



О ПРОБЛЕМАХ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В КАЗАХСТАНЕ

Е.А. Аязбеков, А.К. Машкеев

НЦ педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан, г. Алматы
ОО «Союз педиатров» Казахстана, г. Алматы

Программой по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 гг. предусмотрены меры на совершенствованию кадровой политики в области ОЗМ и Р. При этом учитывая приоритетность мер повышения качества медицинской помощи, объем и сложность работы в сфере ОЗМ и Р, было решено с 2008 года ввести в штаты управлений здравоохранения областей должность заместителя начальника управления по курации ОЗМ и Р и отделы данной службы. Однако данная мера остается невыполненной в половине административных территорий страны. В части Управлений здравоохранения курация этой важной и особо сложной отрасли здравоохранения возложена на заместителя начальника по общим лечебным вопросам. Мотивировка при этом основывается на установке по ограничению административного аппарата.

Имеются разные подходы и в формировании отделов ОЗМ и Р. В большинстве областей штатная численность отдела минимальна и состоит из руководителя отдела и 2-х главных специалистов (педиатра и акушера-гинеколога). Но есть примеры крупных отделов ОЗМ и Р за счет введения узких специалистов (неонатолога, педиатра).

Опрос мнений главных специалистов областей в отношении управления службой ПМСП на районном уровне показал полное единодушие в вопросе необходимости введения заместителя главного врача сельских районных поликлиник. На сегодня координация всей полноты лечебно-профилактической работы по детству и родовспоможению на районном уровне возложена на районного педиатра и акушера-гинеколога. В условиях дефицита кадров по этим специальностям на местах районные педиатры и акушеры-гинекологи вынуждены нести непомерную нагрузку по непосредственной организации оказания экстренной и плановой медицинской помощи. Многочисленные должностные обязанности, в том числе и оформление разного рода медицинской документации, занятость по обращению граждан, нередко, по чисто техническим делам и т.д. и т.п. негативно отражаются на продуктивности и конечной эффективности их деятельности.

При этом заработная плата райпедиатра низкая по сравнению с таковой практических врачей. По причине загруженности он не имеет возможности работать по совместительству практическим врачом, получать надбавки, рискует потерять категорию по своей специализации. Поэтому должность главного педиатра теряет привлекательность, не дает морального удовлетворения.

На данном переходном этапе развития службы ПМСП, реализации чрезвычайно важной программ 3-х уровневой регионализации перинатальной помощи, контроля эффективности программы интегрированного ведения болезней детского возраста, а главное для решения приоритетной задачи по снижению материнской и детской смер-

ности – введение штатной должности заместителя главного врача районной поликлиники по детству и родовспоможению представляется необходимой и неотложной.

По мнению главных педиатров и акушеров гинекологов управлений здравоохранения и специалистов районного звена эту должность следует ввести именно в штат районной поликлиники, а не центральной районной больницы. Необходимо высвободить райпедиатров и акушеров-гинекологов для работы по своим прямым обязанностям по обеспечению качества оказания первичной медицинской помощи детям и женщинам не местах.

Проблемы и трудности в организации успешной работы программы 3-х уровневой регионализации перинатальной помощи (ПП) главным образом связаны с недостаточной кадровой и материальной-технической обеспеченностью, особенно в I-м районном (сельском) звене.

Так, только по 11 административным территориям, в т.ч. городам Астана и Алматы) необеспеченная потребность в педиатрах составляет 174, в неонатологах – 99, в реаниматологах – 181, в акушерах-гинекологах – 252 специалиста.

В эту статистику не вошли количественные данные Восточно-Казахстанской, Южно-Казахстанской, Алматинской, Акмолинской и Мангистауской областей, в которых также не хватает педиатров и неонатологов. Обеспеченность ими составляет в пределах от 1,1 до 1,4 на 1000 детей при республиканском показателе 1,5 на 1000 родивших живыми и мертвыми. Острую потребность в акушерах-гинекологах испытывают Южно-Казахстанская и Мангистауская области (обеспеченность 8,1 и 7,8 при республиканском показателе 10,2).

