



## О СОСТОЯНИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА И ПРОБЛЕМАХ СНИЖЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Е.А. Аязбеков, А.К. Машкеев**

НЦ педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

В результате реализации первого этапа Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в 2005-2010 годах успешно осуществлены намеченные цели, по реформированию первичного звена (ПМСП), бесплатному обеспечению отдельных контингентов детей лекарствами, строительству современной материально-технической базы ряда крупных республиканских детских учреждений и по Президентской программе 100 больниц 100 школ. Существенно увеличено бюджетное финансирование отрасли. В результате достигнуто определенное улучшение качественных показателей здоровья населения.

Так, последовательно увеличивались показатели рождаемости, естественного прироста населения. Младенческая и детская смертности до перехода в 2008 г. на критерии живорождения ВОЗ имели устойчивую тенденцию к снижению. Однако, за последние 5 лет общая заболеваемости детей от 0 до 1 года и от 0 до 5 лет не имела существенного снижения показателей. Наметилась динамика повышения числа детей инвалидов в возрасте детей от 0 до 3 лет и детей до 16 лет.

В целях улучшения управления службой репродуктивного здоровья и реализации Государственной программы снижения материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 было предусмотрено восстановление в аппарате областных управлений здравоохранения должности заместителя начальника по ОЗМ и Р. Однако данная мера остается невыполненной в ряде областей. Курация службы возложена на заместителя начальника по общим лечебным вопросам, что не соответствует значимости и сложности этой особой отрасли здравоохранения, снижает результативность ее работы.

Имеются разные подходы в Управлениях здравоохранения 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 акушер-гинеколога).

Заслуживают внимания и проблемы на районном уровне руководства службой ОЗМ и Р.

На данном переходном этапе развития службы ПМСП, реализации чрезвычайно важных программ 3-х уровневой регионализации перинатальной помощи, интегрированного ведения болезней детского возраста, и др., а

главное для координации решения конкретных задач организации работы на местах – введение штатной должности заместителя главного врача районной полклиники по детству и родовспоможению представляется необходимой и неотложной.

На сегодня координация всей полноты лечебно-профилактической работы по детству на местах возложена на районного педиатра. Многочисленные, часто нерегламентированные должностные обязанности, негативно отражаются на конечной эффективности их деятельности. При этом заработная плата райпедиатра низкая по сравнению с таковой практических врачей. Поэтому должность районного педиатра теряет привлекательность, не дает морального удовлетворения.

Введение штатной должности заместителя главного врача районной поликлиники по детству и родовспоможению позволила бы высвободить райпедиатров и акушеров-гинекологов для работы по своим прямым обязанностям обеспечения качества оказания первичной медицинской помощи детям и женщинам на местах.

Проблемы и трудности в организации работы программы 3-х уровневой регионализации перинатальной помощи (ПП) главным образом связаны с недостаточной кадровой и материально-технической обеспеченностью.

Наиболее слабым звеном в оказании 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 трудности в укомплектовании акушерами-гинекологами, неонатологами, анестезиологами, реаниматологами 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.



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 женщин и больных детей из отдаленных сел и аулов в районные и областные центры. Единичные санитарные машины СВА не в состоянии обеспечить всех потребностей. Эффективность работы ПП снижает недостаточность санитарных транспортных средств, оборудованных кюветами 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 на автотранспортные расходы, связанные с доставкой по показаниям беременных женщин и детей.

Резюмируя можно сказать, что рациональная по замыслу программа 3-х уровневой регионализации перинатальной помощи, способная в принципе в решающей степени обеспечить снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности, 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 с использованием областных бюджетных возможностей на договорных началах с исполнителями. В результате этих исследований должны быть предложены обоснованные рекомендации по адаптации программы регионализации ПП с учетом местных особенностей.

Как известно, качество оказания лечебно-профилактической помощи, зависит, прежде всего, от степени обеспеченности медицинскими кадрами в соответствии с типовыми штатами. Однако в секторе ПМСП 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), достигая 1500 детей. Поликлинические приемы детей, как правило, превышают нормы до 1,5 – 2-х раз в расчете на 1 час работы. Такая же ситуация с посещениями детей на дому и в крупных городах страны.

Кроме того, медицинское обслуживание школьников также лежит на плечах участковых педиатров детских поликлиник и амбулаторий.

Педиатры поликлинического звена непомерно загружены бумажной работой. При всей необходимости и важности составления медицинской документации, она отнимает много времени от непосредственных обязанностей врачей, особенно участковых педиатров, по лечебно-профилактической работе.

