

по социальной реабилитации и адаптации несовершеннолетних воспитанников Омской воспитательной колонии, а также лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

В округах города Омска и районах области накоплен позитивный опыт работы общественных инспекций по делам несовершеннолетних и защите их прав. Ввиду отсутствия нормативной правовой базы для деятельности этих общественных формирований в условиях изменившегося законодательства приняты меры по сохранению этого направления работы. Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Омской области разработаны методические рекомендации и примерное «Положение о Совете общественности по работе с детьми в муниципальном образовании Омской области», согласно которому Совет общественности по работе с детьми

является добровольным общественным формированием, образуемым на территории муниципального образования для оказания содействия администрации муниципального образования и субъектам системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в организации деятельности по профилактике правонарушений несовершеннолетних, семейного неблагополучия, по защите и охране прав и интересов несовершеннолетних.

Вместе с тем, несмотря на успехи в обеспечении правовой основы деятельности комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав на региональном уровне, необходимо законодательство федерального уровня, обеспечивающее формирование единого правового поля и единых подходов по координации вопросов в сфере защиты прав и законных интересов несовершеннолетних.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Т. Г. Равдугина, начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Омской области, доктор медицинских наук

В современном мире, беспокойном, нестабильном, нередко жестоким и плохо приспособленном для достойной жизни многих людей, в первую очередь страдает ребенок – от бедности, социальной несправедливости, кризисного положения семей, от нездорового поведения родителей, от невнимания взрослых, наконец, от болезней и их последствий.

Многообразные социально-гигиенические, экологические, медико-биологические факторы, состояние профилактики, доступности форм и технологий медицинского обеспечения, гигиеническая культура и медицинская активность семьи, и в первую очередь матери, оказывают мощное влияние на детский организм. И сила, степень, характер воздействия как каждого отдельного, так и сочетанной совокупности различных факторов свои наибольшие воздействия проявляют прямо пропорционально возрасту ребенка.

В Омской области охране здоровья матери и ребенка традиционно уделяется приоритетное внимание на всех уровнях власти. Обеспечивается всемерная поддержка губернатора, Правительства

Омской области в решении каждого вопроса, затрагивающего сферу интересов матери и ребенка. Функционирующая на территории Омской области система охраны материнства и детства многократно получала самые высокие оценки независимых экспертов. В области создана емкая нормативно-правовая база, позволяющая всем участникам системы работать в общем правовом поле, защищая интересы женщин-матерей и детей. В пакете такие акты, как:

- Указ Губернатора Омской области от 16.07.2003 г. № 125 «Об утверждении основных направлений государственной социальной политики Омской области по улучшению положений детей до 2010 года»;

- Закон Омской области от 20.12.2004 г. № 591-ОЗ «Об охране здоровья населения Омской области»;

- Закон Омской области от 09.02.2005 г. № 610-ОЗ «Об областной целевой программе «Социальная поддержка неполных семей» на 2005-2007 годы»;

- Закон Омской области от 10.06.2003 г. «Об областной целевой программе «Здоровая женщина – здоровый ребенок» на 2003-2007 годы»;

– Закон Омской области от 06.07.2005 г. № 651-ОЗ «Об областной целевой программе «Дети Омской области».

В 2006 г. в дополнение были приняты подготовленные Министерством здравоохранения Омской области акты такие, как:

– Закон Омской области от 11.07.2006 г. № 767-ОЗ «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Омской области»;

– постановление Правительства Омской области от 24.04.2006 г. № 46-п «О мерах социальной поддержки беременным женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет по обеспечению лекарственными средствами и полноценным питанием»;

– Указ Губернатора Омской области от 13.02.2006 г. № 18 «О Стратегии социально-экономического развития Омской области до 2020 года»;

– распоряжение Правительства Омской области от 22.02.2006 г. № 29-рп «О демографической ситуации в Омской области и задачах органов исполнительной власти Омской области, направленных на ее улучшение»;

– постановление Правительства Омской области от 25.10.2006 г. № 129-п «Об условиях диспансерного наблюдения и лечения несовершеннолетних в детской и подростковой службах»;

– постановление Правительства Омской области от 15.11.2006 г. № 138-п «О нормах обеспечения питанием, одеждой, обувью, мягким инвентарем и оборудованием отдельных категорий обучающихся (воспитанников) государственных учреждений Омской области»;

– проект программы «Демографическое развитие Омской области на 2007-2010 гг.».

