинавская система предоставления педиатрической помощи базируется на «семейноцентрическом» принципе (familycentred), общий смысл которого заключается в заботе о благополучии и здоровье детей и их семей по стимулирующему и профилактическому принципам, поскольку невозможно достичь эффективного здоровья ребенка без привлечения родителей к плодотворной кооперации с соответствующим



персоналом. Пионером внедрения этого подхода стала Швеция в 1970 году, в 90-е годы к ней присоединились Финляндия и Норвегия, а в начале 2000 и другие скандинавские страны [55].

Продвижение (стимуляция) заключается в повышении образовательного уровня семей (способствует установлению патологии на ранних стадиях), создание нозологических организаций (адаптируют семью к сложившейся ситуации и предоставляют возможности координировать медико- социальную помощь и централизовать информационную поддержку). Именно такие организации способствуют мультиспециализированному подходу в медицинском менеджменте с формированием индивидуальных рабочих моделей, в которых пациенты и их родители являются ведущими участниками, позволяют идентифицировать медицинские и социальные риски на ранних стадиях и централизованно внедрять новейшие научные методы в клиническую деятельность. Следует заметить, что варианты «семейноцентрической» модели медицинского сервиса несколько отличаются в различных скандинавских странах, но их объединяют ориентация на семью и мультидисциплинарный подход. Доказано, что повышение осведомленности родителей относительно патологии их ребенка, приводит к возникновению чувства защищенности со стороны ребенка и ощущения активного участия со стороны родителей [56, 57].

Превентивность «семейноцентрической» модели заключается в том, что проводится активная работа с населением по стилю жизни и питания, поведения при возникновении проблем и т.д. Причем к профилактической работе привлекаются не только медицинские, но и социальные работники, волонтеры из числа молодежи, а также родителей больных детей [58].

Разумеется формирование семейных центров, образование специалистов, публикация соответствующей литературы требуют немалых финансовых затрат [59]. В то же время доказано, что расходы эти незначительны по сравнению с предоставлением специализированной клинической помощи детям с несвоевременно диагностированной патологией [60, 61].

Другой важный организационный момент - координация деятельности «семейноцентрических» учреждений, а именно возможность их существования на базе университетских клиник, что приводит к эффективному образованию персонала и населения, позволяет внедрять новые научные методы и корректно анализировать исходы. Более того, данная модель оказания помощи значительно повышает уровень мультиспециальной кооперации, способствует ее скоординированности, что существенно снижает эпигенетический вклад в развитие популяционной заболеваемости [62].

### **Выводы .**

Согласно данным официальной статистики, происходит улучшение состояния здоровья населения Земли за счет снижения количества инфекционных заболеваний, перинатальной смертности и улучшения оказания помощи пациентам с острыми заболеваниями и в критических ситуациях. В то же время, в условиях глобального старения населения, количество лет здоровой жизни существенно отличается от продолжительности жизни. Причем это происходит несмотря на то, что неуклонно растет уровень осведомленности медиков относительно факторов риска развития заболеваний. Ведущими факторами этой проблемы следует считать разный социальный уровень жителей разных стран со значительным количеством уязвимого контингента, к которому, прежде всего, относятся дети. Технологизация медицины привела не только к эффективному оказанию помощи, но и к увеличению числа детей с особыми потребностями, что ложится дополнительным социальноэкономическим бременем на общество и становится основой для уменьшения популяционной продолжительности здоровой жизни. В связи с этим совершенствование управления в сфере здравоохранения становится предметом дискуссий. Анализ различных систем показал, что для эффективной организации медицинской педиатрической помощи требуются централизованный источник финансирования, координация, стандартизация, соответствующее педиатрическое образование, а также практика мультидисциплинарной помощи с адекватной транзицией, имплементацией

современных технологий и обучением пациентов и их родителей с целью улучшения комплайенса и, как следствие, увеличением продолжительности здоровой жизни. Координация деятельности семейноцентрического подхода должна проводиться под эгидой университетских клиник с активным внедрением научных достижений и анализом их эффективности. Для корректной деятельности семейных центров необходимо развитие сети локальных клиник с образованием среднего специализированного медицинского персонала (педиатрические сестры, диабетические сестры и т.д.), а также создание программ междисциплинарной кооперации, поощрения волонтеров и использования современных информационных технологий. При этом следует помнить, что расходы средств на предупреждение заболеваний значительно ниже по сравнению с затратами на лечение.

