

Родительское движение
« ЗА НАШИХ ДЕТЕЙ »

www.zadetej.org.ua



Родительское движение «За наших детей»

- Мы простые родители, которые встали на защиту прав своих детей
- Мы не политическая организация, и не придерживаемся никаких политических взглядов, поэтому мы независимые.
- Движение родителей возникло в протест тем негативным изменениям в медобслуживании детского населения, которые принесла медреформа

www.zadetey.org.ua

- Сайт родительского движения создан с целью привлечения внимания общественности к проблемам медреформы
- В разделе «ситуация глазами родителей» собраны сотни отзывов родителей, с фото и видео
- Опубликована переписка с властью, материалы по участию нашей организации в круглых столах, парламентских слушаниях, общественных мероприятиях и т.п., наши требования и предложения.

Медреформа в Днепропетровске началась с нарушения закона

- Медреформа в Днепропетровске началась поспешно и необдуманно
- В нарушение ст. 6, пп. ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» *Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає* є) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- *ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;*
- *з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я*
- До начала «активной фазы» не было проведено ни одного общественного слушания!
- Мнение пациентов – прямых потребителей услуг, не было учтено. Не проведено всесторонних социологических опросов и т.п.

1 шаг - упразднение поликлиник

- Привело к резкому негативному отношению пациентов, особенно упразднение детских поликлиник
- Смешению потоков населения (детского и взрослого, больных и здоровых) – негатив населения, угроза повышения заболеваемости.
- Здания новых амбулаторий зачастую не предусматривают возможность разделения потоков пациентов, нет отдельных входов для температурящих больных, нарушены нормы (**Государственные Строительные Нормы, СНИПы, Пожарная безопасность, Санэпидемнормы**) (узкие коридоры, не проветриваемые помещения, маленькие санузлы и т.д.)

1 шаг - упразднение поликлиник

- Проблемам административного характера – в здании больших районных поликлиник созданы по 3-4 амбулатории, с задвоением управляющего персонала
- *(Пример: на ж.м. «Тополь» находились взрослая и детская поликлиники. Сегодня в детской поликлинике расположили 4 амбулатории, а это значит, что взрослое и детское население ходят в одно здание, а это более 100 тыс. чел. А в здании взрослой поликлиники расположены врачи второго уровня и лаборатории. Это не оправдано, абсолютно никак не приближает медицину к пациентам, не повышает качество предоставляемых услуг, в итоге люди возмущены).*
- *В результате разделения на первичный и вторичный уровни и отсутствия соответствующих изменений в нормах трудового законодательства наблюдается задвоение административного персонала в одном здании, а именно – 2 главных врача, 2 заместителя, 2 бухгалтера, 2 инспектора по охране труда, гражданской обороне и т.п. В современных экономических условиях - это недопустимый пример неэффективного использования денежных средств.*

Для крупных городов целесообразнее воссоздать поликлиники, как единый лечебно-диагностический комплекс

- **Применить разноформатный подход к реформированию.** На территориях с высокой плотностью населения (крупные жилмассивы, спальные районы) воссоздать сеть поликлиник (отдельно взрослые и детские), на территориях с низкой плотностью населения (отдаленные городские районы, сельская местность) – развивать сеть амбулаторий.
- **Воссоздать поликлиники для государства дешевле и быстрее, чем создать необходимое количество оборудованных и укомплектованных согласно Табеля оснащения и норм САНПИНа амбулаторий; необходимо логическое и экономическое обоснование целесообразности создания 3-4 амбулаторий в одном здании бывшей поликлиники, что вопреки нормам Закона о медреформе (N 3612-VI от 07.07.2011 г.) не приближает медицину к пациентам**

