ЭТАПЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОПЫТ ПОСЛЕДНИХ 30 ЛЕТ

А.А. Баранов

Доклад на I Международном форуме «Пути снижения младенческой смертности: российский опыт»

Название доклада, прежде всего, обязывает четко ответить на два вопроса: 1) Чем интересен российский опыт? 2) Почему выбран для освещения этого опыта промежуток в 30 лет, а не в 40 или, скажем, в 20 лет? (**Рис. 2**).



Отвечая на первый вопрос, в первую очередь, следует вспомнить, что ровно 20 лет назад в России произошла революция, распалась великая держава – Советский Союз. А любая революция – это обновление, сопровождаемое трагедиями и лишениями. И, конечно, МС, являясь по определению классиков социальной медицины, чутким барометром социального благополучия общества, должна была реагировать на эту революцию. Так было, например, во время Октябрьской революции 1917 го-

да: если в первое десятилетие XX в. уровень смертности младенцев в Российской Империи составлял 23-25 на 100 родившихся живыми, то в 1919 г. – свыше 30%.

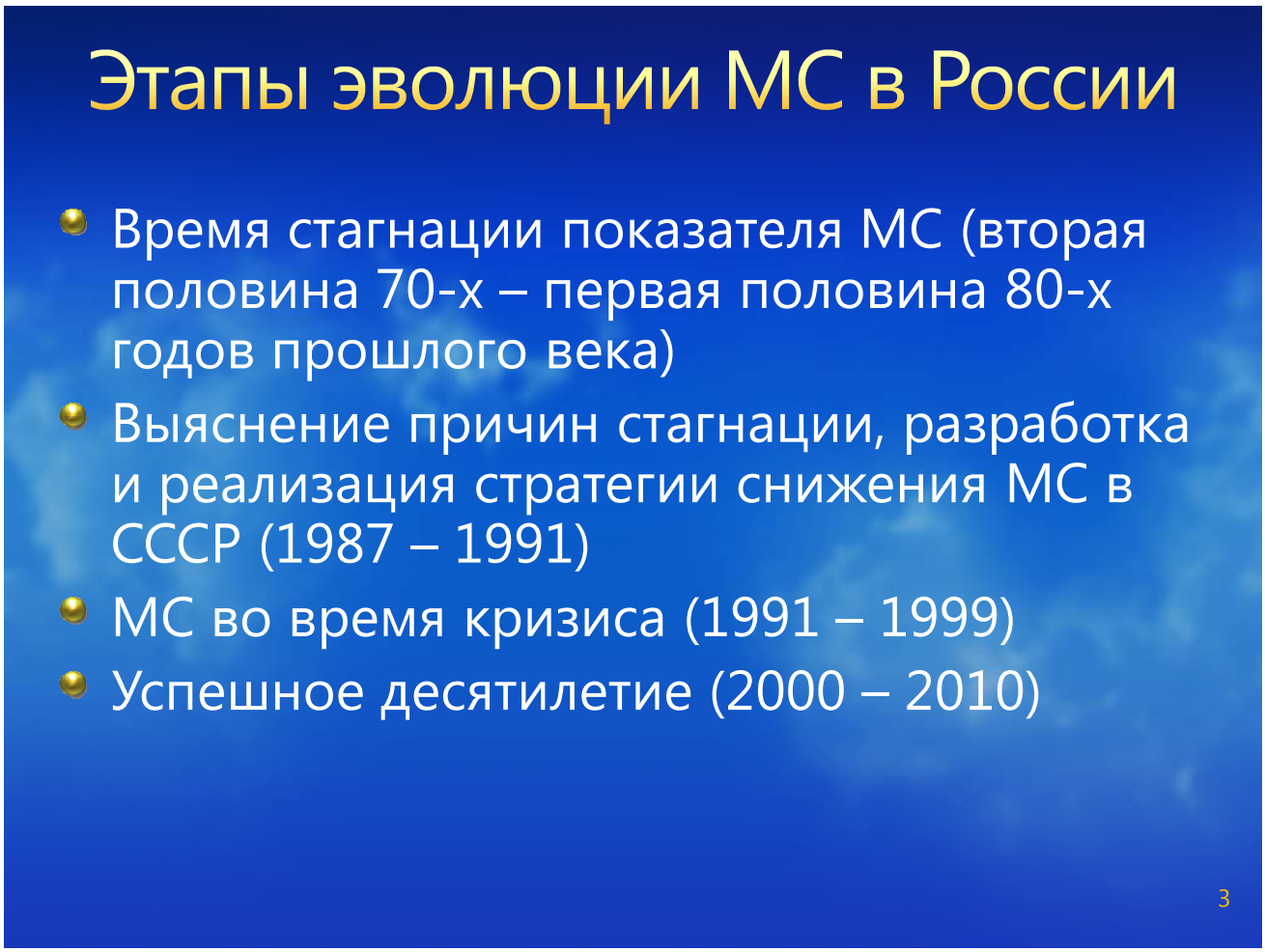
После революции 91 года в России разразился тяжелейший социальный и экономический кризис – кризис 90-х годов, лихих как теперь их называют политики и историки. Одним из ответов на него стало тяжелейшее демографическое неблагополучие, когда резко выросла общая смертность населения и упала рождаемость. Депопуляция (превышение показателя смертности над показателем рождаемости), достигала уровня 6-7 человек на 1000 населения. И, конечно, опять важно знать, как себя повёл в условиях кризиса показатель младенческой смертности.

Наконец, в 21 веке уровень МС в Российской Федерации стал неуклонно снижаться, при этом весьма высокими темпами. Этот феномен тоже требует объяснения и понимания, и должен вызвать интерес и привлечь внимание собравшейся аудитории.

Чтобы разобраться в закономерностях динамики показателя МС в России во время кризиса 90-х годов и в стабильное десятилетие 21 века, необходим анализ в предшествующем периоде, ибо настоящее вырастает из прошлого, без исторического подхода не понять и не оценить суть любого социального явления, к каковым, безусловно, относится МС. Вот почему было решено проанализировать ситуацию с МС в последнее десятилетие советского периода в истории России.

Вышесказанное, по-моему, дает четкий ответ на второй вопрос, почему выбран для освещения российского опыта по снижению МС временной промежуток в 30 последних лет.

С высоты сегодняшнего дня эволюцию МС в России можно разделить на следующие четыре этапа **(Рис. 3)**



I. Время стагнации показателя МС (вторая половина 70-х - первая половина 80-х годов прошлого века).

II. Выяснение причин стагнации, разработка и реализация стратегии снижения МС в СССР (1987- 1991).

III. МС во время кризиса (1991-1999).

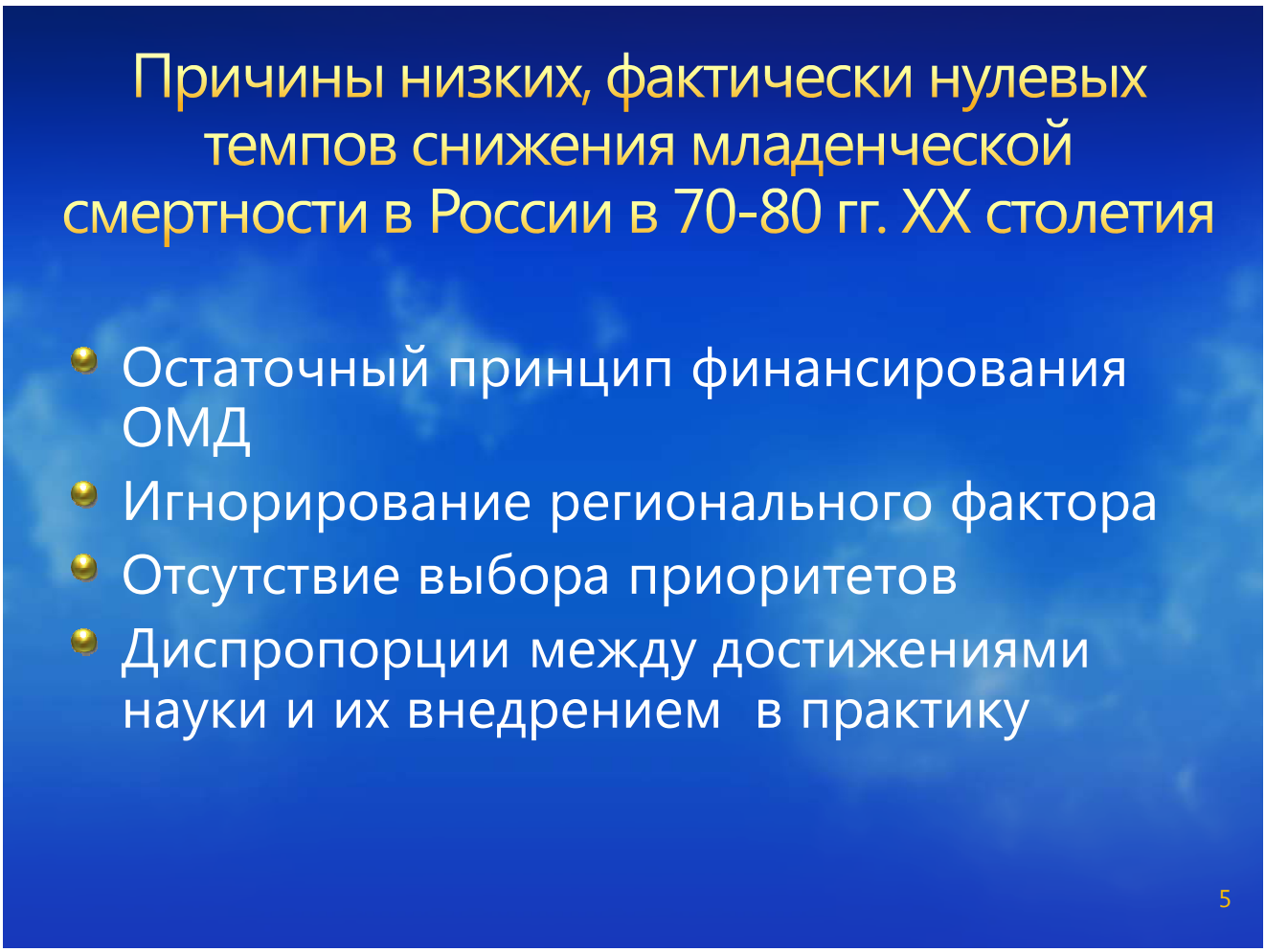
IV. Успешное десятилетие (2000- 2010).

О стагнации уровня МС в России в 70-х – первой половине 80-х годов прошлого века красноречиво свидетельствуют данные, приведенные на слайде (**Рис. 4**).



За 15 лет с 1971 по 1985 годы МС смертность фактически оставалась на одном уровне – в пределах 20-24 на 1000 родившихся живыми. Чтобы добиться хоть какого, тем более принципиально существенного результата в снижении МС, необходимо было глубоко понять (научно проанализировать, изучить) весь комплекс причин, обуславливающих крайне низкие, фактически нулевые темпы снижения показателя смертности детей на первом году жизни.

Следует вспомнить, что 80-е годы были временем застойных явлений в социально-экономической сфере. Данная ситуация конечно же не могла не отражаться на отрасли здравоохранения. Низкие, фактически нулевые темпы снижения МС обуславливались следующими основными причинами **(Рис. 5).**



В первую очередь негативную ситуацию формировала остаточный принцип финансирования системы здравоохранения. Этот принцип наиболее негативно отразился на развитии материальной базы учреждений детства и родовспоможения. На развитие учреждений родовспоможения и детства приходилось в ряде территорий не более 5-7% капитальных вложений, выделяемых на здравоохранение. Изучение структуры выпускаемых предприятиями Министерства медицинской промышленности изделий медицинской техники показало, что доля производства медицинской техники для родовспомогательных учреждений составляла лишь 2,3%. Такое положение обрекало учреждения службы на оснащение медицинской техникой в основном за счет импорта.

