ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»

На правах рукописи

ФАРРАХОВ АЙРАТ ЗАКИЕВИЧ

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере Республики Татарстан)

14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение»

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук,
профессор, академик РАН
А.А. БАРАНОВ
заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор В.Ю. АЛЬБИЦКИЙ

Москва - 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ …… 6

ВВЕДЕНИЕ …….. 7

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (обзор литературы) …… 17

1.1. Тенденции и состояние здоровья детского населения Российской Федерации ……..…… 17

1.2. Организация медицинской помощи детям в России и стратегии здравоохранения, реализуемые в мире ……... 26

1.3. Модернизация здравоохранения …….. 34

1.4. Профилактическое направление в здравоохранении ……. 39

ГЛАВА 2 МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ…….…... 46

2.1. Методологические принципы исследования …… 46

2.1.1. Принцип регионального подхода ……. 47

2.1.2. Использование методики стратегического планирования форсайт-дорожная карта …….. 48

2.2. Характеристика базы и организация исследования ……... 50

2.3. Этапы и методы исследования …….……. 54

ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН …… 67

3.1. Медико-демографические процессы в Республике Татарстан …….. 67

3.2. Основные тенденции состояния здоровья детского населения в Республике Татарстан …….. 73

3.2.1. Заболеваемость …….. 73

3.2.2. Инвалидность …… 94

3.2.3. Смертность ……. 99

3.2.4. Комплексная оценка состояния здоровья…… 117

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН …….. 120
4.1. Сеть лечебно-профилактических учреждений …….. 120
4.2. Коечный фонд …… 122
4.3. Кадровый потенциал ……. 128
4.4. Первичная медико-санитарная помощь …… 134
4.5. Стационарная помощь ……... 136
4.6. Скорая медицинская помощь ……... 147
ГЛАВА 5. ИТОГИ МОДЕРНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И П УТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (по данным социологических исследований) …… 150
5.1. Итоги и задачи деятельности органов муниципальной власти …… 151
5.2. Детские врачи о результатах и проблемах модернизации ……. 160
5.2.1. Краткая характеристика кадрового медицинского состава России, Приволжского ФО и РТ …… ……..... 160
5.2.2. Точки зрения врачей детской поликлиники ……. 164
5.2.3. Результаты опроса врачей стационара …… 172
5.3. Оценка итогов модернизации детского здравоохранения родителями …….. ……..……... 183
5.3.1. Результаты социологического опроса посетителей поликлиники …….. 184
5.3.2. Оценка итогов модернизации детского здравоохранения родителями в стационаре ……. 194
ГЛАВА 6. НОВЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ……... 205
6.1. Модернизация детского здравоохранения как условие и база трансфера инновационных медико-организационных технологий ……. 205

6.1.1. Создание инновационной модели детской региональной больницы …… 206
6.1.2. Информационные технологии в модернизации амбулаторно-поликлинической службы …… 212
6.1.3. Инновации в области развития кадрового потенциала …….. 213
6.1.4. Условия финансирования детского здравоохранения …… 215
6.2. Модель трехуровневой системы оказания медицинской помощи … 218
6.3. Профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения …….. 225
6.3.1. Центры здоровья для детей: проблемы организации, итоги деятельности, задачи дальнейшего развития …….. 226
6.3.2. Программа «Клиники дружественные к подросткам и молодежи» …… 234
6.4. Инновационная модель организации питания детей раннего возраста …… 236
6.5. Модель раннего вмешательства по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития …….. 242
6.6. Диспансеризация детей больных орфанными заболеваниями …… 254
6.7. Организация паллиативной помощи детям …… 264
ГЛАВА 7. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ …….. 269
7.1. Федеральное и региональное законодательное и нормативное правовое регулирования медико-социальной помощи детям и подросткам в РТ …….. 270
7.2. Многоуровневая система медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в РТ …….. 274
7.3. SWOT-анализ трехуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения РТ …….. 283

ГЛАВА 8. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ (заключение) …… 296
8.1. Проблемы, вытекающие из состояния здоровья детского населения и материально-технической базы здравоохранения ……... 296
8.2. Проблемы и пути совершенствования медицинской помощи детскому населению по данным социологического исследования …… 302
8.3. Задачи, вытекающие из реализации Национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения ……. 305
8.4. Профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения ……... 307
8.5. Региональная модель медико-социального сопровождения детского населения ……... 308
8.6. Структура региональной системы оказания медицинской помощи детскому населению …….…… 311
8.7. Эффективность предложенной региональной системы оказания медицинской помощи детскому населению …….. 316
ВЫВОДЫ ……... 321
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ …….. 324
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ …… 327
ПРИЛОЖЕНИЕ ……. 367

