ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ЗАЩИТЫ ДЕТСТВА

TINIŞBAYEVA, A. A./ТЫНЫШБАЕВА, А. А.
KAZAKİSTAN/KAZAKHSTAN/КАЗАХСТАН

ÖZET

Çocuk Sağlığı: Çocukluğu Koruma Sosyal Politikasının Ana Hatları

Çocukların sağlık durumunda kötüleşme eğilimi, düşük seviyede bulunmaktadır. Çocukların sıhhi olmasını sağlama sürecinde ortaya çıkan engeller: Sosyal eşitsizlik, sosyal enstitülerle iş birliği nitelemesi, sosyo-kültürel özellikler, her bölgenin yaşam şartları, çocuk eğitimi. Çocukluk çağının sosyal problemleri güncel ve kritik meselelerden biri olarak sayılır ve geciktirilmeden çözülmelidir. Halk, devletin sosyal hizmetlerinden kolay yararlanabilmelidir. Hizmetler kaliteli olmalıdır: Öncelikle çocukların eğitim ve sağlık meselesi, halkın en hassas grubu olarak sayılan çocukların yararına bütçenin sosyal harcamalarını yeniden dağıtmasını sağlamak gerekir.

Ülkenin çocuk nüfusunun sıhhi olmasını sağlama, millî güvenliği oluşturan ve pekiştiren eşsiz perspektife sahip sosyo-demokratik grup sayılan çocukların sağlıklı hayatının kaliteli değişimini sağlayan tam süreçtir.

Anahtar Kelimeler: Çocuklar, çocukluğun sosyal problemleri ve sağlığı, sosyal koruma, sosyal hizmetlerin kalitesi.

ABSTRACT

The Childish Population Health: The Main Orientations of Social Policy of Childhood Defence

The state of childish population health is on low level and tends to worse. The obstacles which appear in the process of children revival i.e. social inequality, the character of interaction with social institutes; socio-cultural peculiarities, regional living condition and upbringing of children. The childhood social problems are one of acute and topical and their decision is urgent to take. It is necessary to provide the accessibility and quality of state social service to population, first the education and health service; redistribution of budget social expenditure for main vulnerable group of population, i.e. children.

The revival of state childish population is the integral process of qualitative changing of essential characteristics of healthier style of children life as a socio-

democratic group which has the unique perspective quality to create and fortify the national security.

Key Words: Children, social childhood problems and children's health, social defence, quality of social service.

Государство Республики Казахстан признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе. По своей социальной значимости радикальное улучшение положения детей в обществе, их надлежащая социальная защита, создание благоприятных условий их жизнедеятельности, развития и обучения могут быть уравнены с ключевыми задачами национального развития как обязательное условие прогресса демократического общества. Здоровье детей - это одна из острых проблем современности, здоровье современных детей определяет не только здоровье нации, но и социальный климат будущего общества.

В Казахстане принципиально новые направления по социальной защите детей открылись после начала либерально-демократических реформ. Среди них: активная нормотворческая деятельность государственных органов власти в области детства, приведение казахстанского законодательства в соответствие с лучшими образцами международного права, защищающего интересы детей, претворение в жизнь новых форм социальных программ.

Республика Казахстан ратифицировала Конвенцию ООН о правах ребенка в 1994 году и это во многом способствовало развитию правовых документов и социально-экономических преобразований в обществе. Общие принципы и нормы Конвенции имплементированы в целом комплексе законов, основной сферой применения которых стали права и интересы детей: Законы Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан», «О браке и семье», «О детских деревнях семейного типа и домах юношества» и др. В них отражены основные приоритеты государственной социальной политики по улучшению положения детей в республике. Это, прежде всего укрепление института семьи, создание благоприятных экономических, медицинских и социальных условий для реализации семьей своих репродуктивных функций, снижение младенческой и детской смертности, обязательное бесплатное медицинское обслуживание детей, нуждающихся в медико-врачебной помощи, сокращение масштабов социального сиротства детей, уменьшение детской безнадзорности, повышение состояния физического и психического здоровья детей. Так, согласно Конституции Республики Казахстан граждане вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. В отношении медицинского обслуживания детей в Казахстане признаются права ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы

здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья.