Крайне отрицательную роль сыграло игнорирование регионального фактора. СССР (как и сегодня, Российская Федерация) в этом отношении являлся уникальным государством, где были ярко выражены региональные различия (экономиче-

ские, социальные, демографические, климато-гео-графические, культурно-этнические и т.д.). Однако, эта особенность практически не принималась во внимание при планировании ресурсов здравоохранения. Приведу только один пример. **(Рис. 6)**

Обеспеченность врачами-педиатрами и акушерами-гинекологами населения и их усредненная нагрузка в СССР и отдельных республиках

Республики территории	Число акушеров-гинекологов на 10 тыс. женщин	Число родов на 1 акушера-гинеколога физ.лица	Число педиатров на 10 тыс. детей	Число детей до 14 лет на 1 педиатра
СССР в среднем	4,8	103,6	20,0	433
РСФСР	5,1	85,0	21,1	473
Латвия	4,8	84,3	26,0	371
Узбекистан	4,7	203,0	13,0	565
Туркмения	4,4	215,9	11,5	600

6

В стране использовался единый принцип (на 1000 населения) распределения кадров педиатров и акушеров-гинекологов. Игнорирование особенностей демографических процессов привело к значительным диспропорциям в обеспеченности детского населения педиатрами, а женщин — акушерами-гинекологами в разных регионах. Так, в РСФСР на 1 акушера-гинеколога приходилось 85 родов, а в Туркмении 215 родов.

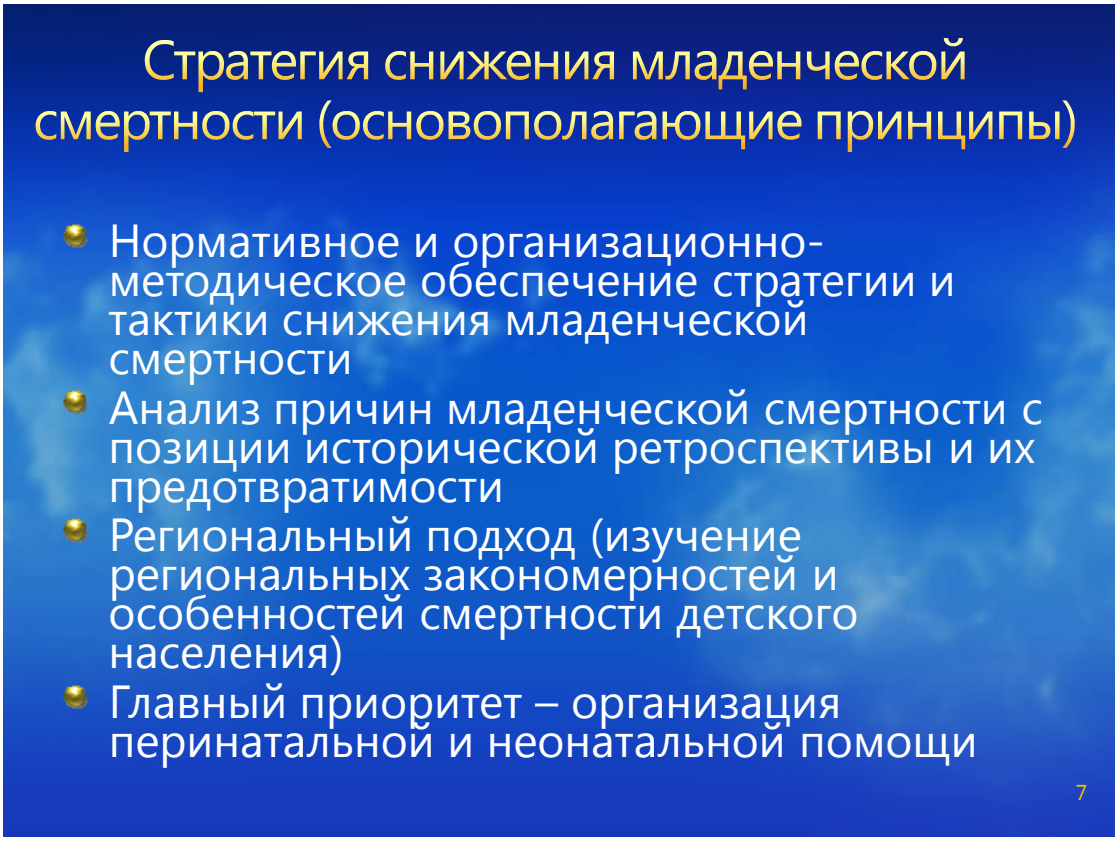
Застойные явления в системе ОМД ярко проявились также в том, что не были поняты и определены приоритеты в деле снижения МС, сформировался разрыв (диспропорции) между достижениями науки и их внедрением в практику. Приведу в доказательство только один факт. В 50-60-е годы прошлого века успехи в снижении МС были обусловлены уменьшением смертности в постнеонатальном периоде, а

отсюда всё больший удельный вес стала приобретать смертность на первом месяце жизни. Однако, стратегия борьбы с младенческой смертностью не была пересмотрена, и в первую очередь не получили должного развития перинатология и неонатология.

Наконец, обострилась проблема недоучёта МС. Использование старых 1939 года, принципиально отличающихся от ВОЗовских, критериев регистрации мертво- и живорождений приводило не только к уменьшению истинного уровня МС на 20-40%, но также мешало объективно оценивать ситуацию с МС в стране.

Описанная ситуация с МС, сложившаяся к середине 80-х годов XX века, обозначила как крайне актуальную, не терпящую малейшего промедления задачу по разработке долгосрочной стратегии и краткосрочной (тактической) системы мер по снижению МС в СССР.

В 1987-1990 гг. указанная задача была выполнена. Главным управлением охраны материнства и детства Минздрава СССР с привлечением более двадцати научных учреждений страны была разработана система стратегических и тактических мер по снижению смертности детей первого года жизни в СССР (руководитель А. А. Баранов, ответственные исполнители Н. Н. Ваганов, И. А. Лешкевич). **(Рис. 7).**



Основополагающими методическими принципами предложенной стратегии явились:

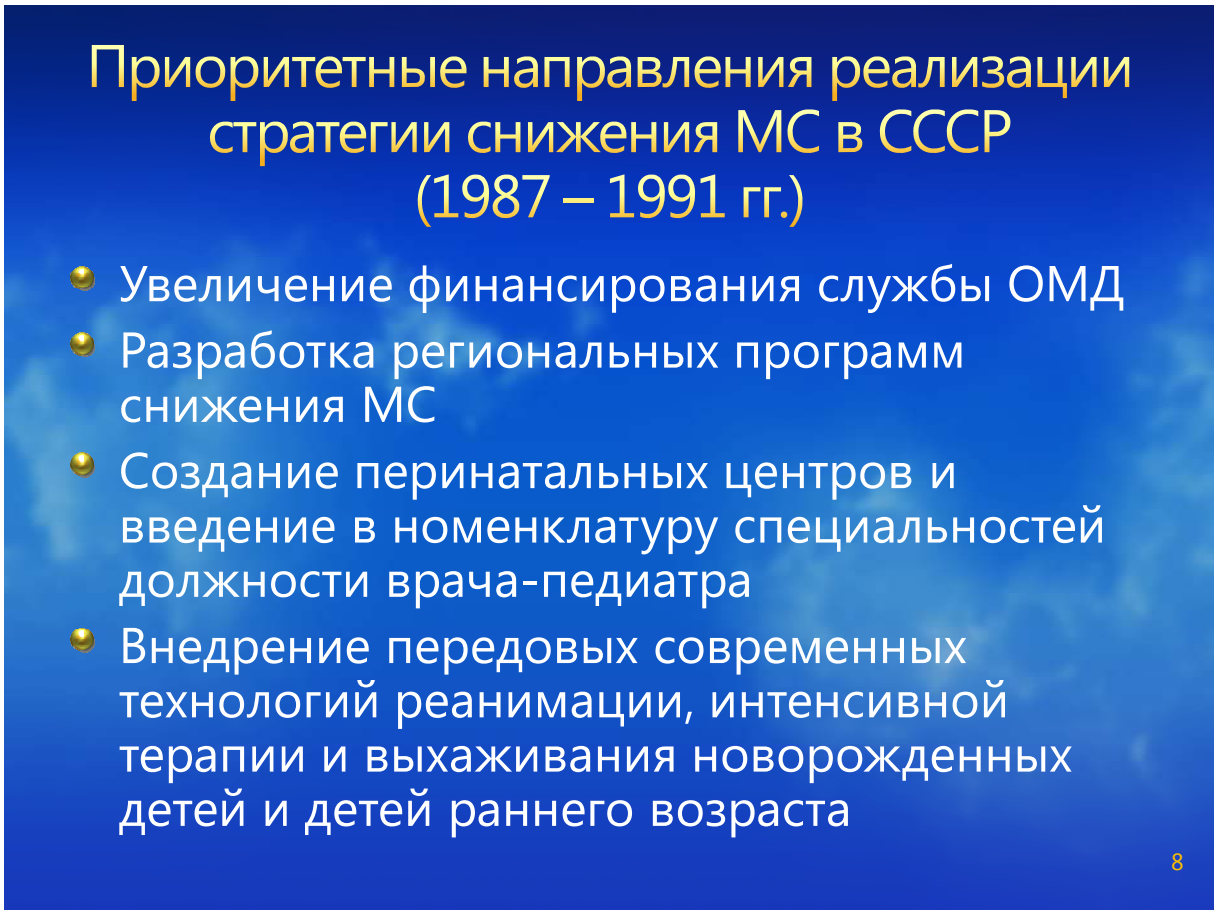
1. Нормативное и организационно-методическое обеспечение стратегии и тактики снижения младенческой смертности.

2. Анализ причин младенческой смертности с позиции исторической ретроспективы и их предотвратимости.

3. Региональный подход (изучение региональных закономерностей и особенностей смертности детского населения).

4. Главный приоритет - организации перинатальной и неонатальной помощи

Рис. 8.



Наиболее важными, принципиальными шагами в реализации стратегии снижения МС в 1987-1991 гг. стали:

1. Увеличение финансирования службы ОМД.

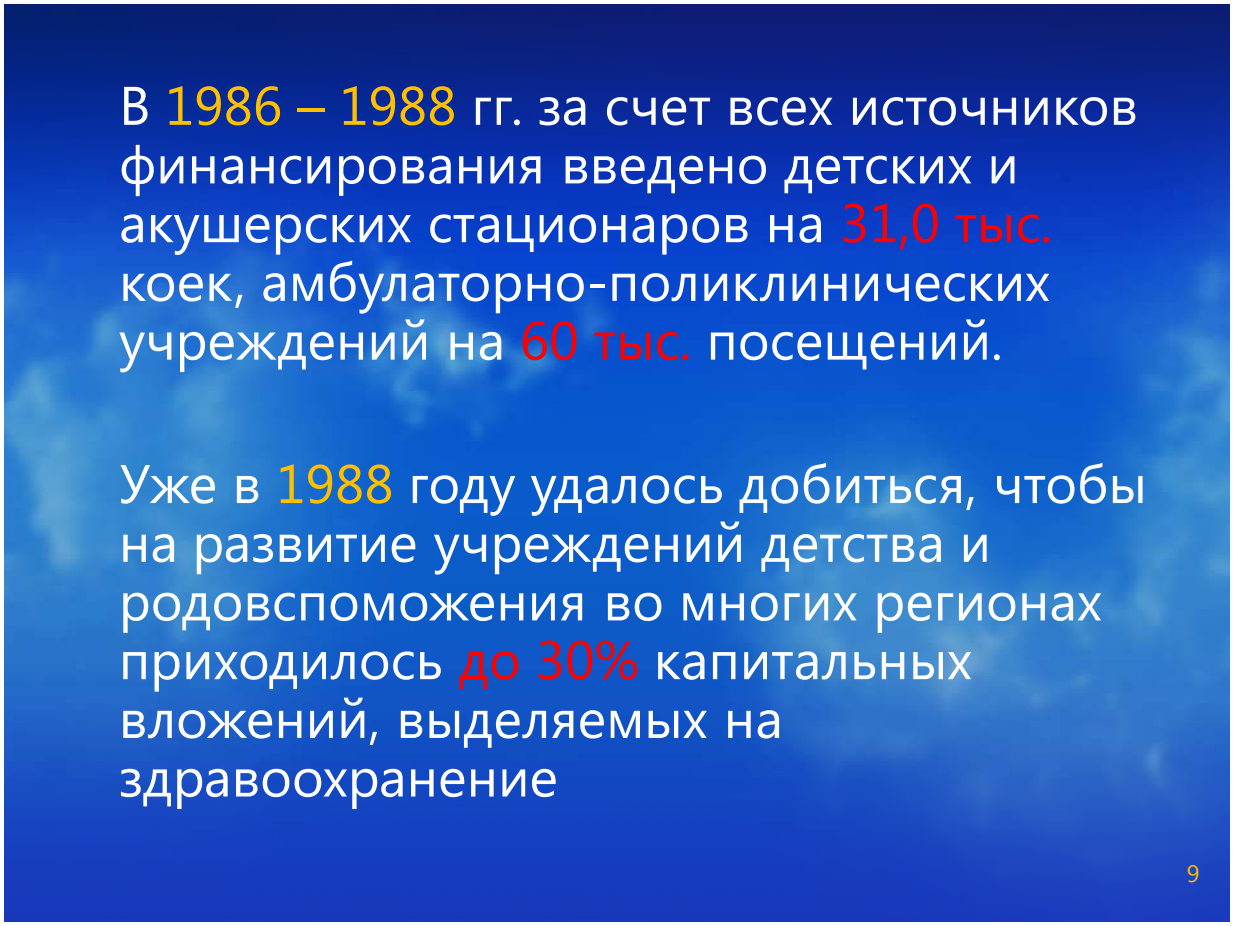
2. Разработка региональных программ снижения МС.