При Правительстве Омской области создана и активно работает Межведомственная комиссия по вопросам демографии, семьи, женщин и детей.

Однако в нашей работе мы сталкиваемся с достаточно большим числом фактов, манифестирующих о неблагоприятном положении определенных групп детей.

Так, в Омской области в 2947 семьях крайнего социального риска проживали 5779 детей. В том числе это 285 детей, находящихся в периоде младенчества (первый год жизни). То есть из каждых 100 детей один ребенок находится в крайне сложной жизненной ситуации. Работа с этими семьями требует от медицинских работников особой подготовки, индивидуального подхода. Отраслевым приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.01.2007 г. № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» утвержден стандарт по структуре детских поликлиник, предусматривающий наличие отделений медико-социальной помощи. Этим же приказом

закреплена стандартизация направлений деятельности детской поликлиники, в том числе по важнейшим направлениям медико-социальной работы. Актуальность ее очевидна. Так, в 2006 г. в Омской области зарегистрировано свыше 380 случаев смерти несовершеннолетних. Из них 191 ребенок – это младенцы. Причины смерти несовершеннолетних в 148 случаях – это ХТХ класс по МКБ-Х «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» и ХХ класс по МКБ-Х «Внешние причины заболеваемости и смертности». То есть в большей степени явившиеся следствием обстоятельств, ставших возможными при халатном, невнимательном отношении родителей к вопросам охраны жизни и предупреждения угроз. Причем в 24 случаях это были случаи смерти детей на первом году жизни. Среди причин детских потерь утопления, тяжелые транспортные травмы, самоубийства! Кроме того, ежегодно на территории Омской области обнаруживаются и эксквизитные находки трупов 2-3 младенцев, родившихся вне стен медицинских учреждений. Как правило, установить лиц, ответственных за смерть «найденных» (матери), крайне сложно.

В настоящее время Российская Федерация является страной – участницей реализации Международной Конвенции о правах ребенка. В 2005 г. в ООН был заслушан доклад РФ о положении дел с правами ребенка в нашей стране. Имеются «Заключительные замечания Комитета по правам ребенка ООН» по Российской Федерации. Согласно этим замечаниям, необходимо привлечь внимание к следующим вопросам:

1. Необходимости проведения комплексного глубокого (в том числе научными методами) анализа последствий процесса децентрализации в системе медицинского обеспечения, последовавшего после принятия Федеральных Законов № 131-ФЗ и № 122-ФЗ, его воздействия на предоставление медико-социальных, медицинских услуг детям, с оценкой функций и возможностей реализации на каждом уровне управления.

2. Необходимости обеспечения полного и эффективного соблюдения минимальных (гарантированных) норм в осуществлении прав ребенка на лечебно-профилактический и медико-социальный комплекс мероприятий. Не допускать в этом плане неравенства в отношении каких-либо категорий детей. Негативный пример: родители, мать, например, отказались от социального пакета, положенного ребенку-инвалиду, в том числе на дополнительное лекарственное обеспечение. В результате под угрозу во многих случаях поставлено не только здоровье, но и жизнь ребенка.

Конвенция о правах ребенка включает ряд основных блоков, затрагивающих сферу охраны жизни и здоровья детей, профилактику угроз.

1. Ресурсы на нужды детей.

Как на федеральном, так и региональном, муниципальном уровнях должны выделяться достаточные ресурсы на осуществление стратегий и программ, касающихся детей.

В здравоохранении Омской области удельный вес расходов на службу детства и родовспоможения в структуре общих расходов здравоохранения к 2006 г. достиг 28 %.

Важный акцент - это: а) сбалансированность распределения ресурсов на нужды службы детства и родовспоможения. И особое внимание у нас должно быть уделено сохранению гарантий бесплатности медицинской помощи для всех детей.