Вместе с тем, в республике и в настоящее время имеется достаточно много нерешенных проблем в деле охраны здоровья детей, обусловленные тем что, Казахстан унаследовал от эпохи социализма систему здравоохранения, получившую наименование системы Семашко. Данная система предоставляла чрезвычайно широкие гарантии бесплатной медицинской помощи населению и была ориентирована на массовое применение относительно простых и недорогих медицинских технологий. Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширило возможности лечения многих заболеваний и соответственно обусловило рост потребностей населения в получении медицинских услуг более высокого качества. Но удовлетворить все эти потребности путем бесплатного предоставления всем гражданам всех видов медицинской помощи государство уже не в состоянии и в обозримой перспективе не будет способно это сделать. Из-за невозможности бесплатно предоставить всем желаемую медицинскую помощь происходят снижение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения, нарастание объема платных медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей. Больше всего от этого страдают малообеспеченные слои населения, так как велико неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи (Шишкин и др., 2004;22*)*.

Службы здравоохранения Казахстана, оказывающие медицинскую помощь детям, функционировали в условиях переходной экономики. Характерным для этого периода явлением стало снижение объемов финансирования здравоохранения, недостаточность средств, поступающих как из государственного бюджета, так и из источников, связанных с развитием медицинского страхования. На фоне снижения уровня доходов населения происходил рост цен на лекарственные средства, расширялся спектр платных медицинских услуг.

Социально-экономическое положение и устройство общества являются важным фактором в формировании образа жизни населения. Затруднения в экономической сфере влияют на положение детей и их социальные проблемы и могут сопровождаться негативными явлениями в области охраны здоровья детей. Между тем социально-экономический кризис общества все более усугубляет социальные проблемы детства. Их безотлагательное решение стало жизненно необходимым. Социальное неравенство, инфляция, высокие цены товаров первой необходимости и услуг резко ухудшают социальные позиции детей как особо уязвимой группы населения к доступу к качественным услугам в сфере образования, медицинского обслуживания, удовлетворения основных потребностей, культурного досуга. Наряду с этим, причинами роста заболеваемости среди

детей, являются неблагополучное экологическое окружение, коммерциализация здравоохранения, низкая санитарно-гигиеническая культура и отсутствие возможности ее поддерживать у низших слоев населения.

Как видно, в Казахстане было достаточно много проблем в деле охраны здоровья детей. В этой связи ключевой задачей в здравоохранении стало сохранение основного потенциала службы охраны материнства и детства, адаптация ее к новым экономическим условиям на основе реструктуризации и повышения роли амбулаторно-поликлинического звена, обеспечение доступности медицинской помощи для всех детей и укрепление служб, обеспечивающих реализацию права на жизнь. В этих целях были разработаны стратегические направления охраны здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ: вакцинация, качество дородового ухода, проблемы планирования семьи.

В результате принятых мер с 2000 года в республике наблюдается стабилизация основных демографических показателей. За последние годы уровень рождаемости в Казахстане снижался до 1999 года и достиг минимума – 14,2 родившихся на 1000 населения, в то время как данный показатель в 1994 году был равен 18,2. С 2000 года естественный прирост населения республики стал постепенно и существенно расти: с 70162 человек в 1999 году до 120779 в 2005 году, коэффициент естественного прироста на 1000 жителей за этот период возрос с 4,7 до 8 человек.

Показатель младенческой смертности является объективным критерием отражающим отношение государства к сохранению и укреплению здоровья детей. В республике отмечается устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности. По итогам 2005 года показатель младенческой смертности составил 15,1 на 1000 живорожденных, что на 24,6 процента ниже по сравнению с 2000 годом. По предварительным данным показатель младенческой смертности за 3 месяца 2006 года составил 13,6 на 1000 родившихся живыми против 14,9 за аналогичный период 2005 года. В структуре причин младенческой смертности, во всех регионах республики, ведущая роль принадлежит перинатальной патологии. Это неблагоприятный признак, свидетельствующий о снижении уровня здоровья женщин репродуктивного возраста. Второе и третье место принадлежат заболеваниям органов дыхания и врожденным порокам развития. Инфекционно-паразитарные заболевания в структуре причин младенческой смертности занимают четвертое место, а смертность детей первого года жизни от острых кишечных инфекций ниже, чем от несчастных случаев. Снижение в республике смертности детей от острых кишечных инфекций также можно объяснить внедрением международных ВОЗовских программ (Второй и третий сводный периодический доклад о реализации Республикой Казахстан Конвенции о правах ребенка, 2006; 8).

