

*АНАЛІЗ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ
ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ТА РЕФОРМА ПЕДІАТРИЧНОЇ ОСВІТИ В
УКРАЇНІ*

Кушнерева Т.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Різні моделі надання педіатричної допомоги, що запроваджені в європейських країнах, мають як позитивні, так і негативні сторони. Класична система підготовки лікарів-педіатрів в Україні визнана як найбільш ефективна, проте в умовах дефіциту фахівців – прийнятною є комбінована модель.

Ключові слова: педіатр, сімейний лікар, медична допомога дитячому населенню.

З кожним роком в Україні чисельність практикуючих педіатрів зменшується. Навіть у столичних медичних закладах невістачає близько 30% педіатрів, а в деяких районах центрах педіатрів немає взагалі. Реформа системи охорони здоров'я спрямована на більш широке охоплення медичною допомогою населення, що реалізується завдяки підготовки сімейних лікарів. Так, згідно нової концепції, до 2019 року в Україні у первинній ланці медичної допомоги працюватимуть лікарі загальної практики і педіатри, а з 2020 - тільки лікарі загальної практики. Залишається невирішеним питання підготовки педіатрів та об'єм надання ними медичної допомоги: дітям до трьох років, або до шести [1].

У країнах ЄС працюють моделі як сімейної медицини так і спеціалізованої педіатричної допомоги. Згідно офіційної статистики, в Європі практикують близько 82000 педіатрів, 40% з яких (приблизно 33000) складають первинну ланку охорони здоров'я по наданню медичної допомоги 91млн. дітей віком від 0 до 15 років. Найбільша чисельність практикуючих лікарів-педіатрів на 10000 дитячого населення у Греції, найнижча – у Британії та Ірландії;

забезпеченість педіатрами коливається в середньому в країнах Європи від 1 на 600 дітей до 1 на 3000 дітей [2].

В європейських країнах існує три моделі надання медико-санітарної допомоги дітям та підліткам: 1. Педіатрична система - складає 35%; допомога дітям та підліткам надається виключно педіатрами (Греція, Швейцарія, Угорщина, Люксембург, Чехія, Словачія); 2. Система надання первинної медико-санітарної допомоги дітям та підліткам сімейними лікарями або лікарями загальної практики - 18%; 3. Комбінована система - 47%, діти та підлітки приблизно порівну спостерігаються педіатрами та сімейними лікарями (Німеччина, Австрія).

Відмінності в існуючих моделях охорони здоров'я дитячого населення залежать від багатьох чинників – економічних, соціально-політичних, географічних, історичних. У більшості європейських країн, первинна допомога дітям і підліткам забезпечується педіатрами в конкуренції з лікарями загальної практики (з або без конкретної педіатричної підготовки).

В умовах зниження народжуваності в окремих регіонах зростає конкуренція між педіатрами та лікарями загальної практики. Розподіл 3-х моделей в європейських країнах ілюструє аргумент: «хто є (або буде) кращим в лікуванні дітей». У всіх країнах ЄС, за винятком Франції, Бельгії, Німеччини та Ірландії, пацієнти віком до 6 років спостерігаються виключно педіатрами. У Великобританії, Ірландії та країнах Північної Європи діти спостерігаються тільки лікарями загальної практики. У Франції більшість дітей, які проживають за межами великих міст, спостерігаються сімейними лікарями. Пацієнтами у віці до 14 років опікується тільки педіатр у Швейцарії, Австрії, Люксембурзі, Греції, Угорщині, Чехії і Словаччині. З 15-річного віку дітей спостерігає лікар загальної практики в Іспанії, Люксембурзі та Латвії. В Італії тільки пацієнти з хронічними захворюваннями можуть лікуватися у педіатра до досягнення ними 16-18-річного віку.

На думку провідних світових діячів медицини, тільки відповідна підготовка лікарів буде гарантувати підтримання здоров'я та благополуччя

дітей, і таку підготовку має тільки педіатр. Потреба у педіатрі обумовлена наступними аспектами: 1) важливість розуміння того, яким чином хвороба впливає на дитину і її сім'ю; 2) наявність у лікаря особливого співчуття і поваги до дітей; 3) прояв терпіння і чуйності у зв'язках лікаря з дітьми та їх сім'ями; 4) вміння координувати емоційно складні ситуації, пов'язані із дітьми; 5) знати культурні та релігійні переконання, що батьки можуть провести лікування своїх дітей; 6) знання юридичних та етичних основ, вміння підтримати дитину в якості адвоката у складних ситуаціях. Адже тому, суспільство потребує педіатра - як лікаря з особливими якостями [3].