3. Создание перинатальных центров и введение в номенклатуру специальностей должности врача-неонатолога.

4. Внедрение передовых современных технологий реанимации, интенсивной терапии м выхаживания новорожденных.

Остановлюсь более подробно на названных выше мерах.

С 1987 года были предприняты беспрецедентные меры по укреплению ресурсов службы охраны материнства и детства и более эффективного их использования, имея в виду дифференцированное, по регионам, распределение медицинской техники, лекарств, профилирование коечного фонда. **(Рис. 9).**



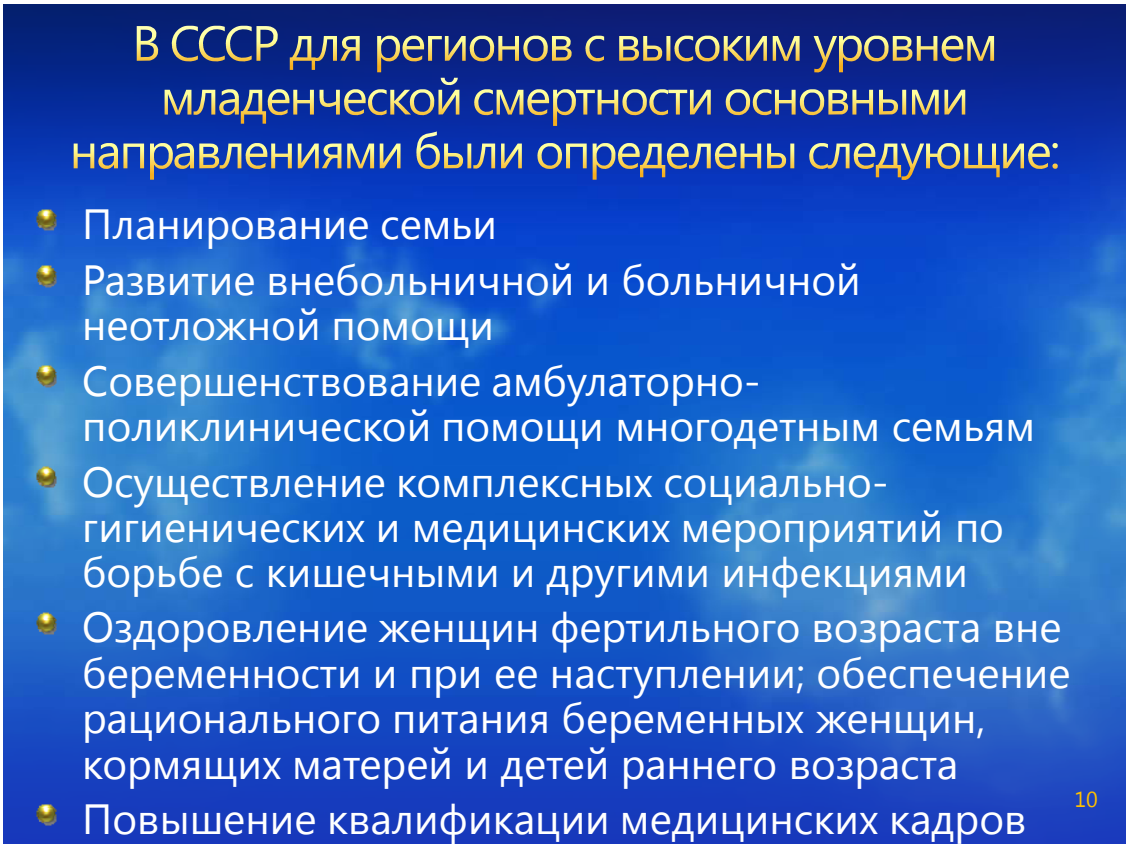
В 1986-1988 гг. за счет всех источников финансирования введено детских и акушерских стационаров на 31,0 тыс. коек, амбулаторно-поликлинических учреждений на 60 тыс. посещений. В РСФСР проделана большая работа по ликвидации дефицита коек в стационарах для больных новорожденных и недоношенных детей. В Узбекской ССР за счет нового строительства, реконструкции выделенных административных зданий в 1988 г. введено 2,5 тыс. детских и акушерских коек, на 4120 посещений амбулаторно-поликлинических учреждений, что составило 52, 6% от общего ввода учреждений здравоохранения.

В отдельных республиках и территориях РСФСР изыскивались дополнительные валютные средства для приобретения современной медицинской техники. Уже в 1988 году удалось добиться, чтобы на развитие учреждений детства и родовспоможения во многих регионах приходилось до 30% капитальных вложений, выделяемых на здравоохранение.

Для достижения устойчивых положительных результатов в снижении младенческой смертности были разработаны три региональные комплексные научно-практические программы – для регионов с высоким (более 25‰; сюда вошли Казахстан и республики Средней Азии), средним (15-24‰; Россия и республики Закавказья) и низким (менее 15‰; Украина, Белоруссия и Прибалтийские республики).

Учитывая цель и аудиторию нашего Форума, я позволю себе более подробно остановиться на Программе для территорий с высокими уровнями МС, хотя она реализовывалась на территории Советского Союза всего 4 года. Представляется, что эта Программа может оказаться интересной и полезной представителям стран, для которых проводится настоящий Форум.

Рис. 10.



В СССР для регионов с высоким уровнем младенческой смертности основными направлениями были определены следующие:

- планирование семьи;
- развитие внебольничной и больничной неотложной помощи;
- совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи многодетным семьям;
- осуществление комплексных социально-гигиенических и медицинских мероприятий по борьбе с кишечными инфекциями и другими инфекциями, внутрибольничными заражениями;
- оздоровление женщин фертильного возраста вне беременности и при ее наступлении; обеспечение рационального питания беременных женщин, кормящих матерей и детей раннего возраста;
- соблюдение законодательства по охране труда работающих женщин, повышение уровня социально-правовой помощи семье;
- коренное изменение методов и стиля санитарно-воспитательной работы среди населения, борьба с вредными для здоровья женщин и детей традициями;
- развитие медико-генетической помощи и пренатальной диагностики, с учетом таких распространенных обычаев, как кровно-родственные браки, особенно в сельской местности.
- повышение квалификации медицинских кадров;

Позвольте дополнить этот перечень основных направлений небольшими комментариями.

Одним из основополагающих направлений в регионах с высокой младенческой смертностью является планирование семьи и регуляция рождаемости с целью сохранения здоровья женщин и рождения у них здорового потомства. Используя современные контрацептивные средства, добиваясь физиологических интергенетических интервалов 2-2,5 года, можно в течение репродуктивного возраста (18-35 лет), не нарушая традиций многодетности семьи, реализовать стремление иметь 5-7 детей, но при этом обеспечить их максимальную жизнеспособность. Работа в этом направлении должна проводиться с максимальным уважением национальных особен-

ностей и традиций, с обязательным широким вовлечением местных органов народного образования, профсоюзных, женских и других общественных организаций. Непременным условием результативности этой работы в территориях, где господствует исламская религия, является сотрудничество медиков со служителями культа.

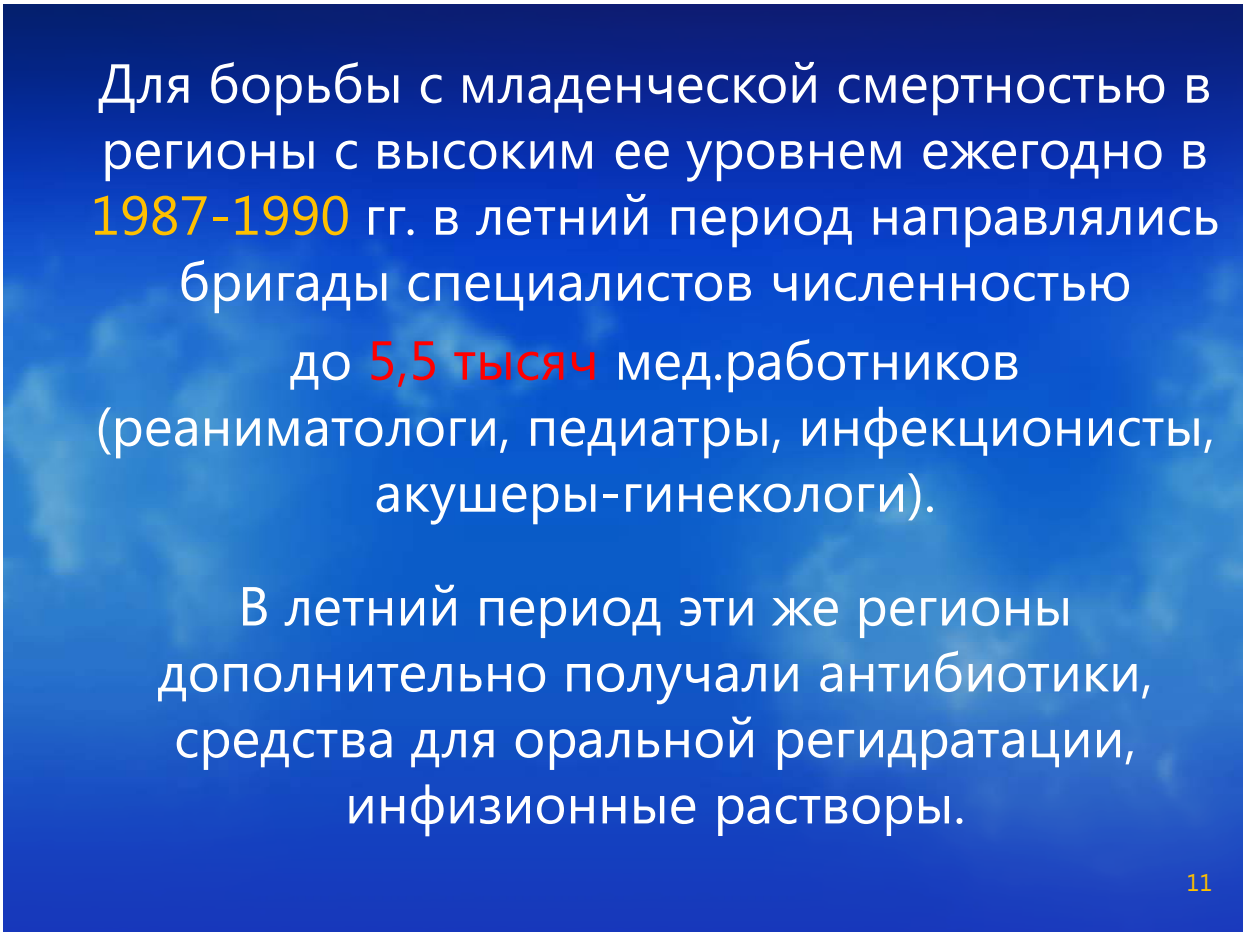
В регионах с высокой МС также особое внимание должно быть уделено развитию и укреплению больничной и внебольничной неотложной помощи. В территориях, где 80% умирающих детей — сельские жители, типичным является поздняя обращаемость за медицинской помощью, приводящая, как правило, к поступлению детей в тяжелом состоянии в медицинские учреждения любого уровня, необходимо создавать условия для интенсивной терапии, начиная с сельской врачебной амбулатории и фельдшерско-акушерского пункта.

В этих целях была предложена схема этапной помощи детям с угрожающими жизни состояниями, начиная с ФАП. Ее главным принципом является создание условий на всех этапах эвакуации для оказания адекватной медицинской помощи при типичных угрожающих жизни синдромах (обезвоживании, судорогах, гипотермии, отеке мозга) в целях обеспечения транспортировки в ближайшее квалифицированное лечебное учреждение, где организуются отделения реанимации и интенсивной терапии, оснащенные специальной аппаратурой, экспресс-лабораторией, с круглосуточным врачебным наблюдением.