Разделение на I и II уровни

- Удлинился «маршрут пациента»
- Получить услуги узкоспециализированного врача стало сложнее.
- Рентген аппарат, флюорограф и прочее диагностическое оборудование осталось на II уровне, тогда как 80% потребности – это I уровень
- *Теперь, чтобы пройти, например, обследование УЗИ, необходимо получить направление от семейного врача (терапевта, педиатра) (I уровень), затем записаться на прием (получить талон) к узкому специалисту (II уровень), чтобы он выдал свое направление, затем записаться (получить талон) на УЗИ. Намного сложнее стало сделать обследование маммографии.*
- Большая проблема с лабораториями. На I уровне оставили только общий анализ крови и мочи, а расширенные анализы – на II уровне.
- *Теперь, зачастую, чтобы получить расширенный анализ крови мама с больным ребенком вынуждена ездить через пол-города, время проезда может занимать 30-40 минут в общественном транспорте. В длинных очередях и взрослые и дети. Многие родители перешли на обслуживание в частные лаборатории.*

Разделение на I и II уровни

- Острая нехватка узких специалистов
- На первичном уровне осталось только **0,1** ставки узкопрофильных врачей на **1000** пациентов (например - на 100 тыс. чел. ЦПМСП осталось всего 10 узкопрофильных специалиста). Это привело к тому, что родители с детьми вынуждены ездить на другой конец города, чтобы сдать расширенный анализ или пройти узкопрофильного специалиста. **Медреформа в современном формате предоставила жителям города выбор – либо долго стоять в длинной очереди, либо – платная медицина.**

Оснащение и оборудование

- Позитив – амбулатории оснастили сумками-укладками семейного врача, современными анализаторами, глюкометрами, тонометрами.
- Врачам закупили мобильные телефоны
- Закупили автомобили (очень большой плюс)
- Негатив:
 - полученные анализаторы крови выполняют только кровь "тройку" и тромбоциты, а развернутый анализ крови необходимо выполнять врачом лаборантом вторичного уровня
 - анализаторы мочи и крови очень дорогостоящие в обращении (дорогие тест системы, реактивы для обеспечения промывки системы, а срок службы всего 2 месяца с момента открытия банок, потом надо выливать, даже если не использовали и т.д). Аппаратура работает только на "родных" комплектующих и расходных материалах. Тестовые полоски для анализов мочи еще не прошли сертификацию на Украине (нет в наличии)
 - в сумках-укладках вообще не предусмотрено наличие медикаментов для оказания неотложной помощи, а с 01.01.2013 - оказание неотложной помощи это функция врачей первичного уровня, а не бригад скорой мед. помощи. Деньги на это не выделялись; сумки слишком тяжелые
 - об обновлении вспомогательного оборудования: физиотерапевтические аппараты, медицинская мебель и т.д речи вообще не идет (нет финансирования).
 - инструкции к некоторому оборудованию на иностранном языке без перевода, и не все качественно работает
- Большинство амбулаторий, особенно удаленные, не оснащены в полном объеме оборудованием согласно Табелю оснащения (приложение к приказу МОЗ Украины от 23.02.2012 №132)

Оснащение и оборудование

- **Проанализировать уровень** обеспечения первичного уровня **вакцинами (прививками)**, в т.ч. такими как туберкулин (проба Манту), БЦЖ, АКДС. Обоснование: туберкулин отсутствовал в 2013 г. в течении 6 месяцев, с БЦЖ и АКДС наблюдаются перебои и недостаточное обеспечение пациентов (очереди на прививки на 2-3 месяца).

Кадры решают все

- **Переобучение на семейных врачей**
- нарекания со стороны пациентов на низкую квалификацию переученных специалистов (особенно в области педиатрии);
- какова экономическая целесообразность инвестировать в переобучение специалиста пенсионного возраста;
- нарекания со стороны пациентов на отсутствие врачей на приеме по причине переобучения этих врачей на курсах семейной медицины.
- Резко возросла нагрузка на врачей находящихся на рабочем месте (1 физическое лицо осуществляет медицинское обслуживание населения 3-5 участков), как следствие - выросла временная нетрудоспособность медицинских работников и снизилось качество медицинского обслуживания.

