

ОТЛИЧИЯ СИСТЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ, США И РОССИИ

Хамитова И.Р., Малинина Е.И., Зольникова Н.Е

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава
России, г. Тюмень

Ключевые слова: система страхования, медицинская помощь, детское население.

Резюме: Дано отличительное описание организаций систем медицинского обеспечения детей в странах Европы, США и России.

Resume: The distinctive description of the organizations of systems of medical support of children in the countries of Europe, the USA and Russia is given.

Актуальность. Здоровье - это сложное понятие, включающее характеристики физического и психического развития человека, адаптационные возможности его организма, его социальную активность, которые в итоге и обеспечивают определённый уровень умственной и физической работоспособности. В современных условиях развития здоровье детей и подростков является одной из первоочередных проблем, стоящих перед обществом [3]. Актуальность проблемы предупреждения различных заболеваний определяется высокой заболеваемостью детей, отрицательным влиянием на их состоянии здоровья [1]. В связи со стремительным развитием международного медицинского туризма все больше граждан РФ безосновательно полагают, что педиатрические службы США и стран Европы больше времени уделяют здоровью детей, чем аналогичные структуры в РФ [2]. Изучение работы педиатрических служб в этих странах поможет разобраться, почему сложилось такое мнение, и насколько оно является верным.

Цель работы - дать характеристику основным принципам диспансеризации детского населения в странах Европы, США и России.

Материалы и методы исследования: изучение законодательных актов, приказов, нормативных документов, регулирующих работу системы здравоохранения.

Результаты исследования и их обсуждение: Организация системы медицинского обеспечения детей в различных странах Европы (Великобритании, Германии, Норвегии, Италии), США и РФ основана на абсолютно разных системах страхования населения, следовательно, доступность медицинских услуг детям в каждой стране имеет свою отличительную особенность. В Великобритании оказание медицинской помощи определяется государственной системой здравоохранения (National Health Service), которая обеспечивает бесплатное медицинское обслуживание всем резидентам страны, что повышает его доступность на уровне первичного звена.

В России распространена система ОМС, преимуществом которой являются относительно небольшие взносы и высокая доступность медицинской помощи на всех уровнях. В США государством предоставлены бесплатные медицинские услуги лишь семьям, находящимся за чертой бедности, дети из других семей получают по-

Организация и управление здравоохранением

мощь в том размере, что оплачивает им страховка. Проблема плюрализма пакетов страхования в США выливается в то, что большое количество детей остаются необследованными и не получают должного лечения, а детям, не имеющим страховку, вовсе отказывают в обслуживании. То детское население, что попадает под защиту государственного страхования, имеет наиболее полный пакет услуг, поэтому ведение таких детей в США наиболее приближено к диспансеризации, действующей в РФ. Однако, во-первых, данная группа пациентов очень мала (16%), а во-вторых, плановые осмотры детей носят лишь рекомендательный характер, что в итоге влечет за собой высокие показатели детской заболеваемости и смертности, особенно в семьях со средним доходом. В РФ, напротив, диспансеризация детского населения является обязательной и охватывает все слои общества, что позволяет оценивать и улучшать здоровье большинства детей страны. Отличительной особенностью педиатрической службы в РФ является возможность посещения врачом-педиатром детей на дому, в других странах родители должны самостоятельно доставлять ребёнка в больницу; аналогичная система действует в сфере оказания неотложной помощи: услуги бригады СМП только в России включены в страхование. В Англии, в целом, не существует системы мониторинга здоровья детей, как и отдельного понятия «педиатр» на уровне первичного звена – родителям предлагается самостоятельно оценивать развитие своего ребёнка. В случае обнаружения патологии запись на приём к узкому специалисту осуществляется через семейного врача (General practitioner), а ожидание приема составляет 1,5-2 месяца. Доступность специализированной помощи в США неоднозначна: детям с большими пакетами страхования (35% от всего детского населения) данные услуги предоставляются в полном объёме, остальные не имеют материальной возможности получить дополнительную помощь. Напротив, в России услуги узких специалистов высоко доступны для всех слоев населения и предоставляются пациентам в кратчайшие сроки.

1 января 2008 года в Германии были внесены изменения в закон о медицинском обслуживании детей, в результате чего появилась медицинская услуга: обязательный плановый осмотр - эквивалент диспансерного наблюдения в РФ. И теперь немецкие родители имеют возможность регулярно оценивать состояние здоровья своего ребенка, получать рекомендации врача.

Каждой семье, имеющей детей, заблаговременно приходят уведомление, в котором напоминают о походе к врачу. Плановые осмотры являются для населения бесплатными, оплату производит единый страховой орган «Krankenkasse». А вот неотложная медицинская помощь детям является практически недоступной из-за того, что педиатрическая помощь в Германии - узкоспециализированная, поэтому считается труднодоступной. При несчастном случае (заболевании или травме) родители не могут обращаться в «die erste Hilfe» (аналог скорой помощи в России), а обязаны получить направление от педиатра к специалисту, что весьма увеличивает сроки помощи. В РФ неотложная помощь является более мобильной.