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АКО	- амбулаторно-консультативное отделение
БСМП	- больница скорой медицинской помощи
ВИЧ/СПИД	- вирус иммунодефицита человека
ВМП	- высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ДРКБ	- Детская республиканская клиническая больница
ДТП	- дорожно-транспортное происшествие
ЗОЖ	- здоровый образ жизни
КДМ	- клиники дружественные к подросткам и молодежи
КДНиЗП	- Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
КТ	- компьютерная томография
ЛПУ	- лечебно-профилактическое учреждение
МЗРТ	- министерство здравоохранения Республики Татарстан
МО	- муниципальное образование
МРТ	- магнитно-резонансная томография
МСРК	- муниципальный социально-реабилитационный консилиум
ОМС	- обязательное медицинское страхование
ОСМП	- отделение скорой медицинской помощи
ПДО	- приемно-диагностическое отделение
ПФО	- Приволжский федеральный округ
РКЦ	- реанимационно-консультативный центр
РТ	- Республика Татарстан
СМИ	- средства массовой информации
СМП	- скорая медицинская помощь
ФКУ	- фенилкетонурия
ЦЗ	- центр здоровья
ЮНИСЕФ	- детский фонд Организации объединенных наций
SWOT-анализ	- Strengths Weaknesses Opportunities Threats

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Прошедшие за последние два десятилетия экономические преобразования в стране затронули все аспекты существующей системы здравоохранения, а также отразились на социальном положении и состоянии здоровья детского населения [25, 26, 35-45, 156, 252].

В рамках реализации Национального проекта «Здоровье», завершенных в территориях программ модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.) были созданы благоприятные условия лечения больных, нового уровня оснащенности и информатизации учреждений, стандартизации предоставляемой медицинской помощи [25-28, 75, 102, 168]. Вступила в силу государственная программа по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) [82].

Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, к которым, в частности, относятся: 1) создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий и законом субъекта Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Федеральным законом от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»; 2) обеспечение организации оказания медицинской помощи в учреждениях муниципальной системы здравоохранения; 3) реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в соответствии с законом субъекта Российской Федерации.

Одним из приоритетных документов является распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 г. №2599-р, содержащее «План мероприятий («Дорожная карта») и изменения в отраслях социальной сферы,

направленные на повышение эффективности здравоохранения». В нем приведены целевые показатели 2013-2018 гг. по работе медицинских учреждений и уровню зарплаты медиков. Однако, выполнение заданных параметров на настоящий момент требует серьезнейшей реорганизации всей системы здравоохранения.

Изменение существующей системы здравоохранения, как в рамках страны в целом, так и на региональном, и муниципальном уровне без научно обоснованных концептуальных подходов может привести к негативным последствиям - полной утрате управляемости отраслью, и, как следствие, ухудшению показателей здоровья населения [168].

Федеральная «дорожная карта» стала матрицей для составления региональных программ, которые имеют конкретные различия, определяющиеся региональной структурой заболеваемости и смертности населения, а также состоянием инфраструктуры учреждений здравоохранения регионов (процесс конкретизации «дорожной карты»). Для определения заданных региональных показателей необходимо определить потребности населения, проживающего в регионе, в разных видах медицинской помощи [185].

Современный уровень научных исследований в области изучения формирования здоровья населения и его тенденций требует, прежде всего, анализа интегрированной системы медико-демографических показателей здоровья населения с учетом региональных особенностей, что является необходимым условием рациональной организации деятельности системы здравоохранения на конкретной территории [42,53, 59, 78].

Эффективное использование упомянутых правовых, социальных и технологических инноваций, открывает реальные возможности для улучшения показателей здоровья детей и подростков. Для этого необходимо разработать инструментарий, позволяющий своевременно получить и проанализировать информацию для принятия эффективных управленческих

решений, направленных на комплекс проблем, определяющих здоровье детского населения, а также качество и доступность оказываемой медицинской помощи на всех ее этапах, что представляет собой новую проблему в научном и прикладном отношениях [9, 43]. Итогом должны стать модель ресурсного обеспечения системы здравоохранения и разработка программы развития здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Для дальнейшего развития направлений по совершенствованию медицинской помощи важно проанализировать успешность реализации проектов и программ, выявить и оценить произошедшие изменения в состоянии здоровья детского населения. Это позволит разработать дополнительные дифференцированные предложения по оптимизации медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Вышеперечисленные обстоятельства послужили основанием для проведения настоящего исследования, определили его методологию, цель и задачи.

