**Об оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечении медицинского сопровождения деятельности ДОО Челябинской области**

(выступление Министра образования и науки Челябинской области Кузнецова А.И. на совещании руководителей органов местного самоуправления 09.08.2016 года)

Уважаемые коллеги!

Охрана здоровья воспитанников образовательных организаций охватывает целую систему мер, осуществляемых в процессе педагогической, медицинской, управленческой деятельности.

В реализации этих мер, особая роль принадлежит медицинскому персоналу, профессиональные знания и умения которого не могут компенсировать знания и умения представителей других профессий.

Медицинский персонал выполняет в детском саду 2 взаимосвязанные группы функций:

1 – медицинские,

2 - санитарно-гигиенические.

Эти функции дают гарантии оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, обеспечивают санитарно-гигиеническую безопасность воспитанников.

Несколько лет назад законодательная база, регулирующая вопросы медицинского сопровождения обучающихся в образовательных организациях, претерпела существенные изменения.

В рамках этих изменений нужно было обеспечить лицензирование медицинских кабинетов, или, в случае отсутствия в образовательной организации кабинета, отвечающего требованиям, заключить договор с лечебно профилактическим учреждением на оказание первичной медико-санитарной помощи на базе ЛПУ.

Совместно с органами здравоохранения, главами муниципальных образований нами в этом направлении была проведена большая работа и на сегодняшний день эта задача реализована во всех детских садах. Однако варианты, выбранные в муниципальных образованиях для решения задачи, не позволяют сегодня говорить о создании во всех детских садах качественных условий для осуществления медицинских и санитарно-гигиенических функций.

Условные модели, рекомендуемые нами для организации медицинской помощи в образовательных учреждениях, следующие.

*Нормативная и самостоятельная модели*

В нормативной модели детский сад готовит к лицензированию кабинет, лицензию получает ЛПУ и оно же обеспечивает детский сад штатным медицинским персоналом. В области эта модель реализована в 332 детских садах (23,7%). В самостоятельной модели детский сад самостоятельно получает лицензию и содержит штаты медицинского персонала. Модель реализована в 86 детских садах (6,2%).

В настоящее время эти модели наиболее полно реализованы во всех ЗАТО области, в Магнитогорске, Карабаше, Копейске, Чебаркуле, Кыштыме, Ашинском, Саткинском, В.Уфалейском районах. Значительная часть таких детских садов также в Челябинске, Южноуральске, Еманжелинске, Пластовском, Карталинском, Кусинском, Нагайбакском, Каслинском районах. Эти модели позволяют наиболее полно реализовать все требования к оказанию первичной медико-санитарной помощи и осуществляющим ее специалистам. Однако в нормативной модели есть проблема, связанная с недостаточно четким определением функций медицинского персонала в части организации питания. Из положений действующих документов однозначно не следует, что медицинская сестра составляет меню, ведет бракераж. Для урегулирования этой проблемы мы направили письмо в Минобрнауки РФ с просьбой о предоставлении соответствующих разъяснений. Собственно говоря, эта проблема и стала причиной появления заместительной модели, которая реализуется в Челябинске, Златоусте, Усть Катаве, Еманжелинске.

*Заместительная модель*

Заместительная модель близка к нормативной, только здесь имеется дополнительная штатная единица (инструктор по гигиеническому воспитанию, диетсестра и др,), которая введена для реализации функций по организации питания детей. Здесь выделяются 2 ключевые проблемы.

1. Недостаток ставок медицинского персонала ЛПУ, приходящего в детские сады. Особенно это касается медицинских сестер, которые приходят в детский сад на 1,5-2 часа и просто физически не могут выполнить весь круг необходимых обязанностей.

2. Проблема заключается в том, что у многих специалистов, работающих в замещающих должностях (инструктор по гигиеническому воспитанию, диетическая сестра) отсутствуют сертификаты специалистов, тогда как согласно требованиям единого квалификационного справочника должностей такие сертификаты у них должны быть.