### **Литература:**

1. Mackenbach J., Mc Kee M. Successes and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges. Milton Keynes: Open University Press, 2013
2. 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
3. WHO. European Action Plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012
4. Moser K., Shkolnikov V., Leon DA. World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from late 1980s. // Bull World Health Organ. – 2005. – Vol. 83. – P. 202-209
5. McMichael A.J., McKee M., Shkolnikov V., Valkonen T. Mortality trends and setbacks: global convergence or divergence? // Lancet. – 2014. – Vol. 363. – P. 1155-1159
6. UNICEF, WHO, World Bank, UN. Levels and trends in childhood mortality: report 2012. New York. UNICEF, 2012.

7. WHO. Millenium Development Goals fact sheet no 290. Nov, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html> (accessed March 22, 2013)
8. Sullivan D.F. A single index of mortality and morbidity // HSMHA Health Rep. – 1971. – Vol. 86. – P. 347 – 354
9. WHO. European health for all database. [http://www. Euro.who.int/hfadb](http://www.Euro.who.int/hfadb) (accessed Feb. 14, 2013)
10. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010 // J.A.Salomon, H.Wang, M.K. Freeman, T.Vos (et al.) // Lancet. – 2012. – Vol. 380, - P. 2144-2162
11. Global Burden of Disease report, WHO 2008. WHO Library Cataloguing-Publication Data
12. Wyke A. The future of health ccare system in Europe. Report be the Economist Intelligence Unit. The Economist – The Economist Intelligence Unit Ltd.; 2011.
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. PCPCH. Curriculum for paediatric training – general peditrics level 1, 2 and 3 training. Royal College of Paediatrics and Child Health, 2010: электронный пецупс [http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/2010\\_Level\\_1\\_2\\_and\\_3\\_General\\_Paediatrics\\_0.pdf](http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/2010_Level_1_2_and_3_General_Paediatrics_0.pdf)(accessed Nov12, 2012)
15. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms /I. [Wolfe](#), H. [Cass](#), M.J.[Thompson](#), A. [Craft \(et al.\)](#) // [BMJ](#). – 2011. – Vol. 8. – P. 342- 347.
16. Mody N. A healthy nation: strengthening child health research in the UK / N.Modi, H.Clark, I. Wolfe, A. Castello, H. Budge/ // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P.73-87
17. When a community hospital becomes an academic health centre / M. Topps, R. Strasser//[Can J Rural Med](#). – 2010. – Vol. 15 (1). – P. 19-25

18. Barrett D.J. The evolving organizational structure of academic health centers: the case of the University of Florida // *Acad. Med.* – 2008. – Vol. 83. – P.804-808
19. A systematic review of studies comparing health outcomes in Canada and the United States/G.H. Guyatt, P.J. Devereaux, J. Llexechin, S.B. Stone (et al.)// *Open Medicine.* – 2007. – Vol.1. - No 1. – P. 12-15
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. Does Gatekeeping Control Costs for Privately Insured Children? Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey / [S. Pati](#), [S. Shea](#), [D. Rabinowitz](#), [O.Carrasquillo](#)// *Pediatrics.* – 2003. - Vol. 111. - No. . - P. 456-460