Преодоление этого «замкнутого круга» может быть достигнуто путем ускоренного внедрения намеченных в госпрограммах по ведомству новых форм организации труда, использования современных информационных 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 несоответствие заработной платы нагрузкам и условиям работы врачей. Молодые педиатры имеют реальную зарплату (ставка + доплаты) по городу округленно 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 трудных условий работы стремятся переквалифицироваться по узким специальностям. Часть из них уходит в частный сектор медицины или в 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, можно ожидать лишь при приведении зарплаты работников в соответствие с исключительной значимостью этой службы, объемом нагрузок и сложностью выполняемой работы. Необходима безотлагательная реализация предусмотренных Государственными программами справедливых мер по дифференцированной оплате труда специалистов и введении принципа оплаты по конечному результату, запланированных в сроки с 2006 до 2010 года.

В связи с высокими показателями детской инвалидности оказание ранней реабилитационно-коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями остается одной из наиболее актуальных и пока что трудно решаемых проблем.

На уровне ПМСП в целом нет достаточных условий для ранней диагностики и лечения детей с органичными возможностями прежде всего из-за дефицита специалистов, в частности невропатологов, отоларингологов, окулистов, психологов и др. Имеется большая потребность в слухопротезировании.

На уровне специализированной помощи пока недостаточна сеть создаваемых реабилитационных центров по 3-х летним планам акиматов.

Используемые возможности Республиканского детского реабилитационного центра, неврологических отделений областных больниц и частных клиник (участвующих по госзаказу) недостаточны для покрытия всей потребности в специализированной коррекционной помощи.

Ранняя диагностика отклонений в психофизическом развитии детей до 3-х лет жизни пока не решается на должном уровне. Выполнение этой работы, от которой зависит запуск всей программы помощи детям с ограниченными возможностями, возложена на детские амбулатории и поликлиники, в частности на их кабинеты здорового ребенка (КЗР). Однако полного восстановления сети КЗР пока не достигнуто. В действующих КЗР оснащение их не соответствует обязательному перечню для проведения учебно-методических занятий с работниками ПМСП. В смете расходов поликлиник, как правило, не предусматривается средств, достаточных для полноценной работы КЗР.

Количество детей с ограниченными возможностями, воспитывающихся в домах ребенка областных центров и крупных городов страны, составляет от 20 до 50%. В большинстве домов ребенка имеются проблемы с обеспечением консультативно-диагностической помощи узкими специалистами, особенно невропатологами, психологами, социальными работниками и др. Они также нуждаются в оснащении специальным оборудованием, ЛФК-тренажерами, сенсорными комнатами и в создании других условий для коррекционно-реабилитационной помощи.

В связи с тем, что контингент детей домов-ребенка в большом проценте состоит из детей-инвалидов, заслуживает внимания поднимаемые главными врачами этих учреждений вопросы о необходимости снижения нагрузки на персонал по уходу за такими детьми, уменьшении норматива количества детей в группах до 8 вместо 12-ти. Многие дома-ребенка нуждаются в капитальном улучшении их материально-технической базы. Финансирование их в этом отношении должно быть отнесено к приоритетной части местных бюджетов по строительству социальных объектов.

Есть и хорошие примеры решения проблем дополнительного финансирования путем привлечения инвестиций промышленных госпредприятий, компаний частного сектора при поддержке акиматов. Так, проекты по улучшению и расширению материально-технической базы дома-ребенка г. Астаны были представлены на ярмарке социальных проектов, подписан 3-х сторонний меморандум со стороны Акима столицы, инвестора и управления здравоохранения.

Еще одной тревожной проблемой в охране здоровья детей и подростков является наркозависимость несовершеннолетних (НН), которая имеет тенденцию роста.

Так, если по уточненным данным 12-ти из 16 административных территорий страны на учете наркодиспансеров в 2007 г. состояло более 3000 детей и подростков, а в 2008 г. более 2700, то только за 6 мес. 2009 г. их число достигло 2500, т.е. почти среднегодового уровня. Этот рост может быть обусловлен отчасти улучшением учета и охвата реабилитацией, но мировые тенденции таковы, что речь может идти об абсолютном росте наркозависимости несовершеннолетних.

В сдерживании распространения этой своеобразной эпидемии и избавлении от наркозависимости, решающую роль в системе детского здравоохранения должна сыграть поэтапная организация сети региональных центров медико-социальной реабилитации наркозависимых несовершеннолетних.