Існуючі моделі охорони здоров'я дитячого населення повинні оновлюватись, доповнювати один одну з урахуванням сильних і слабких сторін. За даними Європейської навчальної програми в галузі освіти, повинна бути диференціація підготовки педіатрів для амбулаторної допомоги та лікарень. Спільною є післядипломна освіта протягом двох років, додаткова - три роки диференціальної програми. Педіатр первинного рівня забезпечує лікувальну і профілактичну допомогу при гострих і хронічних хворобах в амбулаторних умовах. Підготовка педіатрів вторинного рівня надання допомоги – фахівців для роботи в диспансерах, дитячих клініках, медичних дитячих центрах [3].

Проект про надання допомоги дитячому населенню сімейними лікарями у ряді країн ЄС не приймається через наступні причини: 1. Країни, які практикують сімейну медицину мають найвищий рівень дитячої смертності (Голландія). 2. Німеччина збільшує підготовку педіатрів і поступово запроваджує педіатричну модель надання допомоги. 3. В Англії програма вакцинації з часу запровадження сімейної медицини визнана нефективною і останнім часом система охорони здоров'я повертається до змішаної моделі спостереження дітей і підлітків педіатрами та лікарями загальної практики. 4. У Сполучених Штатах педіатр є найбільш важливим фахівцем в амбулаторії, який має додатково до 12 відповідних функціональних обов'язків. 5. З 1997 року в Америці знизився інтерес до вибору спеціалізації «Сімейна медицина», адже сімейні лікарі не можуть поліпшити показники захворюваності серед дітей та

підлітків. Так, професори із 24 медичних факультетів по всій Америці визнали недостатньою і неєфективною 3-річну спеціалізацію сімейних лікарів для компетентності практичних і теоретичних знань в галузі дитячих хвороб.

З часу створення ЄС реалізуються програми поліпшення педіатричної допомоги та освіти: 1. Відкрито доступ медичних фахівців на європейський ринок праці через директиви: 75/362/ЕЕС та 2005/36/ЕС. 2. Автоматичне взаємне визнання дипломів і сертифікатів кваліфікації в галузі медицини в усіх країнах ЄС. 3. Європейська академія педіатрії (ЕАР, UEMS) до складу якої входять педіатри 27 країн-членів ЄС та Норвегії, Швейцарії, Ісландії, прирівняли та узгодили стандарти навчання, навчальні програми і контроль якості освіти зі спеціальності «Педіатрія» по всій Європі.

Система медичної освіти в Європі для підготовки педіатрів базується, як і в Україні, на академічному рівні підготовки. Якість навчання є одним з найбільш важливих предикторів системи охорони здоров'я. Адже тому, збереження в Україні педіатричної галузі освіти є запорукою збереження здоров'я нації. «Справжня ознака нації - наскільки добре реалізовано піклування о дітях - їх здоров'ї, безпеки, матеріальної забезпеченості, освіти та соціалізації, а також розумінні дітей, що вони оточені любов'ю, їх цінують у сім'ях і суспільстві, в якому вони народилися» (UNICEF Innocenti Research Centre, 2007).

Як показує світова практика, найбільш ефективною є педіатрична модель надання медико-санітарної допомоги дитячому населенню з класичною системою підготовки лікарів-педіатрів. В Україні, в умовах нових технологій і нових форм організації медичної галузі з одного боку і дефіциту фахівців педіатричного профілю – з іншого, прийнятною є комбінована модель співпраці сімейних лікарів і педіатрів. Професія педіатра постає найбільш гуманною і важливою, з досконалим почуттям у фахівця соціальної відповідальності, задоволенням потреби дітей бути здоровими і отримувати кваліфіковану педіатричну допомогу від народження до юнацького віку.

Висновки: 1. Згідно з декларацією ВООЗ і ЮНІСЕФ, діти заслуговують найвищих стандартів лікування тому, що вони є найціннішим ресурсом і мають високий пріоритет турботи.

2. Компетентний підхід у системі надання допомоги дитячому населенню, оснований на принципах: профілактики – ранньої діагностики – своєчасного лікування – навчання дітей і батьків, може бути реалізований тільки завдяки діяльності педіатра.

3. При недостатній кількості педіатрів, первинну медико-санітарну допомогу дитячому населенню надають сімейні лікарі або фахівці загальної практики. На наступних етапах лікувально-профілактична допомога повинна надаватися педіатрами – реалізація комбінованої моделі надання медичної допомоги.

4. Сімейні лікарі повинні проходити інтенсивну підготовку з педіатрії. Оцінка компетенцій повинна забезпечити високі стандарти якості медичної допомоги лікарів, які надають медико-санітарну допомогу дітям.

Література:

1. 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.

2. Dussault G., Fronteira I., Cabral J. (2009) Migration of health in the WHO European Region. World Health Organisation, 45 p.

3. European Resuscitation Council (2010) ERC Guidelines for resuscitation 2010 (<http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/resource-center>).

4. 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.