*Малокомплектная модель*

К малокомплектной модели могут быть отнесены все детские сады с небольшим количеством детей, где медицинский кабинет не предусмотрен проектом и его организация нецелесообразна. Конечно, в этом случае объем медицинской помощи снижается. Особенно это касается неотложной и экстренной медицинской помощи, которую в таком детском саду будет невозможно оказать до приезда «скорой». Однако и риски здесь минимальны, так как детей немного, и, чаще всего, отсутствует наиболее уязвимая группа детей в возрасте до 3-х лет.

Чего нельзя сказать еще о двух моделях, реализующихся сегодня в Челябинской области: традиционной и ущербной, где почти в половине случаев кабинеты, достаточные для лицензирования, есть. Для них вариант оказания медицинской помощи на базе ЛПУ может рассматриваться только как переходный, временный. Например, вновь открытым детским садам требуется время для подготовки кабинета к лицензированию. На этот период заключается договор о взаимодействии. (В настоящее время у нас порядка 40 детских садов находятся на этапе подготовки лицензионной документации). В остальных случаях необходимо запланировать и осуществить лицензирование кабинетов в соответствии с требованиями законодательства. Если полнокомплектный детский сад не имеет подходящего помещения, предлагаем рассмотреть возможность его создания на площадях групповых ячеек, по мере снижения очередности детей на устройство в детский сад.

Общая картина по Челябинской области на сегодняшний день. Обеспеченность ставками медицинского персонала детских садов составляет 54%, что обусловлено, в первую очередь, большим количеством нелицензированных кабинетов. Нет ни одного лицензированного кабинета в Аргаяшском, Брединском, Катав-Ивановском, Кизильском, Кунашакском, Троицком, Увельском, Чесменском районах. В Миассе лицензию имеют только 3 детских сада. Перечень ДОО, где потенциально на кабинеты могут быть оформлены лицензии, достаточно обширный.

Просим проанализировать ситуацию и составить графики лицензирования кабинетов. Кроме того, хочу обратить внимание тех, кто реализует традиционную модель на следующие проблемы. Если в штате детского сада, не имеющего лицензированного кабинета, работает специалист в должности «медицинская сестра», то надо иметь в виду, что у этого специалиста должен быть сертификат, а его должностная инструкция не может содержать положений об осуществлении медицинской деятельности, подлежащей лицензированию.

**Оказание специализированной медицинской помощи, развитие коррекционного и инклюзивного образования**

**в ДОО Челябинской области**

(выступление Министра образования и науки Челябинской области Кузнецова А.И. на на совещании руководителей органов местного самоуправления 11.10.2016 года)

Уважаемые коллеги!

Ключевые направления социальной политики Российской Федерации включают задачи обеспечения равного доступа к качественному образованию детей с ограниченными возможностями здоровья, создания и развития соответствующей инфраструктуры в системе образования. Эти задачи выделены в федеральной программе развития образования и являются составной частью оценки результативности государственной программы «Поддержка и развитие дошкольного образования в Челябинской области на 2015-2025 годы».

В 2016 году в детских садах Челябинской области воспитывается 24 тыс. детей с ограниченными возможностями здоровья. Это 72% от общего числа дошкольников, нуждающихся в коррекционном дошкольном образовании, которое составляет 33,5 тыс. человек.

В большинстве городских округов обеспеченность детей коррекционным образованием на уровне 80% и выше. Хотя, есть и такие округа (их – два: Карабаш, Локомотивный), где коррекционное образование дошкольников не осуществляется вообще.

В районах подобная ситуация уже в 5 муниципальных образованиях (Брединский, Еткульский, Нагайбакский, Чебаркульский, Чесменский), а в целом в половине муниципальных районов потребности дошкольников в коррекционном образовании удовлетворяются менее чем на 50%.