В последние годы отмечается рост заболеваемости детей болезнями крови, почек, желудочно-кишечного тракта и врожденных пороков развития. Последние определяют повышение детской инвалидности. Это определило открытие в стране детских специализированных центров: по онкогематологии, детской хирургии, гастроэнтерологии, нефроурологии.

Из общей проблемы здоровья населения выделяется своей общественно политической и социально-экономической значимостью репродуктивное здоровье женщин, поскольку оно напрямую влияет на здоровье новорожденных, а следовательно на будущее нации и государства. В рамках действующей Государственной программы «Здоровье народа» в Казахстане реализована среднесрочная целевая комплексная программа на 2001 – 2005 годы «Охрана здоровья матери и ребенка». В рамках проекта Международной Федерации Планирования Семьи разработана национальная программа по репродуктивному здоровью и планированию семьи для медицинских образовательных учреждений Республики для включения в учебные программы на всех трех уровнях медицинского образования. Во всех областных центрах функционируют отделения (кабинеты) по планированию семьи.

В Республике работают интегрированные программы по просвещению среди женщин рожениц (профилактика пеленочного дерматита), по гигиене ротовой полости (профилактика стоматологических заболеваний), и физиологии созревания девочек-подростков (гигиена девочки-подростка). Во всех школах 19 крупных городов республики на сегодня обучены более 180 тысяч учащихся школ республики.

Меры по охране материнства предусматривают предоставление женщинам оплачиваемого отпуска по беременности и родам (Закон Республики Казахстан «О труде»), продолжительностью 70 календарных дней до родов и 56 календарных дней после не осложненных родов, а при осложненных и многоплодии – 70 календарных дней.

Важную роль в жизни ребенка играют медико-врачебное обслуживание, образовательные и культурно-воспитательные учреждения. Учреждения, выполняя свои функции, призваны обеспечить физическое и психическое здоровье ребенка, образовательное, культурное, нравственное развитие. Важным фактором социальной политики детства является расширение сети специализированных и общепрофильных учреждений, которые могут осуществлять профилактическую и социальную работу с нуждающимися и неблагополучными семьями и детьми. В настоящее время в ряде регионов Казахстана созданы и функционируют 90 отделений социальной помощи на дому, которые обслуживают более 10 тыс. детей-инвалидов. По линии образования развивается сеть психолого-медико-педагогических консультаций, реабилитационных центров, кабинетов

коррекции, ориентированных на медико-социальную реабилитацию и максимально возможное развитие детей с тяжелыми дефектами здоровья.

В Республике действуют 18 детских медико-социальных учреждений, в том числе 17 для умственно-отсталых детей, 1 - для детей с физическими недостатками, в которых проживают 2988 детей-инвалидов, в том числе 737 являются сиротами или остались без попечения родителей. Республикой Казахстан принимаются меры по ежегодному увеличению затрат на содержание этих детей. Успех исполнения социальных программ и социальной работы этими учреждениями во многом определяется кадровым обеспечением. В настоящее время ведется подготовка специалистов в профессиональных учебных заведениях. Социальные педагоги, социальные работники, практические психологи — такие трудовые посты вводятся практически в каждом медицинском, образовательном, воспитательном и правоохранительном учреждении (Второй и третий сводный периодический доклад о реализации Республикой Казахстан Конвенции о правах ребенка, 2006; 71).