Общие принципы:

- недискриминация (особенно по религиозной и этнической принадлежности). Здесь особая обеспокоенность по поводу дискриминации, с которой сталкиваются дети и семьи, не имеющие постоянного вида на жительство, мигранты, вынужденные переселенцы. Недопустимость отказа в амбулаторном приеме или госпитализации ребенку из-за отсутствия территориальной прописки;

- наилучшие интересы ребенка. Практическая реализация этого принципа затруднена, ограничена недостаточностью финансовых ресурсов, а также бытующими в обществе взглядами. Например, отказ родителей от профилактической иммунизации. Или, наоборот, неинформирование родителей ребенка о предстоящей (проведенной) иммунизации. Таким образом, очевидна необходимость соответствующей подготовки и специалистов здравоохранения, и родителей, и общества;

- право на жизнь. Приоритет - профилактика и предупреждение угроз. Всеохватно исследование причин детоубийства, младенческой, детской смертности, а также смертности в более поздние периоды детства (по международным критериям до 18 полных лет = 19 лет).

- уважение взглядов ребенка (семья, школа, больница, поликлиника). То есть принципы поощрения взглядов ребенка, уважение его. Медицинские работники, лица с детьми и молодежью должны проходить соответствующую подготовку по вопросам обеспечения того, чтобы дети действительно могли выражать свои взгляды и чтобы их взгляды привлекали внимание взрослых, общество;

- организация бесплатной телефонной службы с набором из трех цифр, доступной в круглосуточном режиме для звонков, связанных с потребностями детей.

Какие вопросы особо стоят на контроле в рамках реализации Конвенции о правах ребенка:

- факты жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения с детьми и их наказаний. Задачи здравоохранения: патронажи, контроль, своевременное информирование

правоохранительных органов при выявлении таких фактов. Особое внимание - при первичном обращении за медицинской помощью (приемные отделения стационаров). И здесь особого внимания заслуживает такая проблема, как телесные наказания. Общество должно признать, что телесные наказания в семье и системе альтернативного ухода за детьми должны стать неприемлемыми. Пока такое положение официально не закреплено в нашей стране, и телесные наказания практикуются в семьях;

- семейное окружение и альтернативный уход. Здесь целый комплекс мер. Здравоохранение прямо касается: а) предоставления ребенку в период пребывания в больнице максимальных возможностей для контактов с семьей. Причем все формы должны всемерно поощряться, если это не противоречит другим, более лучшим интересам ребенка (эпидемиология, лечебно-охранительный режим и т.д.);

- усыновления/удочерения. Мы разделяем тот блок рекомендаций, в котором нацеливается внимание на развитие мер, поощряющих внутригосударственное усыновление/удочерение. В то же время в 2005 г. на усыновление/удочерение иностранцам из домов ребенка города Омска было передано 85 детей;

- системной периодической оценки положения переданных на воспитание детей. Знание и учет факторов, определяющих ситуацию на местах, в первую очередь специалистами, патронажными службами отделений медико-социальной помощи детских поликлиник. Ежегодные углубленные осмотры детей, переданных под опеку, усыновление, а также родителей и опекунов. Диспансеризация семей, в которых воспитываются приемные дети, в том числе приемных родителей, опекунов. Периодическая оценка положения переданных на воспитание детей;

- детей-инвалидов. Частота распространенности детской инвалидности в Омской области достигла 230 случаев на 10 тыс. детей в возрасте от 0 до 18 лет (2003 г. - 228 %). Число первично оформленных на инвалидность детей достигло уровня 30 случаев на 10 тыс. детей в возрасте от 0 до 18 лет. В первую очередь неуклонно растет число первично оформляемых на инвалидность детей в возрасте от 0 до 4 лет. Этот процесс связан с увеличением «выживаемости» детей, которым проводились реанимационные мероприятия в период новорожденности, а также за счет роста численности инвалидов среди детей с врожденной патологией.

Задача номер один - обеспечить качественное базовое медицинское обслуживание детей-инвалидов. Задача номер два - медико-социальная реабилитация, причем в полном объеме, соответствующем современным стандартам. Особо важный

вопрос - санаторно-курортное лечение, использование для этого местных баз. Например, в 2005 г. в Омской области были оздоровлены почти 3 тыс. детей-инвалидов, в том числе на местных базах - 2058.