Картина усугубляется неравномерностью развития образовательной сети по видам нарушений развития. Выделяется 7 видов нарушений развития, с которыми традиционно работают детсадовские коррекционные группы. От вида нарушений зависит состав ресурсного обеспечения коррекционной группы и достигаемые результаты:

Это либо коррекция - полное устранение нарушения - (до 100% детей с нарушениями речи, с задержкой психического развития, с косоглазием и амблиопией, сколиозом)

Либо - компенсация - замещение утраченных функций за счет других, при котором, например, глухие дети обучаются понимать речь собеседника по губам и овладевают простыми формами самостоятельной речи.

Чем раньше начата коррекционная работа, тем она эффективнее, тем лучше ее результаты, и тем меньше финансовых затрат несет государство на содержание специализированных классов и школ, на социальное обслуживание лиц с ограниченными возможностями.

Возможности областной системы дошкольного образования по коррекции разных видов нарушений развития довольно скромные.

Только 5 муниципалитетов сегодня могут обеспечить своим жителям коррекцию всех основных видов нарушений. И еще 6 муниципалитетов - большинства из них. В 15 муниципальных образованиях дети с ОВЗ могут рассчитывать только на коррекцию нарушений речевого развития. А в 7 муниципальных образованиях нет даже и этого.

В этой связи хочу обратить ваше внимание на следующее. Нарушения развития речи, которыми занимаются коррекционные группы, это не косметический дефект, как многие себе представляют. Если с этими детьми не будет заниматься логопед, они никогда не смогут хорошо учиться, у них всегда будут проблемы и с русским, и с математикой. Напротив, дети прошедшие логопедическую коррекцию, нередко успевают в школе лучше своих благополучных сверстников.

Хотите повысить качество образования, и еще шире – качество человеческого потенциала территории – организуйте дошкольное образование и раннюю коррекцию нарушений развития.

Собственно говоря, именно эту цель и преследует в конечном итоге государственная программа поддержки и развития дошкольного образования в Челябинской области.

В ней предусматривается поэтапное расширение доступности дошкольного образования.

1 этап - детям в возрасте от 3 до 7 лет. И эта задача уже решена в преимущественном большинстве территорий области.

2 этап – детям в возрасте от 1,5 до 3 лет.

3 этап – детям с особыми образовательными потребностями.

Здесь следует учесть, что средние по области сроки реализации этапов не идентичны срокам реализации этих этапов в муниципальных образованиях. Во-первых, потому что сеть детских садов развита по области неравномерно (где-то высокий уровень обеспеченности населения местами, где-то – низкий). Во-вторых, потому что движение демографической волны не осуществляется синхронно в разных территориях.

Вот как выглядит движение демографической волны в среднем по области (рис. 1). Логика программных задач и мероприятий предполагает их решение по ходу этой волны. Открытие дополнительных коррекционных групп для детей с ОВЗ требует увеличения финансирования на их содержание (в этих группах меньше наполняемость детьми, дополнительные ставки логопедов, дефектологов и, в некоторых случаях, медицинских работников). Повышающий коэффициент для детей с ОВЗ в областном нормативе финансирования составляет 3,8 единиц.



Рисунок 1

Уменьшение общей численности детей в территории неизбежно влечет за собой уменьшение контингента воспитанников общеразвивающих групп. И у нас появляется уникальная возможность за счет высвобождающихся средств расширить сеть коррекционных групп, не запрашивая на эти цели дополнительного финансирования из бюджета области. Кстати говоря, увеличение количества коррекционных групп будет в определенной мере способствовать и решению задачи поддержания средней заработной платы дошкольных педагогов на заданном уровне.

В этом году увеличение общей численности детей в возрасте 1-7 лет в целом по области прогнозируется в объем 4,8 тыс. человек. При этом почти в половине территорий начинается снижение этого показателя, суммарно – минус 1,4 тыс. человек. В дальнейшем число территорий с увеличением общей численности детей будет уменьшаться за счет роста территорий с ее уменьшением.