28. Contribution of primary care to health systems and health / B. Tarfield, L. Shi, J. Macinko // *Milbank Q.* – 2005. – Vol. 83 (3). – P. 457–502.
29. Quality Measures for Primary Care of Complex Pediatric Patients / A. Chen, S. Schrager, R. Mangione-Smith// *Pediatrics.* – 2012. – Vol. 129. – No 3. – P. 433-445
30. The impact of insurance instability on children's access, utilization, and satisfaction with health care / A. [Cassedy](#), G. [Fairbrother](#), P.W. [Newacheck](#) // [Ambul Pediatr.](#) – 2008. – Vol 8 (5). – P. 321-328
31. 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.
32. 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
33. Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study / J. Ingram, C. [Cabral](#), A.D. [Hay](#), P.J. [Lucas](#) (et al.) // [BMC Fam Pract.](#) – 2013. – Vol. 28. – P. 106 – 120
34. Information needs of parents for acute childhood illness: determining 'what, how, where and when' of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians / C.H.Jones, S. [Neill](#), M. Lakhanpaul, D. [Roland](#), H. [Singlehurst-Mooney](#), M. [Thompson](#) // [BMJ Open.](#) – 2014. – Vol. 4 (1). – P. 387 - 389.
35. Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study / K.M. [Turner](#), C. [Salisbury](#), J.P. [Shield](#) // [Fam Pract.](#) – 2012. – Vol. 29 (4). – P. 476-481.
36. Where the United States falls down and how we might stand up/ R.L. [Phillips Jr.](#) // *Ann Fam Med.* – 2012. – Vol. 10 (1). – P. 49.

37. Disease and disadvantage in the United States and in England / J. [Banks](#), M. [Marmot](#), Z. [Oldfield](#), J.P. [Smith](#) // [JAMA](#).- 2006. – Vol. 295 (17). – P. 2037-2045.
38. *William H. Gleysteen, Jr. Japan's [Universal and Affordable Health Care](#)*: электронный ресурс <http://www.nyu.edu/projects/rodwin/lessons.html#health8>
39. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods/PL [Delamater](#), JP [Messina](#) , AM [Shortridge](#) , SC [Grady](#) // [Int J Health Geogr](#). – 2012. – Vol.11(1) – P. 11-15.
40. Quantitative measurements of inequality in geographic accessibility to pediatric care in Oita Prefecture, Japan: standardization with complete spatial randomness / S. Tanimura, M. [Shima](#) // [BMC Health Serv Res](#). – 2011. – Vol. 11. – P.163.
41. Routine care provided by specialists to children and adolescents in the United States (2002-2006) / J.Valderas, B. Starfield, C.Forrest, L.Rajmil (et al.) // [BMC Health Serv Res](#). – 2009. – Vol. 9 (221). – P.1-8.
42. Increasing childhood chronic conditions in the United States / J.M. Perrin, S.R. Bloom, S.L. Gortmaker // [JAMA](#). – 2007. – Vol. 297. – P. 2755–2759.
43. Interspecialty differences in the care of children with chronic or serious acute conditions: a review of the literature / M.L. Mayer, A.C. Skinner, G.L. Freed // [J. Pediatr](#). – 2009. – Vol.154. – P.164–168]
44. Review Interspecialty differences in the care of children with chronic or serious acute conditions: a review of the literature / M.L. Mayer, A.C. Skinner, G.L. Freed // [J Pediatr](#). – 2009. – Vol.154 (2). – P.164-168
45. 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. – Vil. 8 (4). – P. 258–272

46. 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
47. 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
48. 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
49. 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
50. Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives / E.Cohen, D. Z. Kuo, R. Agrawal, J. G. Berry (et al.) // *Pediatrics.* – 2011. - Vol. 127. - No. 3. – P. 529 -538
51. Hospital-Based Comprehensive Care Programs for Children With Special Health Care Needs: A Systematic Review / E. Cohen, V. Jovcevska, D. Z. Kuo, S.Mahant // *Arch Pediatr Adolesc Med.* – 2011. – Vol. 165 (6). – P. 554–561.
52. How can the principles of complexity science be applied to improve the coordination of care for complex pediatric patients? / A.G. Matlow, J.G. Wright, B. Zimmerman, K. Thomson // *Qual Saf Health Care.* – 2006. – Vol. 15 (2). – P.85-88.
53. Health and School Outcomes During Children’s Transition Into Adolescence / C.Forrest, K.B.Bevans, A.W.Riley, R. Crespo, T.A.Louis // *Journal of adolescent health.* – 2013. – Vol. 52. – P.186-194.
54. A healthy start in life. Report on the global consultation on child and adolescent death and development: World Health Organization; UNICEF; World Bank; Government of Sweden, 2002. 40p.