В условиях работы этих центров достигается 2-х этапная система реабилитации, дающая лучшую эффективность в оздоровлении детей



наркозависимых и употребляющих психоактивные вещества.

Реабилитационная помощь НН оказываемая наркологическими отделениями областных психоневрологических диспансеров, а также дневными стационарами поликлиник недостаточна для этапа реабилитации. Поэтому неотложной задачей текущего момента является создание единой преемственной структуры детских лечебно-оздоровительных учреждений по реабилитации наркозависимых несовершеннолетних. Главным условием при этом должно быть своевременное завершение организации центров реабилитации детей и подростков во всех областях.

Практика последних лет показала нецелесообразность передачи школьных медицинских пунктов в ведение местных управлений Министерства образования и науки. По единодушному мнению организаторов детского здравоохранения в результате этой реорганизации снизился профессиональный уровень контроля за здоровьем школьников. Страдает качество и преемственность в проведении динамического обслуживания школьников. При ведомственной разобщенности обязанности медицинского обслуживания школьников все же выполняют участковые педиатры. Кадры же медсестер комплектуются директорами школ. Затруднена плановая работа по повышению квалификации медсестер.

Ежегодные профилактические осмотры детей и подростков в школах убедительно показывают серьезное ухудшение показателей здоровья школьников, которые к окончанию среднего образования в 40% страдают различными хронизирующими заболеваниями.

Согласно официальными данным УВД МВД в Казахстане каждый день в среднем регистрируется 8 дорожно-транспортных происшествий с участием детей. Только за 2008 год в результате ДТП погибло более 300 детей. При этом в 74% случаев жертвами дорожных трагедий становилась дети школьного возраста, 47% из них – это учащиеся начальных классов.

В сложившейся ситуации назрела необходимость принятия Министерством образования, Министерством внутренних дел, Минздравом совместного решения, регулирующего все вопросы охраны здоровья школьников, в том числе передачи школьных медпунктов в ведение органов здравоохранения, внедрение в школах новых обучающих программ по профилактике дорожного травматизма. При этом в структуре службы ПМСП, по логике вещей, должны быть также восстановлены дошкольно-школьные отделения поликлиник.

Есть, разумеется, и другие стратегические аспекты содружественной деятельности Минздрава и Министерства образования в воспитании здорового и интеллектуального поколения школь-

ников. Они подлежат целевой научной разработке и созданию скоординированных перспективных программ, в которых найдут отражение на новом уровне вопросы школьной гигиены, в частности гигиены питания и физического развития.

Еще одним главным направлением развития здравоохранения, сформулированным в Послании Президента страны является необходимость «... создания высокотехнологичных центров раннего обнаружения и предупреждения болезней».

На сегодня высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП) детям при сложной патологии в Казахстане оказывают клиники 4-х республиканских профильных учреждений в городах Астана и Алматы. Но их возможности не рассчитаны на обеспечение всей потребности в ВСМП детям страны.

Остро стоят вопросы развития высоких технологий в диагностике и лечения антенатальной патологии плода, наследственных и врожденных заболеваний новорожденных, пороков развития и хирургии новорожденных, кардиохирургии, трансплантологии органов, метаболических нарушений иммуногенетического генеза, онкогематологии, пересадки костного мозга, эндокринологии, неврологии и др.

Для достижения конкурентоспособности в высокотехнологичной лечебно-диагностической помощи детям необходимо четко определиться с кругом современных уникальных технологий для первоочередного внедрения в практику в целом по стране и его регионам. Актуальным является вопрос ускоренной подготовки наиболее востребованных специалистов ВСМП в своих и зарубежных клиниках, выделения финансовых средства на обучение специалистов, приобретения новых технологий и специального оборудования. Следовательно, есть необходимость разработки и принятия целевой программы развития центров ВСМП детям так в республиканских, как и в областных клиниках.

Процессы интенсивного развития и реформирования здравоохранения в период перехода к новым принципам ее организации, безусловно, обуславливают необходимость научного сопровождения, адаптации и прогнозирования результатов внедряемых новшеств. Однако в сфере ОЗМ и Р, важное в этом отношении научное направление по проблемам организации здравоохранения и социальной медицины, пока что оказалось недостаточно востребованной.

Поэтому целесообразно сформировать государственный заказ на проведение прикладных научных исследований по проблеме «Организация здравоохранения и социальная медицина» в области ОЗМ и Р, основными исполнителями которых могли бы быть республиканские профильные научные учреждения в сотрудничестве со специализированными международными организациями ВОЗ (ЮНИСЕФ и др.).