

РОЛЬ ПЕДІАТРА В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Т.О. Крючко, Т.В. Кушнерева, Ю.О. Вовк

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Анотація. Обов'язки держави та суспільства стосовно дітей повинні бути орієнтовані на максимальне забезпечення їх потреб у галузі охорони здоров'я, можливість отримувати кваліфіковану медичну допомогу від народження до юнацького віку. На етапі реформування медичної галузі України важливим стратегічним завданням є вироблення уніфікованих критеріїв і методологій систем підготовки, перепідготовки та контролю компетенцій сімейних лікарів, що забезпечують первинний рівень надання медичної допомоги дітям. Роль педіатра, як консультанта, постає на вторинному рівні надання медичної допомоги. Різні моделі надання педіатричної допомоги, що запроваджені в європейських країнах, мають як позитивні, так і негативні сторони; в умовах сьогодення найбільш ефективною та прийнятною є комбінована модель.

Ключові слова: педіатр, сімейний лікар, надання медичної допомоги дітям.

Нагальним завданням вітчизняної системи охорони здоров'я є належний рівень надання медичної допомоги населенню, який залежить від багатьох факторів: кваліфікації та умов діяльності кадрового потенціалу, рівня забезпечення трудового процесу, оплати праці та ін. В період реформування медичної галузі виникає низька проблем через нестачу сімейних лікарів в первинній ланці медико-санітарної допомоги. В умовах зростання дефіциту лікарів (дефіцит складає близько 18 тис. і щорічно зростає на 2 тис.), забезпеченість лікарями в Україні в середньому, майже на чверть нижча (26,5), ніж в Європейських країнах (35,0 на 10 тис. населення). У вітчизняних обласних медичних закладах дефіцит педіатрів складає 30%, а

в окремих районних центрах взагалі немає педіатрів; питома вага осіб пенсійного віку становить до 25% , передпенсійного віку - 15% [1]. Початкові кроки реформування первинної ланки призвели до чисельних невдоволень пересічних громадян щодо об'єднання дорослих та дитячих поліклінік, змішання потоків пацієнтів, пильного контролю за прямим зверненнями до лікарів-спеціалістів, переведенням вузьких спеціалістів до інших закладів, закриттям районних і сільських лікарень та реорганізації їх в амбулаторії сімейної медицини.

Слід зазначити, що на світовому ринку праці, однією з найбільш затребуваних спеціальностей є педіатр. За офіційною статистикою, в країнах Євросоюзу практикують 82000 педіатрів, з яких 40% надають первинну медико-санітарну допомогу 91 млн. дітей віком від 0 до 15 років. Забезпеченість педіатрами в європейських країнах коливається 1:3000-1:600; найнижча чисельність практикуючих педіатрів на 10.000 дитячого населення – у Британії та Ірландії, найбільша – у Греції [5].

Реформа медичної галузі, що триває в Україні, має за мету підвищити доступність та якість надання первинної медичної допомоги. Адже в країнах з розвинутою первинною допомогою порівняно нижчою є смертність, особливо дитяча; бідніші верстви населення мають адекватний доступ до медичної допомоги; значна увага приділяється превентивним заходам. Переважна більшість людей вважає за краще отримувати медичну допомогу у вузьких спеціалістів, а не у сімейного лікаря. Проте, загальнонаціональне дослідження проведене у США, показало, що люди, які мають постійного лікаря загальної практики у порівнянні з тими, хто постійно звертається до спеціаліста, мають нижчий рівень смертності у наступні 5 років. Лікарі загальної практики демонструють ліпші результати знань за вузьких спеціалістів, що обумовлено обізнаністю загальним станом пацієнтів та частими контактами з ними на відміну від лікаря-спеціаліста, який бачить проблему лише в межах свого фаху. Саме тому, у багатьох країнах, у тому

числі в розвинених, пріоритетом у процесі реформування медичної галузі є підвищення ролі первинної медичної допомоги [2].

Вітчизняна форма підготовки сімейного лікаря включає навчання у інтернатурі з фаху «Загальна практика – сімейна медицина упродовж 2-х років, або перепідготовка з фахів «Терапія» та «Педіатрія» впродовж 4-х очних місяців навчання і 2-х заочних. Підготовка лікаря в країнах Євросоюзу складається з кількох етапів: 6-річне навчання з отриманням кваліфікації лікаря загальної практики; наступний етап – спеціалізована інтернатура, зі вступом на конкурсній основі, яка дозволяє стати лікарем-фахівцем після 4-х або 5-и років навчання, або отримати диплом лікаря загальної медичної практики на конкурсній основі після 2-х років навчання.