Кадры решают все

- **Острая нехватка кадров** (квалифицированных семейных врачей с достаточной практикой и опытом работы в семейной медицине). Переобучение врачей по специализации врач общей практики семейной медицины проводится по ускоренной методике (4 мес.+2), на время обучения не возможно качественно и в полном объеме заменить отсутствующих специалистов, как во время амбулаторного приема, так и в осуществлении неотложной помощи на дому. Большинство врачей, прошедших переобучение на врачей семейной медицины не имеют достаточного практического опыта работы семейным врачом (врачом общей практики). Нет обновления кадрового резерва медицинских работников – на сегодня на первичном уровне — 60% пред пенсионного и пенсионного возраста. Ни один врач не может одновременно быть высококвалифицированным педиатром, гинекологом, невропатологом, хирургом и ортопедом.
- **По переученным семейным врачам приведу только один пример** – мама с ребенком 3 лет обращается к семейному врачу с жалобой на высокую температуру у малыша. Переученный семейный врач так и не смог найти подход к ребенку и просто осмотреть горло. Когда же дело дошло до назначения курса лечения, то семейный врач, поинтересовавшись о том, что ранее назначал в таких случаях педиатр - назначил **те же лекарства. И еще одна ремарка – подавляющее большинство педиатров, которых вынудили пойти на курсы семейных врачей заявляют, что как только их заставят вести прием взрослых пациентов – они уволятся!!!** То же самое можно услышать от терапевтов, которые боятся лечить маленьких детей.

Ошибки в системе мотивации персонала первичного уровня

- **Проанализировать систему мотивации персонала первичного уровня.** Обоснование: в существующей системе индикаторов качества уже заложены системные ошибки - например: % вакцинирования населения (что делать в условиях отсутствия вакцины не по вине врача), флюорограф находится на вторичном уровне, а контрольный индикатор относится к первичному. Спорные также индикаторы — уровень госпитализации и уровень обращения к узкопрофильным специалистам (семейный врач просто перестанет диагностировать и направлять), раннее выявление рака невозможно без соответствующего оборудования. В систему мотивации персонала первичного уровня (в частности - семейных врачей) заложен такой количественный показатель, как количество обслуживаемого населения. С целью увеличения заработной платы врачи вынуждены стремиться к увеличению данного показателя, что кроме повышения фонда оплаты труда приводит к резкому снижению качества предоставляемых услуг населению (что противоречит целям реформы). При этом рабочий день существенно увеличивается (до 12 часов) при сохранении прежнего оклада.

Просим сохранить педиатрию!

- Для повышения качества диагностики, профилактики и лечения детского населения, **просим оставить в штатном расписании первичного уровня и бригад скорой помощи должность педиатра с сохранением количества специалистов не ниже уровня 2010 года (до реформы), с предоставлением необходимого материально-технического обеспечения работы и сохранением оплаты труда на уровне не ниже семейного врача. Обоснование:**
- крайнее недовольство населения города касательно упразднения участковых педиатров
- для подготовки квалифицированного семейного врача необходимо минимум 7 -10 лет, для получения практического опыта – еще 3-5 лет. Как минимум ближайшие 15 лет педиатры должны оставаться на первичном уровне в полном объеме
- повышение риска увеличения детской заболеваемости в связи с постановкой неправильных диагнозов и неверного лечения. МАМЫ переходят на самолечение, лечение по интернету!
- Право выбора врача очень сомнительное (т.к. будет значительное превышение нормы на 1 одного врача, будет применяться административное давление)
- Плачущие младенцы, беременные женщины и пенсионеры с давлением в одной очереди – социальное напряжение, больные взрослые и дети – риск повышения заболеваемости
- Детей должен лечить специалист- врач-педиатр!

Просим сохранить педиатрию!