Кроме того, приоритеты - за первичной профилактикой, реализация мер, обеспечивающих постоянное «движение вперед» в части реального действия всех положений Конвенции о правах ребенка. В этом числе: а) активизация профилактических мер в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи; б) повышение государственных расходов на здравоохранение; в) повсеместное йодирование соли, обеспечение ею населения, и даже рекомендуется принятие соответствующего закона; г) активизация усилий по снижению заболеваемости туберкулезом; д) создание национального комитета по вопросам грудного вскармливания и расширение практики грудного вскармливания. Например, в Омской области реализуется программа «Поощрение и поддержка грудного вскармливания» с внедрением системы совместного пребывания с рождения матери и ребенка в акушерских стационарах. Однако удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании к 1 году жизни, составляет 65 %.

Здоровье подростков - отдельный блок Конвенции. Приоритеты: сокращение высоких уровней употребления алкоголя и табака, вплоть до более ощутимых изменений в законодательстве. Активизация мер по поощрению здорового образа жизни. Больше внимание государственных, муниципальных органов, общественных организаций к проблемам питания подростков, развитию физической культуры и личной гигиены. Особое направление - обеспечение самих подростков достаточной информацией, касающейся их здоровья, в том числе информацией, связанной с репродуктивным здоровьем, культивированием «сознательного родительства», нравственности.

Сохраняется высокая распространенность подростковых беременностей и абортот. Так, в Омской области в 2005 г. 2402 аборта были произведены девушкам в возрасте 15-19 лет. Кроме того, 22 аборта (г. Омск - 21) были зарегистрированы среди девушек до 14 лет. Регистрируются роды у подростков 15-19 лет (305 случаев) и у девочек до 14 лет - 7. Причем приведенная статистика отличается стабильностью.

Проблемы по ВИЧ/СПИДу. Повышенный риск поведения молодежи; рост числа случаев передачи ВИЧ от матери к ребенку. Необходимые меры: предотвращение и предупреждение дискриминации ВИЧ-инфицированных детей; полный и качественный объем медицинских и медико-социальных мероприятий детям - ВИЧ-инфицированным (в том числе гарантированное антиретрови-

русное лечение новорожденных, чьи матери являются ВИЧ-инфицированными). Кроме того, положения Конвенции о правах ребенка нацелены на защиту интересов ребенка в частях: права ребенка на достаточный уровень жизни; права на образование (в том числе профессионально-техническое образование и подготовку), досуг, культурные мероприятия. Предусматриваются социальные меры защиты, в первую очередь касающиеся детей-беженцев, детей, перемещенных внутри страны, детей, затронутых конфликтами. Задекларированы ограничения на детский труд (статья 32).

Важнейшее межсекторальное, межведомственное значение в интересах ребенка имеют мероприятия в области профилактики и предупреждения детской безнадзорности, наркомании, сексуальной эксплуатации и сексуальных надругательств.

Таким образом, в настоящее время государственная и региональная политика, принятые стратегии и реализуемые программы и планы как в нашей области, так и стране в полной мере соответствуют Конвенции о правах ребенка. Задачи всех государственных институтов, общественности состоят в том, чтобы:

1. Всемерно способствовать широкому распространению информации о Конвенции, мерах по ее реализации. Стимулировать обсуждения и повышение осведомленности о Конвенции в обществе, в медицинской среде, среди молодежи.

2. Оперативно разрабатывать, принимать меры по реализации рекомендаций, приоритетов, обозначенных в Конвенции (в перспективе - разработка и утверждение на региональном и муниципальном уровнях комплексных планов мероприятий по реализации Концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации, проект которой уже обсужден и одобрен Правительством Российской Федерации).

3. Проводить мониторинг соблюдения действующего законодательства Российской Федерации в части интересов, затрагивающих права ребенка.

4. Развитие законодательства, обеспечивающего защиту интересов и прав ребенка. В этой связи необходимо стимулировать законодательные инициативы в плане подготовки и принятия следующих федеральных (областных) законов:

- «О правах ребенка в Российской Федерации»;
- «О социальных гарантиях на профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную и медико-социальную помощь несовершеннолетним в Российской Федерации»;
- «Об охране материнства, отцовства и детства в Российской Федерации»;
- «О гражданской и юридической ответственности родителей за сохранение здоровья и жизни детей».