Целесообразным является организация выездной службы реанимации и интенсивной терапии, которую необходимо формировать при крупных многопрофильных больницах, создавая специализированные центры детской реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии. Оправданной оказалась организация специализированных педиатрических бригад при отделениях плановой и экстренной консультативной помощи областных, краевых и республиканских больниц для обеспечения экстренной помощи детям села. Такие бригады имели в своем составе наиболее квалифицированных специалистов (педиатры, неонатологи, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи и т.д.) всех медицинских учреждений города.

Одной из важнейших особенностей младенческой смертности в СССР являлись ее сезонные колебания с пиковыми показателями в июле—сентябре. При этом доминирующее влияние на этот пик оказывали республики Средней Азии, Казахстана. В этих республиках младенческая смертность в летние месяцы возрастала в 2-2,5 раза, а от инфекции - в 3-4 раза, по сравнению с холодными месяцами года. Учитывая массовость поражения ОКИ в летние периоды, было внесено предложение об организации подворных обходов с помощью санитарного актива, студентов медицинских вузов. В Узбекистане, например, удалось решить проблемы введения в штаты ФАП должностей помощников фельдшера за счет выпускников школ, их краткосрочной подготовки на специальных курсах и оплаты их работы за счет средств агропромышленного комплекса.

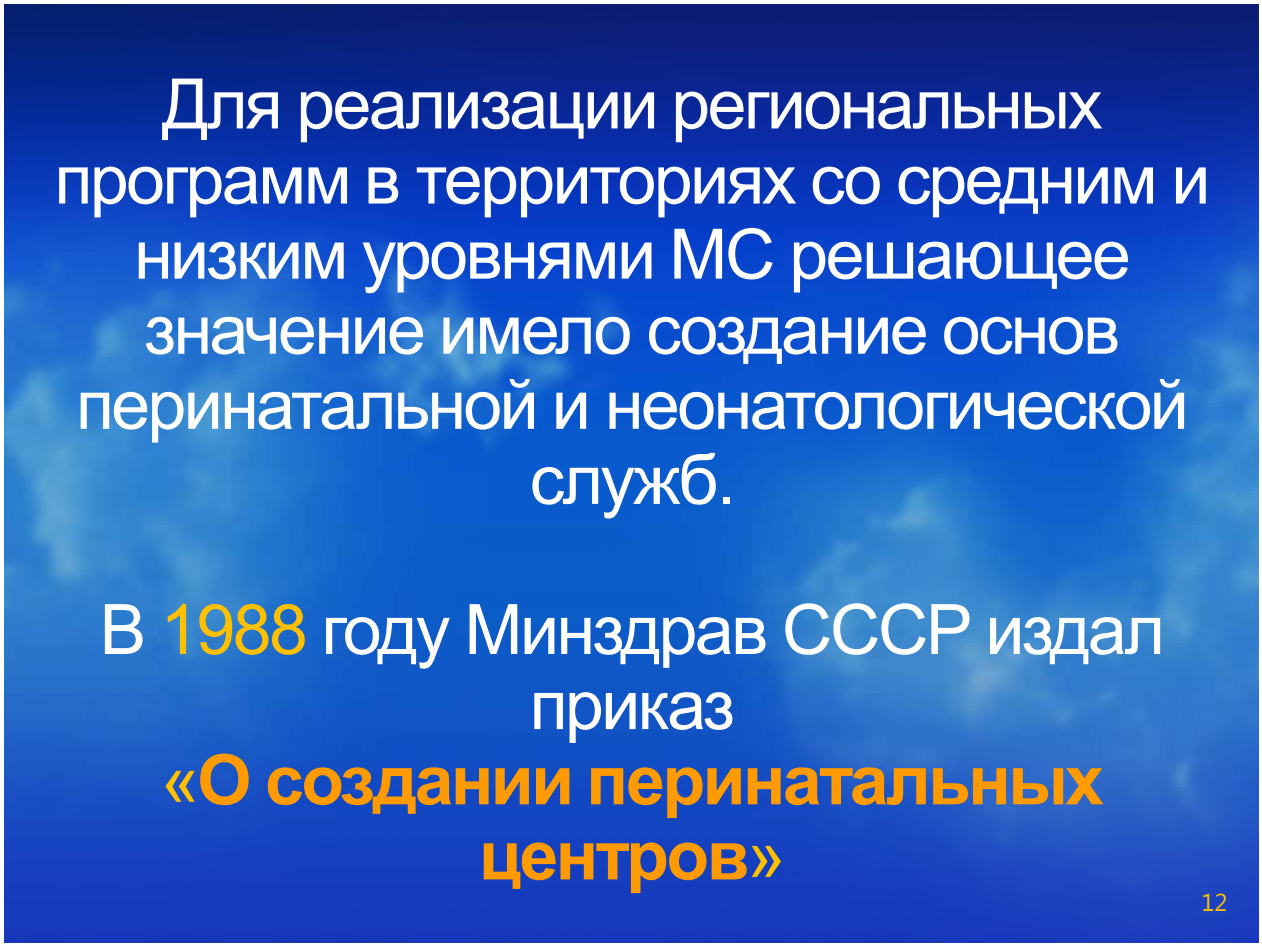
Рис. 11



В этих же целях было принято решение об организации и направлении медицинских бригад в регионы с наиболее высоким уровнем младенческой смертности в период ее пиковых показателей. В течение трех летних месяцев 1987-1989 гг. орга-

низовывались и направлялись в республики Средней Азии, Казахстана, отдельные республики и области РСФСР бригады специалистов: реаниматологов, педиатров, инфекционистов, акушеров-гинекологов, медицинских сестер, научных сотрудников ведущих НИИ и мединститутов с активным участием студентов местных медицинских вузов. Ежегодно к этим работам привлекалось до 5,5 тыс. медицинских работников. В летний период в эти республики дополнительно направлялись антибиотики, гормональные препараты, инфузионные средства. Регион полностью был обеспечен средством для оральной регидратации - регидроном.

Рис. 12.

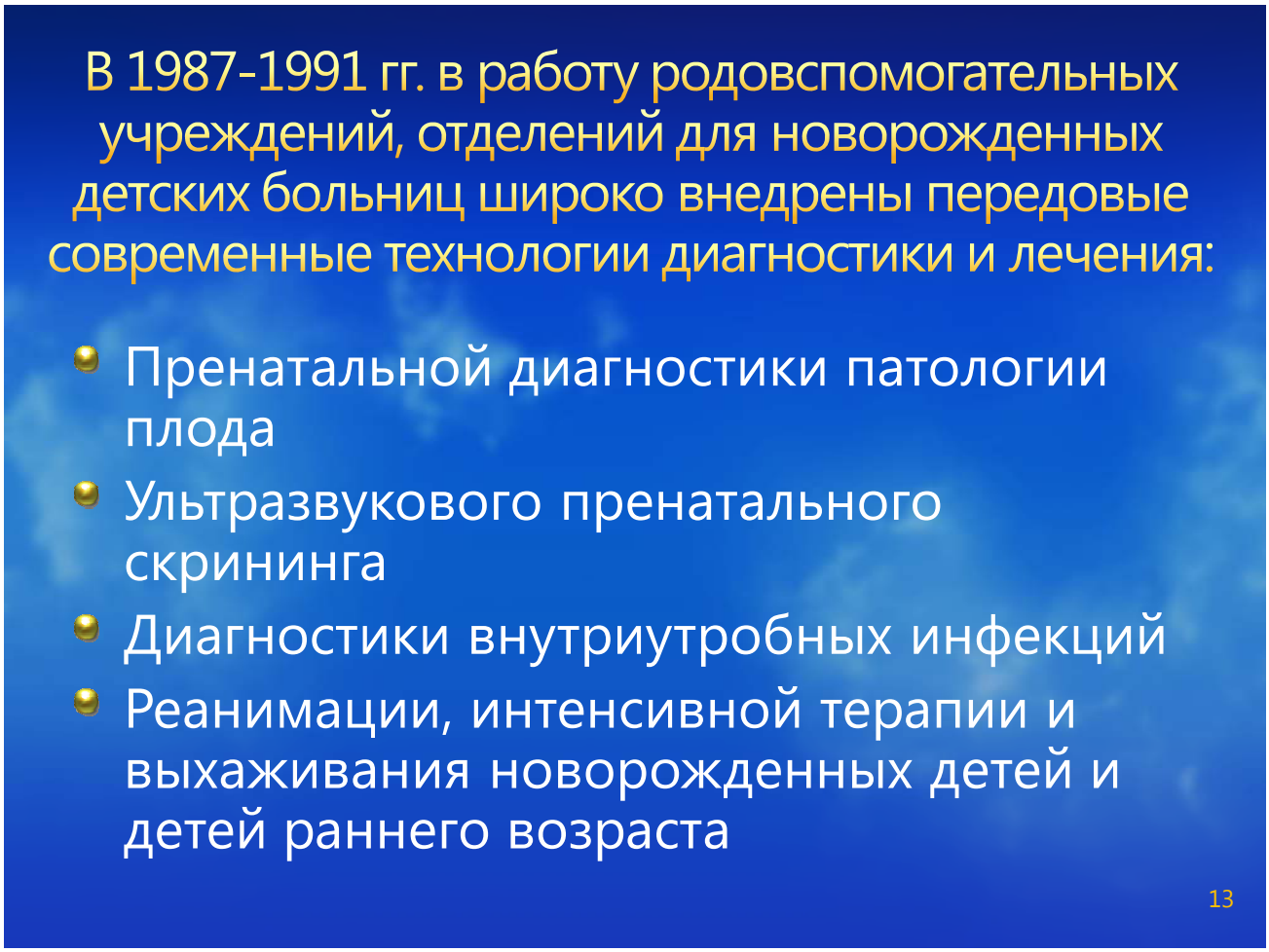


Для реализации региональных программ в территориях со средним и низким уровнями МС решающее значение имело создание основ перинатальной и неонатологической служб. В 1988 году Минздрав СССР издал приказ **«О создании перинатальных центров»,** который определил нормативные условия для создания учреждений нового типа на основе интеграции амбулаторно-поликлинических, консультативно-диагностических служб и акушерских и педиатрических отделений с

палатами реанимации и интенсивного наблюдения новорожденных. В перинатальном центре был реализован отказ от многолетней практики перевода больных новорожденных в ранние сроки из акушерского стационара в детский, т. е. изъят этап перевозки новорожденных детей, являющийся одним из самых опасных по риску смерти новорожденного.

Для развития неонатологической службы в России решающее значение имело Решение коллегии Минздрава РСФСР от 10.04.90 г. «О состоянии и мерах по совершенствованию неонатологической службы в РСФСР». Коллегия утвердила положение о главном неонатологе, о палатах реанимации и интенсивной терапии новорожденных в родовспомогательных учреждениях; схемы первичной реанимации новорожденных; тактику проведения искусственной вентиляции лёгких. Рекомендована разработка территориальных программ развития неонатальной службы, создание кафедр неонатологии.

Рис. 13.