В Норвегии здравоохранение финансируется государством, правительство оплачивает большую стоимость медицинских услуг, что позволяет получить помощь абсолютно всем детям (в т.ч. детям иммигрантов так же бесплатно). Лекар-

Организация и управление здравоохранением

ства, выписанные участковым педиатром, получают бесплатно. Выделяют три уровня педиатрии в Норвегии: муниципальный, областной и государственный. На муниципальном уровне проходят: диспансеризация детей и подростков, долечивание, реабилитация, физиотерапия, идет работа со здоровыми или почти здоровыми пациентами. Диспансеризацией охвачены 100% детского населения. На областном уровне оказывают стационарную и консультативную помощь, а на государственном - высокоспециализированную: трансплантация, лечение редких генетических заболеваний, лечение онкологии. По данным статистики педиатрическая служба в Норвегии является одной из самых прогрессивных, современных и эффективных.

В Италии напротив практически полностью отсутствует педиатрия как отдельная ветвь медицины. Детской поликлиники не существует, как и узких детских специалистов. Педиатры работают в частных кабинетах. Здравоохранение в Италии является негосударственным, страхованием занимаются в частные компании. Медицинские услуги являются крайне дорогими, что «страховка» не всегда покрывает расходы. Поэтому не все могут позволить себе своевременно обратиться к врачу. В РФ система ОМС гарантирует всем слоям населения доступную медицинскую помощь. Диспансерного наблюдения нет, профилактических осмотров перед посещением садика и школы нет, что негативно сказывается на здоровье детей, хронические заболевания не профилактируются. Врач-педиатр проводит прием исключительно в медицинских учреждениях. Тогда как в России, например, существует практика приемов на дому у тяжелобольных пациентов. Так же педиатрический прием ведется 3-5 дней в неделю, поэтому была создана экстренная педиатрическая служба. Из выше перечисленного следует, что в Италии педиатрия слабо развита, что не позволяет в должном объеме получить необходимую медицинскую помощь.

Основным интегральным показателем уровня развития общества в стране является младенческая смертность. Динамика ее показателей за последние 5 лет в России имела волнообразный характер, хотя, безусловно, ее уровень был заметно ниже, чем к концу XX века. Достигнутый уровень младенческой смертности (7,5 на 1000 родившихся живыми) к 2011 году более чем в два раза превышал данные показатели в странах Западной Европы (в 2011 г.: 3,3‰ - Италия, 3,4‰ - Германия, 4,2‰ - Великобритания), но существенно не отличался от такового в США (6,1‰). В России переход на мировые стандарты жизнеспособности (масса тела более 500 г при сроке беременности не менее 22 недель) произошел, введение европейской системы регистрации младенческой смертности (приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.11 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи») в 2012 году отразился подъемом уровня младенческой смертности в 2013 году (2013 год - 8,6‰, 2014 год - 8,2‰ и 2015 год - 8,4‰) особенно в тех регионах, где отсутствовали перинатальные центры, возможности для выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела.

В странах же Западной Европы сохранялась относительная стабильность данного показателя. Среди стран Западной Европы наименьший показатель наблюдался в Италии (1,6-1,7‰), что связано с благоприятным климато-географическим положением, которое положительно влияет на здоровье как матери, так и ребенка. При

Организация и управление здравоохранением

анализе младенческой смертности с 2011 по 2016 год основной рост пришелся на раннюю неонатальную составляющую. В структуре причин младенческой смертности в РФ наиболее частыми являются: врожденные аномалии системы кровообращения, расстройство дыхательной системы, особенно в период новорожденности, травмы, отравления, воздействия внешних факторов, в странах Западной Европы преобладает смертность вследствие континентальных аномалий.

Выводы. Профилактическая направленность детского здравоохранения в России, диспансерное наблюдение детей до 1 года - это уникальная система медицинского обслуживания детского населения в амбулаторно-поликлинических условиях. Также высокоспециализированная медицинская помощь доступнее в сравнении с другими странами. Однако, при всех достижениях в данной области, при положительных тенденциях снижения младенческой смертности, ее уровень в РФ отстает от стран Западной Европы, но сравним с таковым в США, отражая социально-экономическое положение страны в целом.

Литература

1. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харькова Т.Л., Тимонин С.А. Смертность и продолжительность жизни // Население России 2013. - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2013. - С. 182-273.
2. Ануфриев А.Н. Младенческая смертность. - М.: Медиа Сфера, 2013. - С. 53.
3. Емелина О.И. Становление системы помощи детям раннего возраста за рубежом // Специальное образование. 2013. №3.