Підготовка педіатра з одержанням базової педіатричної освіти (Basic Pediatric Training) триває 3 роки і охоплює розділи надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, неонатології, догляду за дітьми, діагностики та лікування інфекційних захворювань, терапії невідкладних станів. Надалі слухачі впродовж 2-х років проходять первинну, вторинну та третинну спеціалізацію за розділами (пульмонологія, онкологія, гастроентерологія та ін.). Згідно рекомендацій Європейської навчальної програми в галузі освіти, підготовка проводиться диференційовано, відповідно для надання амбулаторної і стаціонарної допомоги. У компетенції фахівця первинного рівня – забезпечення амбулаторної лікувально-профілактичної допомоги при гострих і хронічних захворюваннях у дітей; педіатри вторинного рівня надання допомоги мають компетенції для роботи у дитячих клініках, диспансерах, медичних центрах [7].

Американська модель одержання педіатричної освіти складає 11 років: 4-річне навчання в коледжі, з наступним 4-річним терміном навчання в медичному університеті як лікаря загальної практики та здобуття спеціальності «Педіатр» після 3-річної резидентури (33 місяці навчання).

Отже, здобуття педіатричної освіти являє собою тривалий та кропіткий період роботи не тільки над одержанням спеціальних знань та вмінь, а й формуванням фахівця з особливою ідеологією ставлення до дітей та досконалим почуттям соціальної відповідальності, любові та поваги, знанням підходу до кожної дитини, адже діти є надзвичайно чутливими, з вразливою психікою і особливістю реакції на огляд та обстеження. На думку провідних світових діячів медицини, гарантом підтримання здоров'я та благополуччя дітей є тільки фахова підготовка лікаря-педіатра, адже педіатр закладає основу здоров'я людини. Одним з важливіших цінностей суспільства є здоров'я дітей, і наскільки буде здорове підрастаюче покоління, настільки міцною буде держава. Загальновизнаним критерієм цивілізованості суспільства є ставлення до дітей, інвалідів і людей похилого віку [6].

На IV Європейському конгресі педіатрів, Президент Міжнародної педіатричної асоціації професор Ч.В. Чан зазначив, що діти – це 30% населення, але 100% нашого майбутнього; основна концепція суспільства повинна бути спрямована на захист прав дітей і особливу роль в цьому відіграють дитячі лікарі – свого роду адвокати дитинства. Ч.В.Чан закликав педіатрів бути соціально активними, захищати права дитини, проводити кампанії на користь дітей, охорони їх здоров'я. Педіатри є координаторами всіх професіоналів, що працюють з дітьми (медиків, педагогів, соціальних працівників та ін.) і служать одній меті – сприяти кращому здоров'ю підрастаючого покоління [3].

В умовах реформування галузі охорони здоров'я, на сімейного лікаря покладається велика відповідальність, яку не можна визначити як функціональний обов'язок. Відповідальність лікаря стосується особливого ставлення і поваги до дітей, проявів співчуття і терпіння у зв'язках лікаря з дитиною та її сім'єю. Сімейний лікар розуміє, яким чином хвороба впливає на дитину та її сім'ю; вміє координувати емоційно складні ситуації, пов'язані із дітьми; знає культурні і релігійні переконання, що батьки здатні провести

лікування своїх дітей; може підтримати дитину в якості адвоката у складних ситуаціях через знання юридичних та етичних основ.

В країнах Європи надання первинної медико-санітарної допомоги дітям та підліткам здійснюється за трьома моделями:

1. Система надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями загальної практики або сімейними лікарями – 18%;

2. Педіатрична система складає до 35%, коли допомога дітям та підліткам надається виключно педіатрами (Швейцарія, Люксембург, Греція, Угорщина, Словачія, Чехія);

3. Комбінована система, коли діти та підлітки приблизно порівну спостерігаються педіатрами та сімейними лікарями – 47%, (Німеччина, Австрія) [4].

У більшості країн ЄС, первинний рівень надання медичної допомоги дітям і підліткам забезпечується педіатрами в конкуренції з лікарями загальної практики, які мають, або не мають спеціальної педіатричної підготовки. В умовах зниження народжуваності в окремих регіонах зростає конкуренція між лікарями загальної практики та педіатрами. Розподіл моделей первинного рівня надання медичної допомоги в країнах Європи ілюструє аргумент: «хто є (або буде) кращим для лікування дітей». У всіх країнах ЄС, за винятком Німеччини, Бельгії, Ірландії та Франції, діти віком до 6-річного віку спостерігаються виключно педіатрами. У країнах Північної Європи, Ірландії та Великобританії діти спостерігаються тільки лікарями загальної практики. У Франції більшість дітей, що мешкають поза межами великих міст, спостерігаються лікарями загальної практики. Стосовно вікового аспекту, дітьми у віці до 14 років опікується тільки педіатр у Греції, Чехії, Словаччині, Австрії, Швейцарії, Люксембурзі та Угорщині. З 15 років пацієнтів спостерігає лікар загальної практики в Латвії, Люксембурзі та Іспанії. В Італії тільки діти з хронічною соматичною патологією можуть лікуватися у педіатра до досягнення ними 16-18 -річного віку [4].