Министерством здравоохранения РК принят ряд правовых, организационных мер по защите прав и интересов детей, оставшихся без попечения родителей. С 2002 года по инициативе президента детского Фонда «Бобек» С.А. Назарбаевой во всех домах республики организованы и функционируют группы «Надежда». Главной целью группы «Надежда» является предупреждение сиротства, благодаря созданию условий для общения ребенка, временно воспитывающихся в доме ребенка с матерью, которая оказалась в сложной жизненной ситуации. Кроме того, для оказания психологической помощи женщинам, оказавшимся в сложной социально-экономической ситуации, в штат родовспомогательных организаций здравоохранения введена должность психолога, подготовленного в вопросах семьи и брака. Главной целью деятельности психолога является профилактика сиротства.

Вопросы лечения и реабилитации детей-инвалидов регламентированы Законами Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан», «О системе здравоохранения». Кроме того, Законом Республики Казахстан «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями». Предусмотрены вопросы ранней профилактики инвалидности, педагогической запущенности и приобщения детей и детей-инвалидов к активному образу жизни. В стационарах, реабилитационных центрах республиканского и местных уровней дети-инвалиды обеспечиваются бесплатным лечением, реабилитацией в пределах гарантированного объема.

Медицинская помощь детям включена в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, утвержденный постановлением

Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2004 года №1348. В отношении медицинского обслуживания детей в Казахстане признаются права ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья.

Комплексная и эффективная система социальной помощи - важнейший показатель состояния социальной сферы общества. Цель этой системы состоит, прежде всего, в том, чтобы путем разносторонней поддержки и реабилитации обеспечить каждому человеку, независимо от возраста и других факторов, необходимую помощь в решении жизненных проблем. Социальные мероприятия по защите детства в Казахстане выступают составной частью общей социальной политики государства и представляют систему мер экономического, правового, медицинского, культурного характера. Они направлены на улучшение жизнедеятельности семьи. Семья выступает посредником между человеком и государством, между ребенком и обществом.

В соответствии с Посланием Главы государства народу Казахстана разработана Программа дальнейшего углубления социальных реформ на 2005−2007 годы. Принятая Программа нацелена на поддержку каждой семьи. В рамках реализации программы 28 июня 2005 года принят Закон РК «О государственных пособиях семьям, имеющим детей». Наряду с выплатой единовременного государственного пособия в связи с рождением ребенка, выплачиваемого независимо от доходов семьи в размере 15 месячных расчетных показателей (МРП), закон предусматривает введение двух дополнительных видов детских пособий. С первого января нынешнего года введено ежемесячное пособие на детей до 18 лет, которое выплачивается семьям со среднедушевым доходом ниже стоимости продовольственной корзины. На каждого ребенка ежемесячно выплачивается один МРП (1 030 тенге). С первого июля наступившего года вводится пособие по уходу за ребенком до года, которое будет выплачиваться ежемесячно независимо от доходов семьи. При этом размеры пособий по уходу будут дифференцированы в зависимости от очередности рождения ребенка и составят: на первого ребенка — три МРП; на второго — три с половиной МРП; на третьего — четыре МРП; на четвертого (пятого и т. д.) по четыре с половиной МРП. Размеры пособий определены исходя из экономических возможностей государства и будут ежегодно увеличиваться в связи с изменением месячного расчетного показателя, утверждаемого законом о республиканском бюджете на соответствующий год (Пресс-служба МТСЗ РК, 2007)

Полагаем, что мероприятия, осуществляемые в данном направлении, будут способствовать улучшению положения детей в современном обществе. Гуманистическая сущность детской социальной политики направлена в

интересах детей и будущего общества. Социальная политика по охране, защите и поддержке детства должна исходить из принципа ценности жизни каждого ребенка, и, из того, что достижение общего блага и процветания общества возможно через благополучие каждого ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Второй и третий сводный периодический доклад о реализации Республикой Казахстан Конвенции о правах ребенка, (2006). Астана: 8, 71.

2. Пресс-служба МТСЗ РК (2007). **http://www.enbek.kz/index.php.**

3. Шишкин С.В., Заборовская А.С., (2004), **Формы участия населения в оплате социальных услуг в странах с переходной экономикой**. М.: ИЭПП:70.