Наиболее слабым звеном в регионализации перинатальной помощи является 1-й районный (сельский) уровень. В большинстве областей укомплектованность этого звена акушерами-гинекологами не превышает 60%, неонатологами – 30%, анестезиологами - реаниматологами 40%.

Проблемы кадрового дефицита также актуальны и для II и III звеньев ПП. В областных перинатальных центрах испытываемые трудности в укомплектовании акушерами-гинекологами, неонатологами, анестезиологами – реаниматологами отчасти связаны с относительно низкими, ставками заработной платы даже по сравнению таковыми в I звене. Это способствует не только снижению привлекательности труда высококвалифицированных специалистов в III звене, но и тенденции к оттоку кадров из системы. В целом недостаточная кадровая обеспеченность порождает чрезмерную загруженность имеющихся специалистов. В результате всего этого неминуемо снижение качества оказания специализированной помощи роженицам и новорожденным. В перинатальных центрах также не предусмотрена штатная единица детского врача – рентгенолога.



Для всей системы перинатальной помощи в условиях сельских районов трудно разрешимой проблемой является обеспечение ранней антенатальной диагностики патологии плода и болезней новорожденного, в частности врожденных пороков развития. При этом сказывается острая нехватка врачей, владеющих современными функционально-диагностическими методами, в частности УЗИ. Сложная диагностическая аппаратура не используется с полной отдачей из-за отсутствия подготовленных специалистов и низкого технического обслуживания и ремонта. В большинстве сельских районов слаба лабораторная служба.

Пожалуй для большинства областей особое беспокойство и трудность доставляют транспортно-коммуникационные неурядицы. Не решены системно вопросы транспортировки беременных и больных детей, особенно из отдаленных сел и аулов в районные и областные центры. Единичные санитарные машины СВА не в состоянии обеспечить всех потребностей. Эффективность работы снижает недостаточность санитарных транспортных средств, оборудованных ювезами и средствами экстренной помощи.

Одной из немаловажных причин невозможности или отказа пациентов от поездки в учреждения II или III уровня является стоимость транспортировки, которую не могут себе позволить многие семьи аулов. Поэтому актуален вопрос выделения в местных бюджетах достаточных средств для оплаты автотранспортных расходов и доставки по показаниям беременных женщин и детей. Остается необходимость приобретения медицинских специализированных транспортных средств для адекватной перевозки беременных и новорожденных.

Резюмируя можно сказать, что замечательная по замыслу, стройная по разработке программа 3-х уровней регионализации перинатальной помощи, способная в принципе в решающей степени обеспечить снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности, при ее реализации в современных реалиях и условиях на местах пока не может проявить всех своих потенциальных возможностей, особенно в основополагающем сельском уровне.

Причины тому не являются непреодолимыми. Ряд вопросов могут быть сняты компетентными решениями на местном уровне. Но для этого приоритетность задач охраны здоровья матери и ребенка должна признаваться на деле и быть в центре внимания акиматов. Здесь необходима также научная разработка проблемы путем проведения целевых аналитических исследований по государственному заказу и использованию областных бюджетных возможностей с целью адаптации программы регионализации ПП с учетом местных факторов. В результате этих исследований должны быть предложены всесторонне обоснованные рекомендации по дополнительным мерам и внесению их в областные программы по снижению материнской и детской смертности.

Постановление Правительства РК №889 от 27.08.05 г.) «Об утверждении Правил бесплатного и (или) льготного обеспечения отдельных категорий граждан» и соответствующие внутриведомственные приказы Минздрава РК обеспечили повсеместную реализацию государственной программы гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в части лекарственного обеспечения беременных женщин, де-

тей до 5 лет, детей и подростков, состоящих на диспансерном учете.