Проект про первинний рівень надання медичної допомоги дітям сімейними лікарями у деяких країнах не приймається через наступні причини:

- країни, де запроваджений первинний рівень надання медичної допомоги сімейними лікарями мають порівняно вищий рівень дитячої смертності (Голандія). Реорганізація Інституту педіатричної служби, проведена в рамках реформування медичної галузі в Латвії, свідчить про від'ємну динаміку стану дитячого здоров'я (впродовж останнього десятиріччя суттєво збільшилися показники дитячої захворюваності та смертності);
- у Великобританії, з часу запровадження спостереження дітей сімейними лікарями, програма вакцинації визнана неефективною і останнім часом система охорони здоров'я повертається до змішаної моделі спостереження дітей педіатрами та лікарями загальної практики;
- впродовж останнього десятиріччя Сенат США розробив заходи щодо поліпшення медичної допомоги дітям і запроваджено створення установ спеціалізованої допомоги дітям «Дитячий медичний будинок», де допомога здійснюється педіатрами, вузькими дитячими спеціалістами; в структурі наявні діагностичні кабінети і служби по медичній освіті батьків і дітей з питань гігієни, харчування, антитютюнового та антиалкогольного виховання;
- з 1997 р. в США дещо знизився інтерес до вибору спеціалізації «Сімейна медицина», адже сімейні лікарі не можуть вплинути на зниження показників захворюваності дітей та підлітків. Професори-педіатри з 24 медичних університетів США визнали недостатньою 3-річну спеціалізацію сімейних лікарів для компетентності практичних і теоретичних знань в галузі дитячих хвороб;

- Німеччина збільшує підготовку лікарів-педіатрів і поступово здійснює перехід до педіатричної моделі надання допомоги.

Висновки.

1. В зв'язку із реформуванням галузі та необхідністю підвищення кваліфікації та перепідготовки значної кількості лікарів у фахівців загальної практики-сімейної медицини, оцінка компетенцій повинна забезпечити високі стандарти якості медичної допомоги лікарів, які надають первинну медико-санітарну допомогу дітям.
2. Важливим стратегічним завданням на етапі реформування є вироблення уніфікованих критеріїв та методологій систем навчання із забезпеченням якості підготовки та перепідготовки лікарів первинної ланки на рівні міжнародних вимог.
3. Комбінована модель надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я є найбільш прийнятною, адже першочергова увага повинна приділятися якнайкращому забезпеченню інтересів дитини та її потреб.

Аннотація. Обязанности государства и общества в отношении детей должны быть ориентированы на максимальное удовлетворение их потребностей в области здравоохранения - получать квалифицированную медицинскую помощь от рождения до юношеского возраста. На этапе реформирования медицинской отрасли Украины важной стратегической задачей является выработка унифицированных критериев и методологий систем подготовки, переподготовки и контроля компетенций семейных врачей, обеспечивающих первичный уровень оказания медицинской помощи детям. Педиатр, в качестве консультанта, обеспечивает вторичный уровень оказания медицинской помощи. Различные модели педиатрической помощи, функционирующие в европейских странах, имеют как положительные, так и

отрицательные стороны; на данном этапе наиболее эффективной и приемлемой является комбинированная модель.

Ключевые слова: педиатр, семейный врач, оказание медицинской помощи детям.

Abstract. Responsibilities of the state and society to children should be focused on maximal satisfaction their health needs - receive quality medical care from birth to adolescence. At the stage of reforming medicine in Ukraine important strategic objective is to develop standardized criteria and methodologies for systems of training, retraining and monitoring competencies of family physicians providing primary medical care for children. Pediatrician, as a consultant, provides a secondary medical care. Different models of pediatric care, functioning in European countries, have both positive and negative aspects; the most effective and acceptable is a combined model in stage of reforming medicine.

Key words: pediatrician, family doctor, health care for children.

Список використаної літератури.

1. Авраменко Т.П. (2012) Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. – К.: НІСД, – 35 с.
2. Пацюрко Ю.М., Пилипець Я.Д., Гера Л.П. та ін. (2011) Проблемні питання організаційних та медичних аспектів надання допомоги на догоспітальному етапі. У кн. Орда О.М., Дячук Д.Д., Коломоєць М.Ю. (ред.) Екстренна медична допомога. Європейські стандарти -2011: матеріали наук.-практ.конф. з міжнер. участю (31 березня – 1 квітня 2011 р.): 101-108.
3. IV Европейський Конгрес педиатрів – EUROPAEDIATRICS-2009. (електронне посилання <http://www.pediatr-russia.ru/pediatr/conf/mg55.html>).
4. Alfred Tenore, MD. (2012) 4th Global Pediatric Summit: Exploring Standards for Training, Assessment, and Physician Accreditation. 25-26 April 2012, page 42.
5. Dussault G., Fronteira I., Cabral J. (2009) Migration of health in the WHO European Region. World Health Organisation, 45 p.

6. European Resuscitation Council (2010) ERC Guidelines for resuscitation 2010 (електронне посилання <http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/resource-center>).
7. Okuda Y., Bryson E.O., DeMaria S.Jr. et al. (2009) The utility of stimulation in medical education: what is the evidence? Mt. Sinai J. Med., 76(4): 330-343.