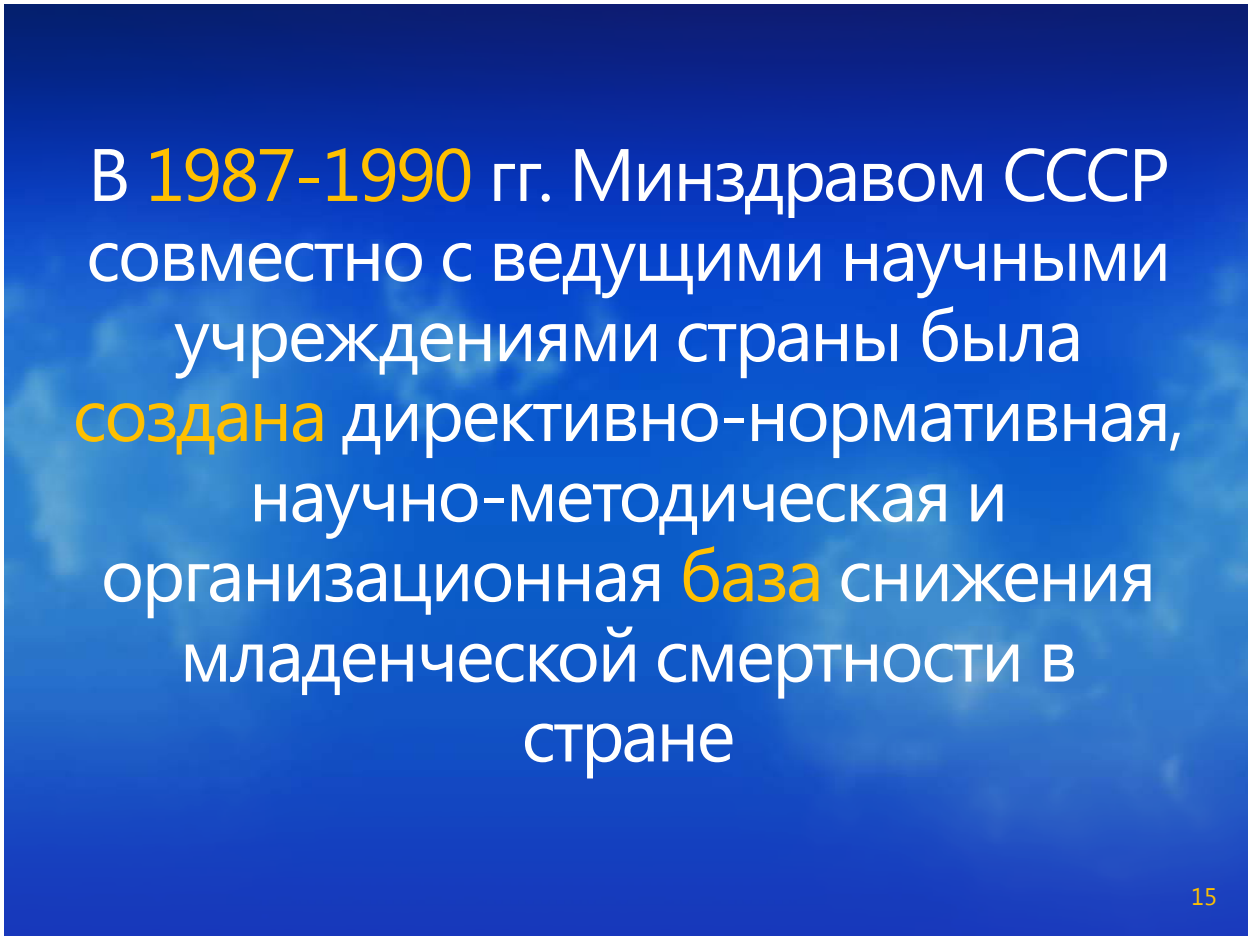
В работу родовспомогательных учреждений, отделений для новорожденных детских больниц были широко внедрены передовые современные технологии диагностики и лечения. Назову только некоторые из них: пренатальной диагностики патологии плода; ультразвукового пренатального скрининга; диагностики внутриутробных инфекций (было закуплено 150 лабораторий); реанимации, интенсивной терапии и выхаживания новорожденных детей и детей раннего возраста.

Рис. 14.



Первые результаты реализации предложенных комплексных, системных мер были весьма обнадёживающие: Уровень младенческой смертности уменьшился на 16,2 % в СССР (с 26 ‰ в 1985 г. до 21,8 ‰ в 1990) и на 15,9 % в РСФСР (соответственно с 20,7‰ до 17,4%). Среднегодовое снижение МС в 1987-1990 гг. составило в СССР 4%, в РСФСР – 3%.

Рис. 15.

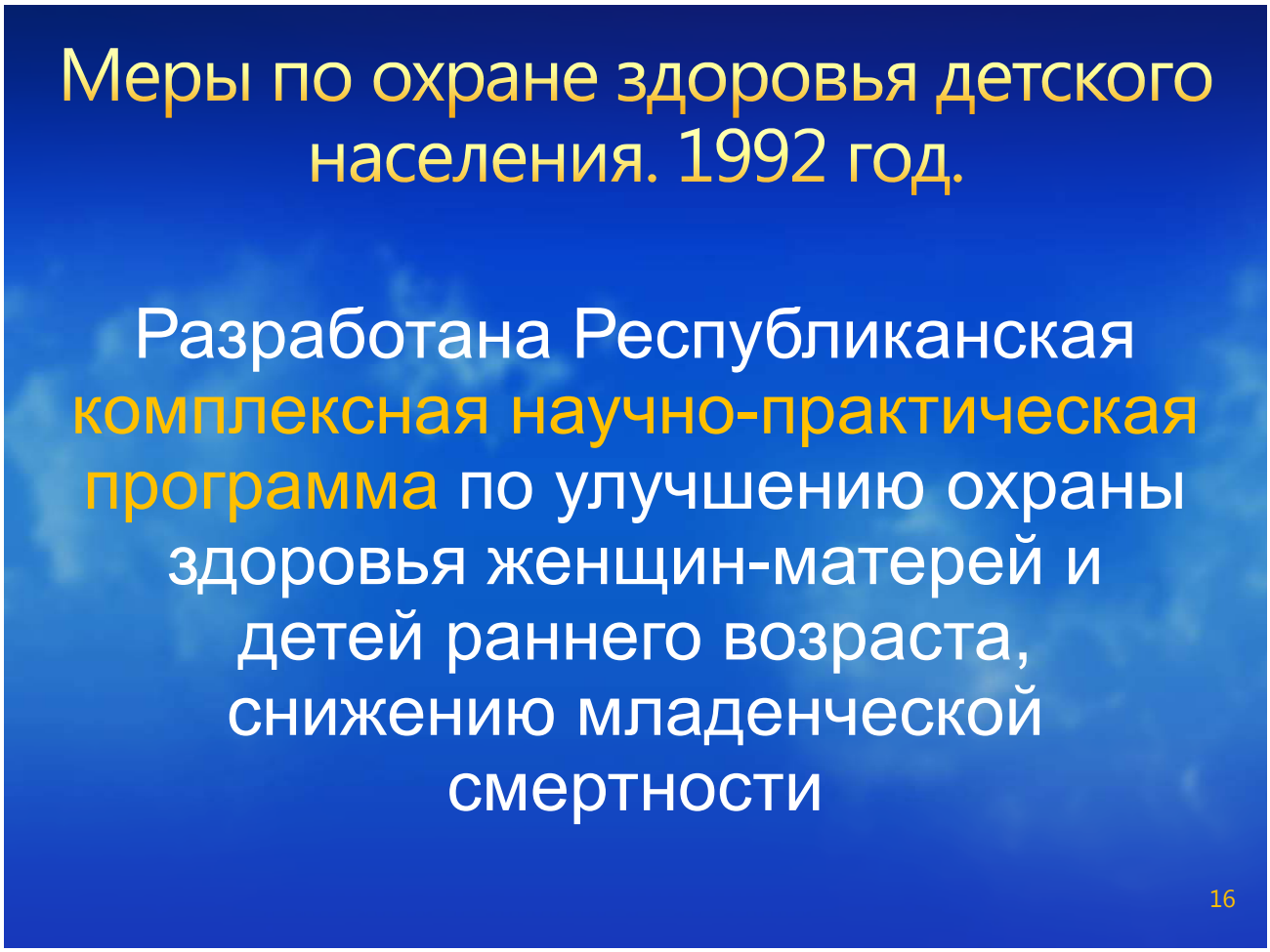


Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что в 1987 – 1990 гг. Минздравом СССР совместно с ведущими научными учреждениями страны была создана директивно-нормативная, научно-методическая и организационная база, которая стала **стратегией и тактикой, программой основных направлений, финансовым обеспечением мер по снижению младенческой смертности в стране.** Именно этим обстоятельством в первую очередь следует объяснять тот выдающийся феномен, когда в 90-е годы прошлого века на фоне обвального падения (ухудшения) большинства показателей в экономической, социальной, демографической, здравоохраненческой сферах показатель младенческой смертности не повысился, и при первых социальных и экономических возможностях проявил тенденцию к снижению. И второй не менее, даже более важный вывод: созданная в СССР государственная система ОМД выдержала испытания экономических и социально-

политических реформ, доказав надёжность основополагающих принципов её работы.

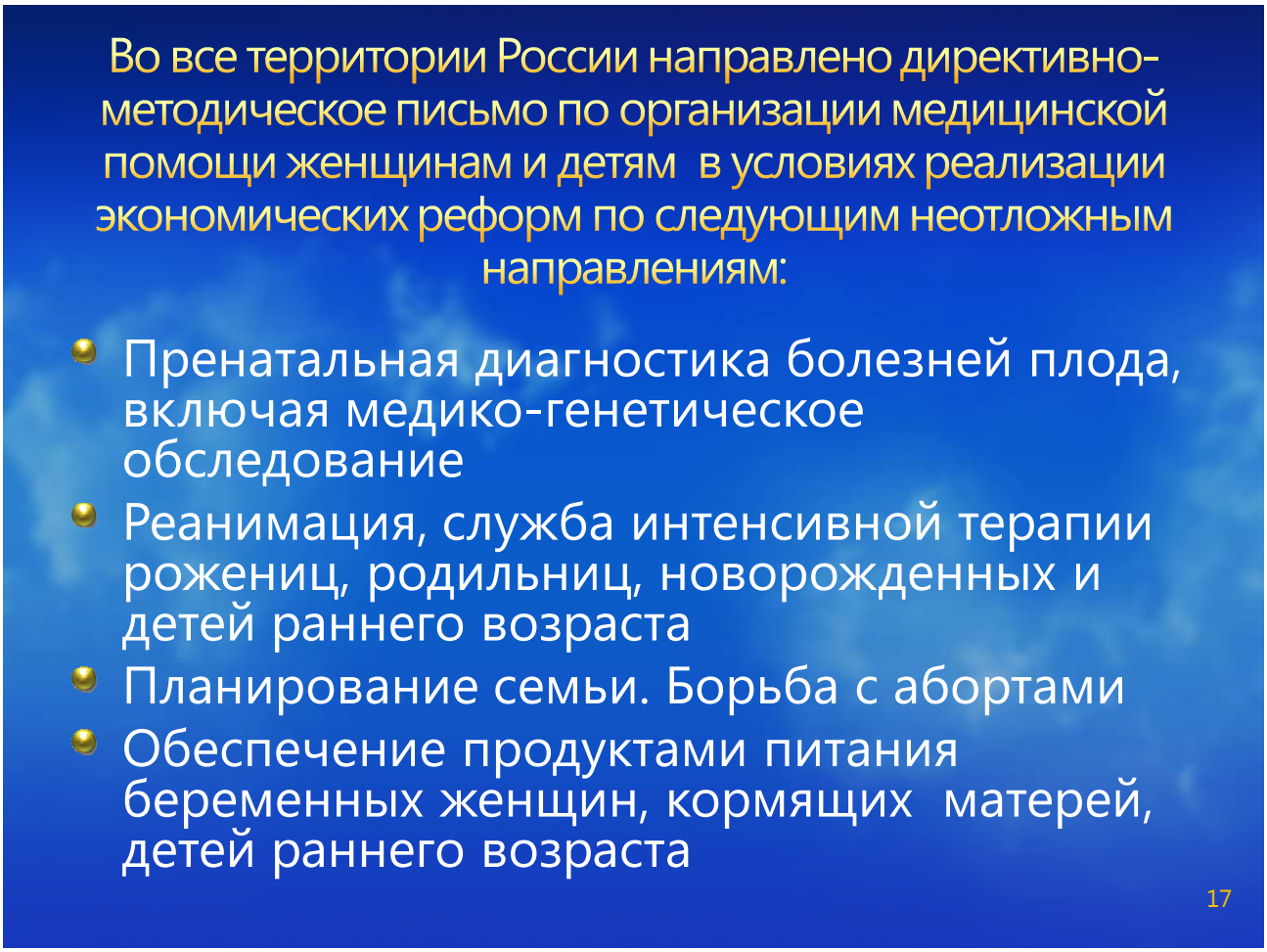
В 1992 году Управление охраны материнства и детства Минздрава РФ (заместитель министра МЗ РФ по вопросам ОМД – профессор Н.Н. Ваганов) принимает ряд энергичных мер по охране здоровья детского населения в условиях тяжелейшего социально-экономического кризиса.

Рис. 16.



Опираясь на нормативно-директивные и методические документы 1987-1990 гг., Минздравом Российской Федерации была разработана Республиканская комплексная научно-практическая программа по улучшению охраны здоровья женщин-матерей и детей раннего возраста, снижению младенческой смертности, которая стала концептуальным документом для службы ОМД страны на 90-е годы.

Рис. 17.