- Существует 3 модели организации оказания медицинской помощи детям: 1.) врач-педиатр является врачом первичного контакта (то есть первичный уровень оказания медицинской помощи детям); 2.) врач общей практики выполняет функции первичного уровня, а врач-педиатр является консультантом; 3.) комбинированная система. Среди 34 стран Европы у 12 из них действует **первая модель** (Испания, Греция, Чехия, Словакия, Болгария, Кипр, Словения, Литва, Россия, Украина (в прошлом) и др. В 16 странах Европы существует комбинированная система, **третья модель** (Франция, Португалия, Германия, Швейцария, Бельгия, Польша, Венгрия, Италия, Турция, Латвия, Эстония, Швеция, Австрия и др.).
- И только в 6 странах Европы (Великая Британия, Ирландия, Дания, Нидерланды, Норвегия, Финляндия) первичную медицинскую помощь детям оказывают врачи общей практики (**вторая модель**). При этом следует обратить внимание на то, что в 52% стран Европы преобладающему большинству детей возрастом до 2 лет (более 90%) первичную медицинскую помощь оказывают врачи-педиатры. Существует четкое статистически достоверное соотношение между системой педиатрической помощи и доходами населения. Страны, которые выбрали первую модель педиатрической помощи – это страны с более низкими доходами на 1 жителя, чем страны со второй или комбинированной моделями. Большинство развитых стран отказались (или отказываются) от услуг врача общей практики, по тому что его уровень оказания медицинской помощи не удовлетворяет в полной мере потребности населения цивилизованных стран. А количество педиатров в мире увеличивается. Например, в США за последние 6-7 лет оно выросло в 5 раз. Такая же тенденция наблюдается в Канаде и других странах.
- Страны с многолетней историей семейной медицины сегодня стали ориентироваться на первичную педиатрическую помощь, давно существующую в Украине. Вот недавняя статистика по США: обращения детского населения распределились следующим образом – 67 % к педиатру, 26 % к семейным врачам и 7% к другим специалистам. И переход семей на обслуживание детей педиатром имеет стойкую возрастающую тенденцию. Аналогичные тенденции и в Европе. Там остро не хватает педиатров, и принимаются все меры для увеличения их подготовки. В тех странах, где детей наблюдают и лечат педиатры, имеются существенно лучшие показатели по здоровью детей и низкие по смертности. В 14 странах Европы существуют и развернутые более узкие педиатрические службы – педиатры первичной помощи, специалисты по контролю развития детей, специалисты по ведению здоровых детей, школьные педиатры и т.д. **Почему Украина приняла за основу вторую модель, которую эксперты признали менее эффективной и которую могут себе позволить только страны с высоким уровнем экономического развития? Почему Украина, не учитывая мировой опыт, сокращает педиатрию, тем самым – не задумывается о своем будущем!**

Профилактика заболеваний

Уходит в прошлое понятие, как профилактика заболеваний.

Ярким примером тому является отмена «Дня здорового ребенка», отмена диспансеризации, сокращение кабинетов инфекционных заболеваний и отдела дошкольно-школьной медицины

За 2 года НЕТ анализов результатов «пилотного проекта»!

- **Необходимо провести всесторонний анализ финансово-экономических и статистических показателей системы охраны здоровья** (до и после начала медреформы), что позволит понять, что в области растет смертность, особенно в перинатальный период и среди детей до 1 года, растет недовольство людей, и нет ожидаемого экономического результата.
- проанализировать финансово-экономический эффект от реформы, статистику заболеваемости, смертности, оценить окупаемость инвестиций, провести социологические опросы пациентов, проанализировать соблюдение действующего законодательства по защите прав детей и внести соответствующие коррективы в план реформирования медицины.
- п. 1 статьи 11 Закона Украины «О порядке реформирования системы охраны здоровья в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и г. Киев» (N 3612-VI от 07.07.2011 г.) позволяет проводить мониторинг ситуации в т.ч. проводить анализ экономической эффективности медреформы в существующем формате.

Начало реформирования медицины повсеместно по всей стране не допустимо без глубочайшего анализа результатов «эксперимента» в пилотных областях!

www.zadetey.org.ua

Более подробно со всеми проблемами, которые выявлены в ходе реформирования медицины, можно ознакомиться на сайте Родительского движения «За наших детей» www.zadetey.org.ua

А также на страничке в Фейсбуке:

<https://www.facebook.com/NezavisimoeRoditelskoeDvizhenieZaNasihDetej>

Спасибо за внимание!