Есть все же частные проблемы обеспечения этого контингента пациентов, проживающих в отдаленных аулах, где нет ни медицинских пунктов, ни аптек. Частные аптеки нередко не проявляют заинтересованности в реализации бесплатных или льготных лекарств. Поэтому работники детских и женских ЛПУ ставят вопросы расширения сети государственных аптек за счет местного бюджета. Однако эти помехи могут и должны решаться в соответствии с действующими Правилами уже на стадии проведения тендера по закупке лекарств и четкого формулирования в договорах условий для поставщиков и контроля выполнения ими соответствующих требований.

Наиболее проблемным вопросам в организации и оказании первичной медико-санитарной помощи как в городской, а тем более в сельской местности остается кадровый дефицит педиатрической участковой службы, ее неукомплектованность в соответствии с нормативами.

Задача укомплектовать медицинские организации ПМСП медицинскими кадрами в соответствии с типовыми штатами поставлена Государственной программой реформирования и развития здравоохранения с 2006 года с завершением в 2010 году. Однако существенной динамики в улучшении положения за последние 3 года не происходит. Показатели укомплектованности участковыми педиатрами по областям колеблется в пределах 60-85%, да и то с учетом достаточно высокого коэффициента совместительства (до 1,4). Особенно эта проблема остра в Южных и Юго-Западных областях страны с традиционно высокой рождаемостью.

Нагрузка на 1-го участкового педиатра по количеству детей на участке обычно превышает норматив (800-900), достигая 1100-1500 детей. Поликлинические приемы детей как правило превышают нормы до 1,5 – в 2-раз в расчете на 1 час работы. Такая же ситуация и с посещениями детей на дому.

В штатном расписании общеобразовательных школ предусмотрены медицинские сестра, но нет ставок врачей. Тем не менее медицинское обслуживание школьников также лежит на плечах участковых педиатров детских поликлиник амбулаторий.

Кроме того педиатры поликлинического звена непомерно загружены бумажной работой. При всей необходимости и важности составления медицинской документации, она отнимает много времени от непосредственных обязанностей врачей первичной медико-санитарной службы, особенно у участковых педиатров.

Преодоление этого «заколдованного круга» может быть достигнуто путем ускоренного внедрения намеченных в госпрограммах по ведомству новых форм организации труда, использования современных информационных компьютерных технологий, обучения медработников владению ими, введения в штаты ЛПУ программистов и операторов.

Существенный на данный момент кадровый кризис в педиатрии, особенно на уровне ПМСП, имеет тенденцию к усугублению в ближайшей перспективе. Одним из основных причин такого прогноза является незавидное социально-экономическое положение детских врачей в иерархии медицинских специальностей. Так сложилось, что педиатры оказались самыми низкооплачиваемыми в сравнении с



другими специалистами отечественной медицины. По данным, полученным на официальные запросы от областных учреждений здравоохранения, молодые педиатры имеют реальную зарплату (ставка + доплаты) по городу в среднем 40 тыс. тенге, по селу – 50 тыс. Такой уровень оплаты труда педиатров в амбулаторно-поликлиническом звене ПМСП не привлекает молодых специалистов. Поэтому высок (до 30-50%) удельный вес участковых педиатров предпенсионного возраста, что предполагает текучесть кадров в ПМСП, достигающую до 20%.

Выпускники медвузов по специальности «педиатрия» из-за низкой зарплаты и трудных условий работы стремятся переквалифицироваться по узким специальностям – ЛОР, физиотерапия и др. Часть из них уходит в частный сектор медицины или в другие бизнес – структуры, где их труд и квалификация оцениваются гораздо выше.

В настоящее время в целях закрепления кадров в сельской местности ряд областных акиматов и управлений здравоохранения практикуют формирование целевых заказов медвузам на подготовку специалистов на основе договоров и оплаты обучения студентов с последующей отработкой по специальности на местах. Предоставляются определенные льготы в устройстве быта. Но как показывает практика, и эта мера, содержащая в какой-то мере элемент принуждения молодого специалиста, недостаточно эффективна.