В феврале 1992 г. во все территории России направлено директивно-методическое письмо по организации медицинской помощи женщинам и детям в условиях реализации экономических реформ по следующим неотложным направлениям:

- пренатальная диагностика болезней плода, включая медико-генетическое обследование;

- реанимация, служба интенсивной терапии рожениц, родильниц, новорожденных и детей раннего возраста;

- планирование семьи. Борьба с абортами;

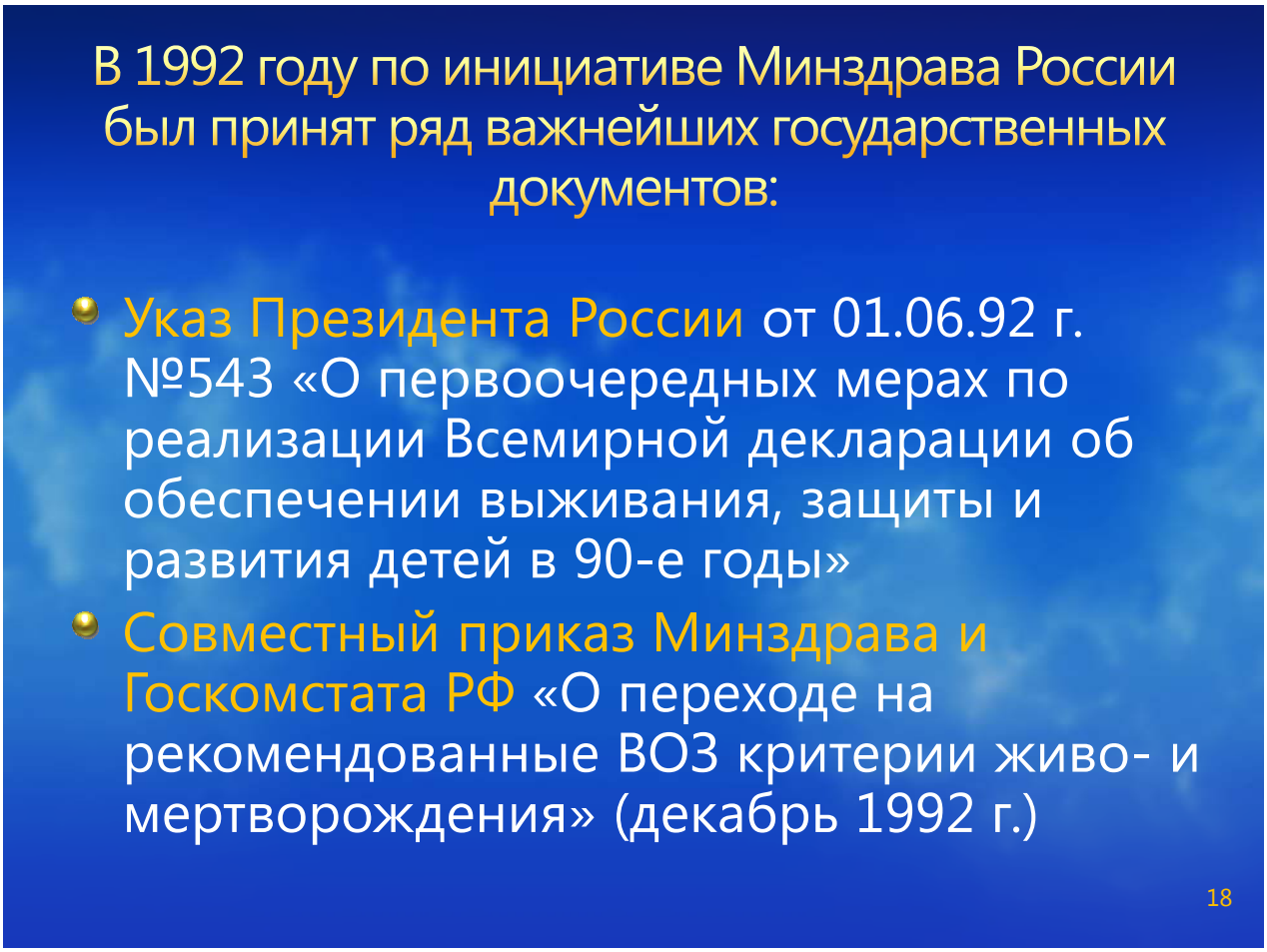
- обеспечение продуктами питания беременных женщин, кормящих матерей, детей раннего возраста;

- рационализация использования коечного фонда в детских и родовспомогательных учреждениях;

- обеспечение высокоспециализированных видов медицинской помощи женщинам и детям.

Этим директивным документом были определены задачи и их обоснование по каждому направлению, источники финансирования и конечный результат при условиях их выполнения.

Рис. 18.



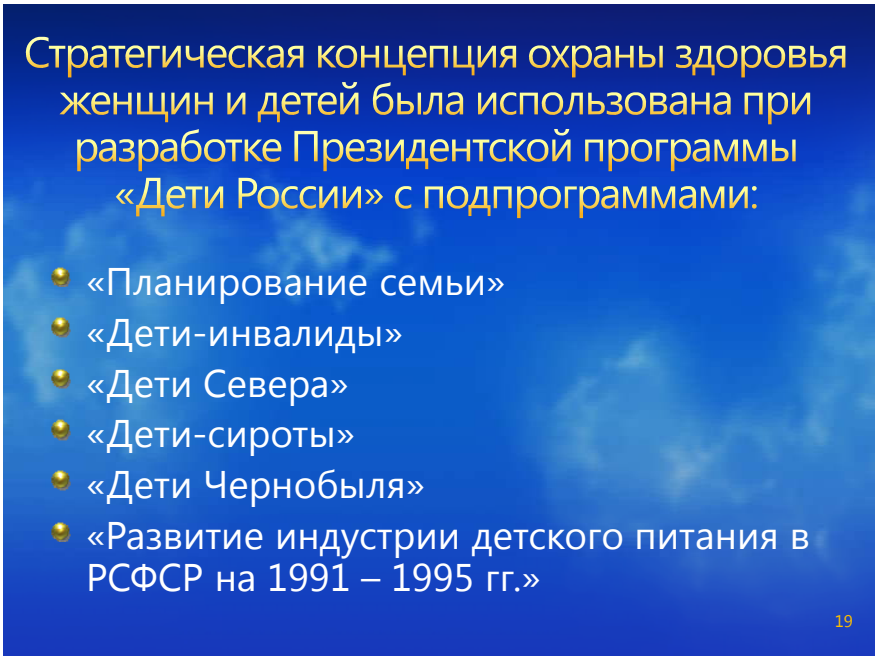
В 1992 году по инициативе Минздрава России были принят ряд важнейших государственных документов. Указ Президента России от 01.06.92 г. №543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы» поручил руководителям всех уровней обеспечить приоритетность решения задач по выживанию, защите и развитию детей при формировании бюджетов, в том числе валютных, распределении материально-сырьевых ресурсов, инвестировании строительных работ, предусматривать отдельной строкой финансирование целевых мероприятий по проблемам детства.

В реализации Указа Президента России, Правительством России издано Постановление от 21.08.92 г. №610 «О неотложных мерах по улучшению положения детей в Российской Федерации», которым определены задачи по развитию кардиохирургической помощи новорожденным детям, производству медицинской техники для лечения детей и родовспоможения, бесплатный отпуск специальных молочных продуктов детям 1 и 2 годов жизни, выделение ассигнований на создание производственных линий для детского питания.

4 апреля 1992 года был принят Закон «О дополнительных мерах по охране материнства и детства», согласно которому впервые в истории отечественного здравоохранения регламентировано материальное стимулирование своевременного обращения к врачу, согласно которому в целях своевременной их диспансеризации, введено единовременное пособие в размере 50% минимальной заработной платы.

В декабре 1992 года Минздравом совместно с Госкомстатом РФ издается Приказ «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живо – и мертворождения». Хотя названные критерии фактически не касались детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (500-999 г), был наконец-то сделан первый шаг к наведению порядка в статистике МС. Окончательно к использованию международных критериев мы перейдем на следующий год, хорошо к этому, как подробно говорилась в уже сделанных докладах, подготовясь.

Рис.19.



Здесь важно отметить, что государство, его законодательная и исполнительная власти понимали важность охраны здоровья детей в условиях кризиса. прислушивались к предложениям общественности (в частности, Союза педиатров России, Фонда охраны здоровья матери и ребенка) в этой области. Так, стратегическая концепция охраны здоровья женщин и детей была использована при разработке Президентской программы «Дети России» с подпрограммами: «Планирование семьи», «Дети-инвалиды», «Дети Севера», «Дети-сироты», «Дети Чернобыля», «Развитие индустрии детского питания в РСФСР на 1991 – 1995 гг.».

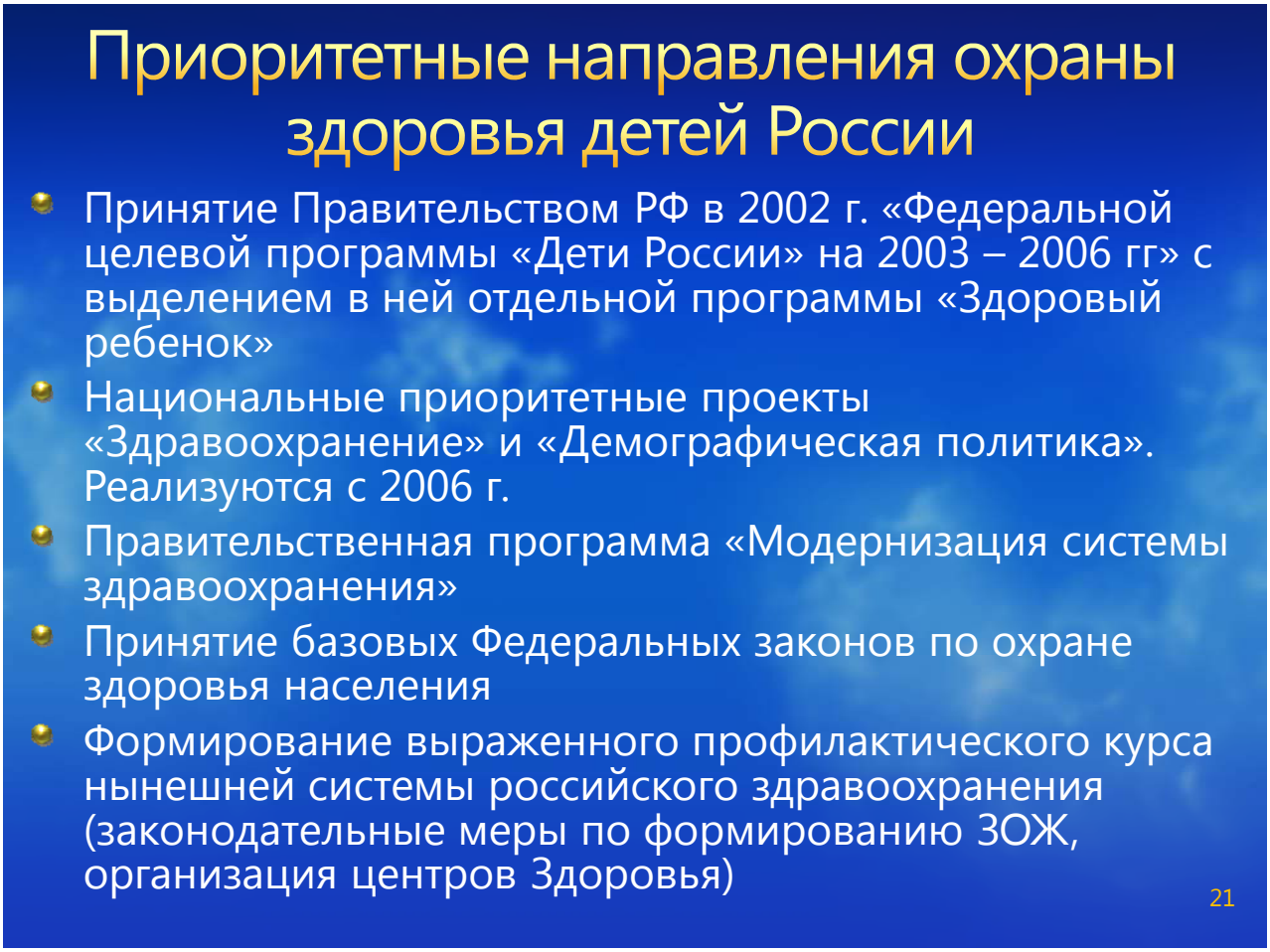
Рис. 20.



В результате наличия научно обоснованной Стратегии по охране здоровья детского населения Российской Федерации и снижения младенческой смертности, реализации вышеизложенных системных мер в 90-х годах, в условиях тяжелейшего социально-экономического кризиса, уровень смертности детей первого года жизни, повторюсь, не только не увеличился, но и стал проявлять тенденцию к снижению, что хорошо видно из данных представленных на слайде.