Цель исследования: научно обосновать, разработать и внедрить региональную систему мер по охране здоровья детей в условиях реорганизации здравоохранения и определить направления по ее дальнейшему совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Обосновать методологию комплексного исследования системы охраны здоровья детского населения в условиях реорганизации здравоохранения.

2. Оценить состояние здоровья детского населения Республики Татарстан (демографические процессы, заболеваемость, инвалидность, смертность).

3. Дать экспертную оценку материально-технического и кадрового обеспечения, объемов и качества предоставляемой медицинской помощи детскому населению на всех этапах с выделением проблемных зон.

4. Определить проблемы и пути совершенствования системы охраны

здоровья детей по данным медико-социологических исследований (руководители муниципальных образований, врачи амбулаторно-поликлинической и стационарной службы, родители детей, получивших амбулаторную и стационарную помощь).

5. Сформировать основные векторы совершенствования детского здравоохранения.

6. Разработать и оценить эффективность новых медико-организационных технологий (инновационные технологии модернизации, профилактические программы, питание детей раннего возраста, модель раннего вмешательства, мониторинг редких заболеваний, стратегия многоуровневой медицинской помощи детскому населению).

7. Определить основные организационные принципы трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков.

8. Предложить систему мер по совершенствованию охраны здоровья детского населения региона.

Научная новизна. Разработана методология комплексного социально-гигиенического исследования, основанная на анализе региональных закономерностей состояния здоровья детей, деятельности системы здравоохранения, методиках стратегического планирования, позволившая получить новые научные результаты, использованные для разработки региональной системы мер по охране здоровья детей и оценки её эффективности.

В результате проведенного исследования была получена следующая новая научная информация:

- выявлены состояние и тенденции заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения в современных условиях;

- оценены материально-техническое и кадровое обеспечение детского здравоохранения, а также объемы и качество предоставляемой медицинской помощи;

- изучено мнение руководителей муниципальных образований и врачей амбулаторно-поликлинической и стационарной служб о проблемах и путях совершенствования системы охраны здоровья детского населения.

- изучена удовлетворенность родителей амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощью, оказываемой их детям.

- выявлены слабые стороны и проблемные зоны в организации медицинской помощи детскому населению.

Результаты исследования позволили сформировать основные векторы совершенствования детского здравоохранения, использовать их для выбора приоритетов финансового и управленческого менеджмента, обеспечивающих доступность и качество медицинских услуг с позиции предотвратимости потерь здоровья детского населения республики в зависимости от возраста и типов поселений.

Разработаны новые медико-организационные технологии в рамках модернизации здравоохранения: инновационная модель детской региональной больницы и деятельности приемно-диагностического отделения, единый реанимационно-консультативный центр, модернизация амбулаторно-поликлинической службы, информатизация учреждений, инновации в области развития кадрового потенциала, новые обучающие технологии. Разработана стратегия многоуровневой медицинской помощи детскому населению.

Внедрены и оценены инновационные профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения: центры здоровья, организация бесплатного питания детей раннего возраста, модель раннего вмешательства, мониторинг редких заболеваний.

В соответствии с Планом мероприятий Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации «Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» разработана модель медико-социального сопровождения детей и подростков в субъекте Российской

Федерации, определены основные организационные принципы трехуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения.

Полученные результаты позволили научно обосновать региональную систему мер по охране здоровья детского населения и составить план мероприятий («дорожная карта») по ее дальнейшему совершенствованию.

Научно-практическая значимость работы. Обоснована методология комплексного исследования системы охраны здоровья детского населения в условиях реорганизации здравоохранения.

Предложены принципы выявления проблемных зон в детском здравоохранении, а также медико-социальные и организационные подходы к их решению на основе аудита деятельности стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи с применением метода SWOT-анализа (Strengths Weaknesses Opportunities Threats) и социологических опросов руководителей исполнительной власти, врачей и пациентов.

Определены медико-организационные приоритеты в охране здоровья детского населения с учетом региональных особенностей.

Предложены новые медико-организационные технологии в рамках модернизации здравоохранения, профилактического направления службы охраны здоровья детей и стратегии многоуровневой медицинской помощи детскому населению.

Разработаны теоретические и организационные основы трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков.