55. Family centre in the Nordic countries – a meeting point for children and families: Nordic Council of Ministers, Copenhagen 2012.
56. Ministry of Health and Care Services. (1998). Omopptrappingsplanen for psykisk helse, 1999–2006 (Storting Bill no. 63). Oslo: Ministry of Health and Care Services.
57. National Development Plan for Social and Healthcare Services Kaste Programme 2008–2011. Publications of the Ministry of social Affairs and Health 2011:1
58. Union Study on Volunteering in the European, Country Report Finland, 2010. Final Report submitted by GHK. 17 February 2010
59. NOSOSKO 2007-9. (2009). Social Protection in the Nordic Countries 2007-2008. Scope, expenditure and financing. Copenhagen: Nordic Social Statistical Committee.
60. O'Neill, D., McGilloway, Donnelly, M., Bywater, T., Kelly, P., 2010. A cost-benefit analysis of early childhood prevention: Evidence from an experimental evaluation of the incredible years parenting program, Department of Economics, NUI Maynooth.
61. Väisänen, A., Linnosmaa, I., 2011. Exploring the demand for child welfare services: Do social workers have a preventive role? Working paper, Center for Health and Social Economics, National Institute for Health and Welfare
62. Franklin TB, Russig H, Weiss IC, Gräff J, Linder N, Michalon A, Vizi S, Mansuy IM (2010) Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biol Psychiatry* 2010 Sep 1; 68:408

## Аннотация

**Опыт экономически развитых стран в организации педиатрической помощи населению**

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

Харьковский национальный медицинский университет , кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

В статье приведены данные официальной статистики ВОЗ, согласно которым имеется тенденция к улучшению состояния здоровья населения за счет снижения количества инфекционных заболеваний , перинатальной смертности и улучшения оказания помощи пациентам с острыми заболеваниями и в критических ситуациях. Показано, что в условиях глобального старения населения, количество лет здоровой жизни существенно отличается от продолжительности жизни, что обусловлено социальным фактором.

Проведенный анализ различных систем здравоохранения показал , что для эффективной организации медицинской педиатрической помощи населению требуются централизованный источник финансирования с государственной координацией и стандартизацией под эгидой университетских клиник. Приоритетным является мультидисциплинарный семейно-ориентированный подход с имплементацией современных технологий с целью улучшения комплаенса и, как следствие, увеличением продолжительности здоровой жизни взрослого населения страны. Для эффективной деятельности семейных центров необходимо развитие сети локальных клиник с образованием врачебного и среднего специализированного медицинского персонала, а также создание программ междисциплинарной кооперации, поощрения волонтеров и использования современных информационных технологий при создании единой базы данных.

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

## Summary

### **Experience of developed countries in pediatric health service**

Ganna Senatorova, Tetyana Chaychenko, Andrey Shipko

Kharkiv National Medical University, Department of Pediatrics 1 and Neonatology

The paper presents the data of the WHO official statistics according to which there is a tendency to improve the population health status due to reducing the number of infectious diseases, perinatal mortality and improve the delivery of care for patients with acute illnesses and emergencies. It is shown that in the context of the global population aging the duration of healthy life is significantly decreased due to social factors.

The analysis of different health care systems showed the effective organization of pediatric service requires a centralized source of funding with state coordination and standardization under the auspices of the university clinics.

Priority is given to multidisciplinary family- oriented approach to the implementation of modern technologies to improve the compliance and consequently increasing of healthy life expectancy. To be effective family centers need to develop a network of local clinics with medical education of specialized medical personnel as well as the creation of multidisciplinary cooperation, volunteers encouragement and modern information technology implementation to create a general database .

**Keywords:** pediatric care, health service, multidisciplinary centers, university hospitals