Переходя к освещению российского опыта снижения МС в 21 веке, в период, как мы его обозначали, «успешного» десятилетия, прежде всего, следует сказать о том, что в России при стабилизации общественно-политической и социально-экономической жизни появился существенный материальный и профессиональный ресурс для эффективной охраны здоровья детей. Задача состояла в том, чтоб этот ресурс бездарно не растранжирить, а направить на достижение приоритетных, наиболее значимых в социальном отношении целей. В целом, с моей точки зрения, государство, органы управления системой здравоохранения, педиатрическое сообщество успешно справилось с названной задачей. Хотя и не без некоторых издержек и шараханий в сторону, если, к примеру, вспомнить настойчивое стремление некоторых наших реформаторов пересадить на русскую почву западную модель семейного врача с передачей ему функций участкового педиатра.

Рис. 21.



По настоящему этапными, носящими системный, долгосрочный характер мерами в области охраны здоровья детского населения Российской Федерации стали:

А. Принятие Правительством РФ в 2002 г. «Федеральной целевой программы «Дети России» на 2003-2006 гг.» с выделением в ней отдельной программы «Здоровый ребенок».

Б. Национальные приоритетные проекты «Здравоохранение» и «Демографическая политика». Реализуются с 2006 г.

В. Правительственная программа «Модернизация системы здравоохранения».

Г. Принятие базовых Федеральных законов по охране здоровья населения.

Д. Формирование выраженного профилактического курса нынешней системы российского здравоохранения (законодательные меры по формированию ЗОЖ; организация Центров здоровья).

Рис. 22.

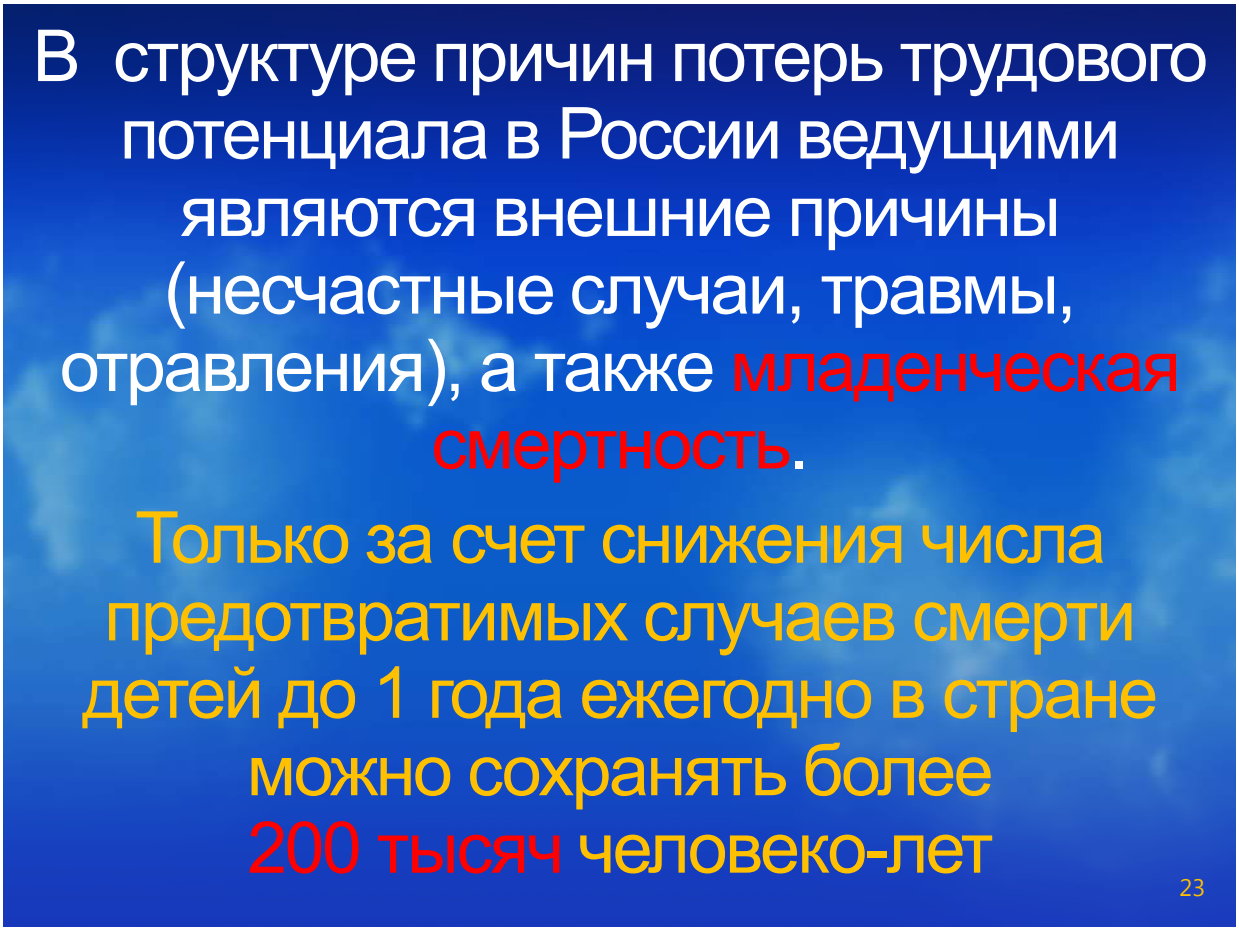


Наличие разработанной в конце 80-х начале 90-х годов прошлого века, научно-обоснованной стратегии снижения МС, с одной стороны, и финансовые, научные, организационные возможности современного российского государства, общества, системы здравоохранения и его педиатрической составляющей, с другой, сде-

лали реальными высокие темпы снижения смертности детей первого года жизни в Российской Федерации.

Однако не следует забывать следующие обстоятельства:

Рис. 23



Поэтому реализация мероприятий по снижению младенческой смертности продолжает оставаться актуальной.

Мы считаем целесообразным выделять 3 уровня снижения младенческой смертности:

Рис. 24

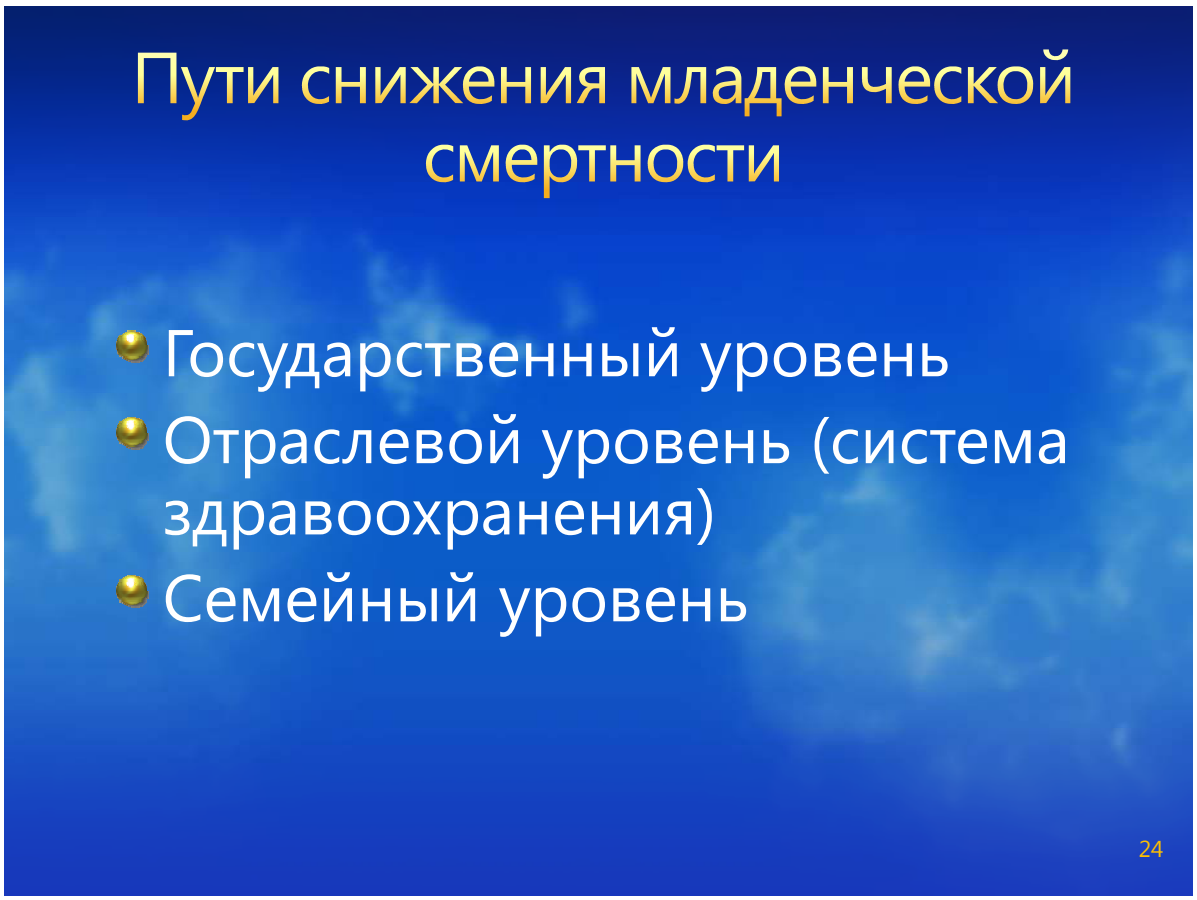

Пути снижения младенческой смертности
Государственный уровень
Отраслевой уровень (система здравоохранения)
Семейный уровень
24

Рис. 25

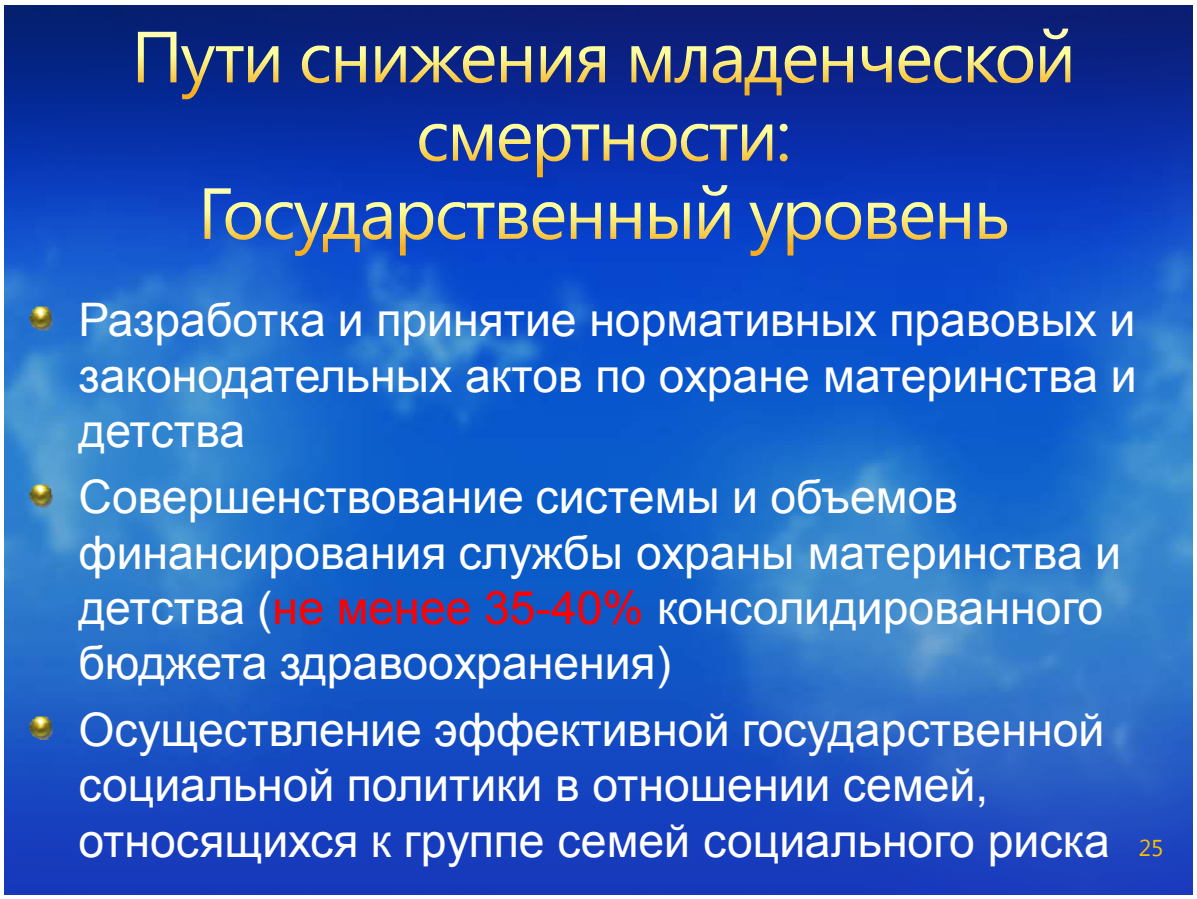

Пути снижения младенческой смертности: Государственный уровень
Разработка и принятие нормативных правовых и законодательных актов по охране материнства и детства
Совершенствование системы и объемов финансирования службы охраны материнства и детства (не менее 35-40% консолидированного бюджета здравоохранения)
Осуществление эффективной государственной социальной политики в отношении семей, относящихся к группе семей социального риска
25