Таким образом, задача органов местного самоуправления территорий, в которых начался спад общей численности детей дошкольного возраста, проанализировать ситуацию и начать работу по обеспечению доступности дошкольного образования, коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

Что для этого потребуется? Все зависит от профиля нарушений.

Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха помимо привычных ставок группового персонала потребуется медицинское сопровождение и, соответственно, дополнительные ставки медицинских работников, дополнительные ставки логопедов, дефектологов и оборудование, соответствующее профилю нарушений.

Для детей с нарушением речи, интеллекта, задержкой психического развития – только ставки логопедов, учителей-дефектологов.

Как это будет финансироваться? Заработная плата группового персонала, логопедов, дефектологов уже финансируется из областного бюджета в рамках госгарантий. С января 2017 г. в рамках госгарантий будет также финансироваться заработная плата медицинского персонала в группах для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, зрения слуха. Однако получать эти средства смогут только те дошкольные организации, в которых есть лицензия на оказание специализированной медицинской помощи соответствующего профиля. На сегодняшний день такие лицензии у нас имеют только коррекционные детские сады Челябинска. Всем остальным, где функционируют группы с названными видами нарушений, необходимо активизировать работу по их получению. Перерасчет норматива будет произведен после получения лицензии.

 По созданию материально-технических условий для детей с ОВЗ мы планируем оказать поддержку органам местного самоуправления через субсидии на создание малозатратных мест. Соответствующие изменения будут внесены в ГП «Поддержка и развития дошкольного образования в Челябинской области».

Что потребуется от органов местного самоуправления?

Здесь тоже многое зависит от профиля нарушений развития, коррекция которых будет осуществляться. В общих чертах это подготовка к лицензированию медицинских кабинетов, оборудование и открытие коррекционных групп. Софинансирование, если муниципалитет будет претендовать на получение субсидии из средств областного бюджета.

Но самая большая проблема – это кадры. И, в первую очередь, кадры логопедов, учителей-дефектологов. Именно они обеспечивают коррекцию развития детей. И именно этих кадров не хватает или они полностью отсутствуют во многих территориях. Надо понимать, что сами по себе эти кадры ниоткуда не появятся. Нужна целенаправленная работа органов управления по их подготовке и привлечению. Ищите варианты преференций, которые могут заинтересовать выпускников вузов в плане жизненного обустройства. Или направляйте на обучение местных жителей. Но эту работу необходимо начинать уже сейчас, а группу при таком варианте вы сможете открыть только через 5 лет. В лучшем случае, через 3 года, если направите на обучение специалиста с высшим образованием.

В некоторых случаях осуществление коррекции патологий развития детей, получающих дошкольное образование, возможно без открытия коррекционных групп. Речь идет об инклюзивном подходе к образованию, который предполагает воспитание и обучение детей с ОВЗ в группе обычных сверстников.

Конечно, осуществление полноценной коррекции некоторых видов нарушений развития в рамках инклюзивного образования вряд ли возможно. Специфическое оборудование в каждый детский сад не закупишь, профильных медицинских специалистов – не привлечешь. Но те виды нарушений, которые не требуют специального оборудования для коррекции нарушений (кроме индивидуальных аппаратов и приспособлений), вполне могут корректироваться в условиях общеразвивающей группы, профиль которой меняется на комбинированную. Главное – обеспечить их сопровождение логопедом, дефектологом. Особенно это актуально для небольших сельских поселений, где детей с отклонениями в развитии немного.

В настоящее время в рамках госгарантий мы выделяем средства не только на коррекционные, но и на комбинированные группы (коэффициент 1,66). Пока возможность инклюзивного образования используют чуть больше десятка территорий в отношении 3,8 тыс. детей. С учетом того, что у нас еще 9,5 тысяч детей не охвачено коррекционной помощью, этого явно недостаточно.

И мы вновь возвращаемся к вопросу об анализе ситуации и планированию работы по развитию коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Ждем от вас предложений по внесению изменений в программу с учетом дополнительных мер поддержки обеспечиваемых областным бюджетом.