Решение кадровых проблем в службе ОЗМ и Р, особенно в районном (сельском) уровне ПМСП, мож-

но ожидать лишь при приведении зарплаты работников в соответствие с исключительной значимостью этой службы и объемом нагрузок. Необходима безотлагательная реализация предусмотренных Государственными программами справедливых мер по дифференцированной оплате труда специалистов и введении принципа оплаты по конечному результату, запланированных в сроки до 2010 года.

В улучшении результативности первичной медико-санитарной помощи детям, особенно в сельском звене, большее значение будет иметь повсеместное в стране контролируемое внедрение в практику программ ВОЗ по грудному вскармливанию и интегрированному ведению острых респираторных и диарейных болезней у детей. Эти программы, простые и понятные для родителей, действенные по результатам, не требуют больших затрат в реализации. Предусматривают повышение знаний родителей о преимуществах исключительно грудного вскармливания для здорового развития малышей, обеспечивают раннее распознавание первых признаков острых заболеваний у детей, что очень важно для своевременного обращения родителей за медицинской помощью.

Поэтому не случайно данные программы отнесены к приоритетным мерам Государственной программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы, реализация которых в регионах будет систематически отслеживаться по индикаторным показателям.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ГЕМОФИЛИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

К.О. Омарова, Ж.А. Киялбекова, Г.Е. Омарова, Н.А.Хайрова

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан,
г.Алматы

Всего состоит на учете больных гемофилией по РК 251 ребенок. Из них с гемофилией А – 192 ребенка (93%), с гемофилией В – 14 детей (7%), с Болезнью Виллебранда 45 детей. Совместно с ТОО «Мединформ» создан автоматизированный популяционный регистр больных детей гемофилией РК. Проведен расчет потребности на год в факторах VIII, IX в разрезе областей по количеству детей, состоящих на учете в каждой области. Закуп факторов проводится на местах по местному бюджету. Для дальнейшего совершенствования помощи больным гемофилией необходимо создание консультативно-координационного центра для больных гемофилией, имеющего официальный статус с квалифицированными специалистами и надлежащей лабораторной базой.

Ключевые слова: гемофилия, дети, регистр, факторы.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ГЕМОФИЛИЯМЕН НАУҚАС БАЛАЛАРҒА ЕМДІК-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Қазақстан Республикасы бойынша 251 бала гемофилия ауруымен есепте тұрады. Оның ішінде 192 бала (93%) гемофилия А, 14 бала (7%) гемофилия В және 45 бала Виллебранд ауруымен. «Мединформ» ЖКС-мен бірге ҚР гемофилиямен аурубалалар туралы автоматтандырылған регистр құрылды. Әр облыста есепте тұратын балалардың саныны қарай 1 жылға облыстың факторларға қажеттілігі есептелді. Факторларды сатып алу жергілікті бюджет есебінен жүргізіледі. Көмект жасарту шн гемофилиямен ауру науқастарға тәжірибелі мамандары мен лабораториялық базасы бар ресми статус берілген кеңесті -координациялық орталық құру.

Түйінді сөздер: гемофилия, балалар, регистр, факторлар.

ORGANIZATION OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE CARE FOR CHILDREN WITH HAEMOPHILIA IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Total of registered patients with hemophilia by RK 251 children. Of those with hemophilia A - 192 children (93%) with hemophilia B - 14 children (7%), with the disease fon Villebrand 45 children. The creation of a consultative and coordinating center for patients with hemophilia, whose official status of qualified personnel and good laboratory facilities. Organization of preventive treatment of patients with haemophilia – a systemic introduction of concentrate factors. Addressing the surgical care to patients with damage to the musculoskeletal system.

Key words: haemophilia, prophylactic treatment, surgical care.