Рис. 26

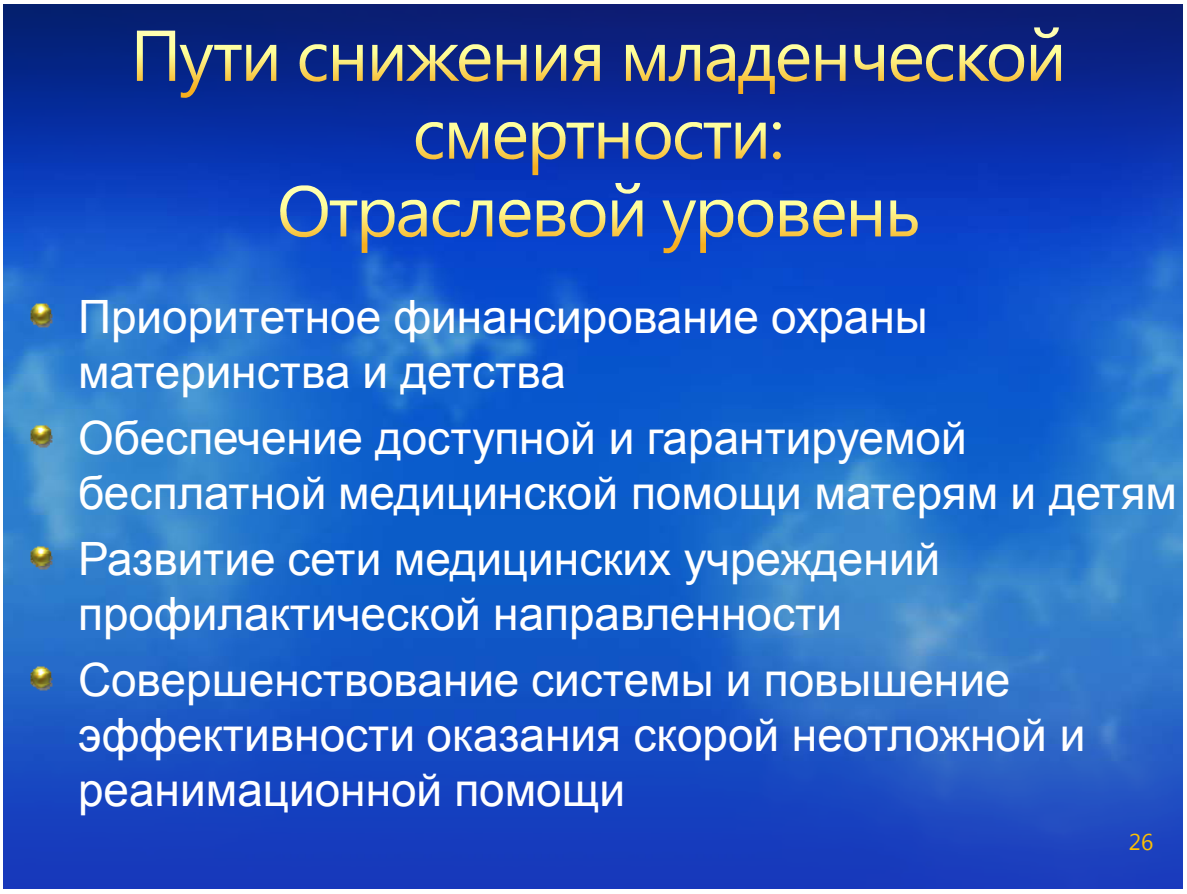
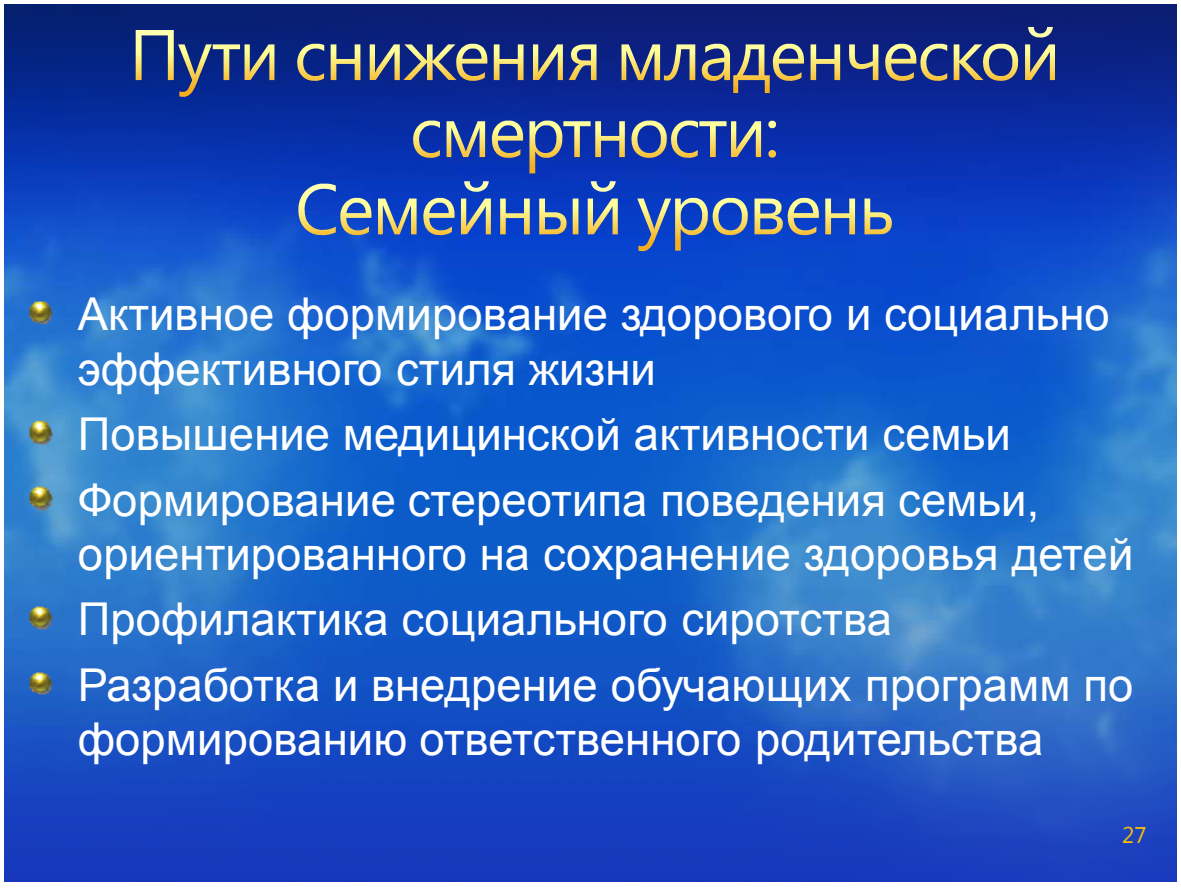
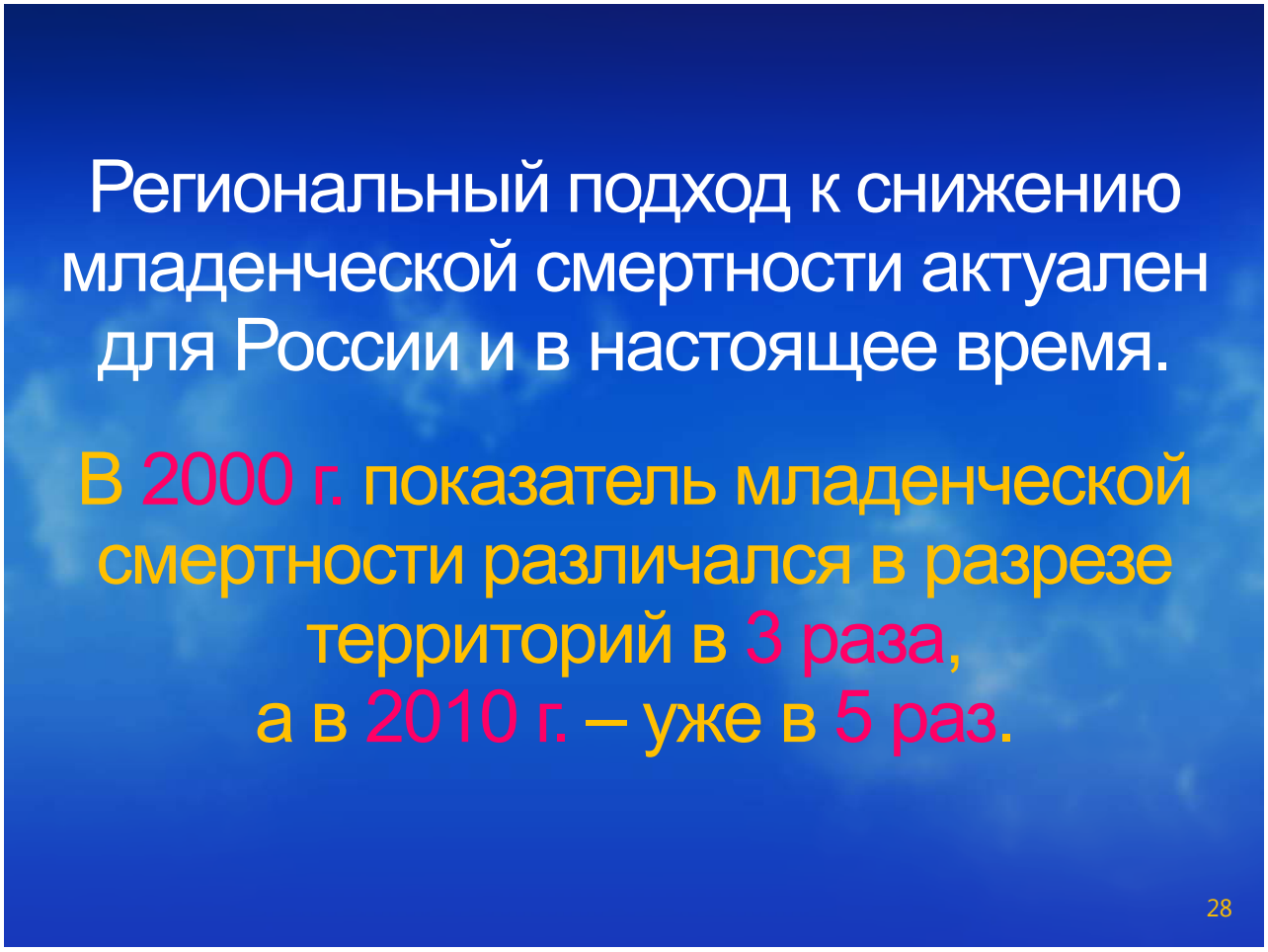

Пути снижения младенческой смертности:
Отраслевой уровень
Приоритетное финансирование охраны материнства и детства
Обеспечение доступной и гарантируемой бесплатной медицинской помощи матерям и детям
Развитие сети медицинских учреждений профилактической направленности
Совершенствование системы и повышение эффективности оказания скорой неотложной и реанимационной помощи
26

Рис. 27


Пути снижения младенческой смертности:
Семейный уровень
Активное формирование здорового и социально эффективного стиля жизни
Повышение медицинской активности семьи
Формирование стереотипа поведения семьи, ориентированного на сохранение здоровья детей
Профилактика социального сиротства
Разработка и внедрение обучающих программ по формированию ответственного родительства
27

Остается актуальным и региональный подход к снижению младенческой смертности

Рис. 28.



Однако содержание региональных программ должно учитывать современные достижения педиатрической науки и практики, а также политику государства в области охраны здоровья матери и ребенка.