Полученные результаты позволяют разработать систему мер, направленных на улучшение состояния здоровья детского населения на основе принятия научно обоснованных управленческих решений на региональном уровне.

Предложенные инновации в развитии профилактического направления и модернизации здравоохранения, организации медицинской и медико-

социальной помощи детскому населению могут служить основой для разработки плана мероприятий по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья детей - «дорожных карт» субъектов Российской Федерации.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений Республики Татарстан. Материалы исследования использованы при подготовке Постановлений Кабинета Министров РТ, приказов МЗ РТ и разработке целевых программ:

- Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 18.05.2007 г. N 195 «Об утверждении порядка направления и приема детей и подростков, нуждающихся в социальной реабилитации, в специализированные учреждения для несовершеннолетних»;

- Постановление Кабинета министров Республики Татарстан от 31.12.2009 № 933 «О Порядке безвозмездного обеспечения детей первых трех лет жизни специальными молочными продуктами питания и смесями по рецептам врачей и финансировании расходов по его организации»;

- Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 21.11.2012 г. № 1016 «Об утверждении Стандарта качества государственной услуги «Предоставление реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах со стационарной, полустационарной и нестационарной формами социального обслуживания»;

- приказ МЗ РТ от 30.11.2010 г. №1507 «Об организации в Республике Татарстан центров здоровья для детей»;

- приказ МЗ РТ от 30.12.2011 № 1871 «Об организации оказания

круглосуточной хосписной помощи детям»;

- приказ МЗ РТ от 24.10.2012 г. № 1626 «Об актуализации и верификации информации регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности»;

- приказ МЗ РТ от 25.02.2013 г. № 287 «О внедрении порядка оказания педиатрической помощи детскому населению Республики Татарстан»;

- приказ МЗ РТ 26.03.2013 г. № 490 «О реализации долгосрочной целевой программы «Дети Татарстана» на 2013 год»;

- приказ МЗ РТ от 01.11.2013 г. № 2058 «О назначении ответственных должностных лиц по формированию и использованию единого банка данных»;

- приказ МЗ РТ от 02.12.2013 № 2243 «О пилотном проекте по реализации модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям, в том числе находящимся в трудной жизненной ситуации в РТ»;

- приказ МЗ РТ от 16.05.2014 г. № 250 «О Кабинете орфанных заболеваний»;

- приказ МЗ РТ 11.06.2014 г. № 1104 «О реализации пилотной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан в 2014 году»;

- программа модернизации здравоохранения РТ на 2011-1012 гг. (Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10 марта 2011 г. N 179).

- целевая программа «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан в 2009-2011 годах».

- долгосрочная целевая программа «Комплексная программа

формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье, на 2012-2014 годы».

Материалы исследования также использованы в методических рекомендациях, утвержденных Союзом педиатров России (Организация медико-социальной помощи детям и подросткам в Республике Татарстан. Казань, 2014), в учебном процессе при разработке циклов лекций и практических занятий для преподавания в системе последипломного образования ГБОУ ВПО «Российский национально-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», ФГОУ ДПО «Казанский государственный медицинский университет», ФГБНУ «Научный центр здоровья детей».

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на: заседаниях общества детских врачей Республики Татарстан (2011-2012 гг.); Поволжских конференциях педиатров (2010-2012 гг.); конгрессах и съездах педиатров России (2012-2014 гг.); Международном медицинском форуме «Технологии профилактики – современный путь развития здравоохранения» (Нижний Новгород, 2013 г.); XII Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» (Москва, 2013 г.); научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2013 г.).

Степень достоверности результатов. Достоверность и объективность полученных результатов определяется репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования, статистической обработкой полученных данных с использованием современных подходов. Необходимое число наблюдений, обеспечивающее достоверность полученных результатов, определялось по стандартной формуле бесповторной выборки.

Личное участие диссертанта. Все использованные в работе данные

получены при непосредственном участии автора как на этапе постановки цели и задач, разработки методологии исследования, так и сборе первичных данных, проведении исследований, обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 26 печатных работ, в том числе 20 статей в журналах, рекомендуемых ВАК.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 402 страницах машинописного текста и состоит из введения и семи глав (обзор литературы, методология и организация исследования, 5 глав собственных исследований), заключения, выводов, предложений, списка литературы. Работа иллюстрирована 59 рисунками, 76 таблицами. Библиографический указатель содержит 377 источников, из них 254 – отечественных и 123 – иностранных авторов.

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (обзор литературы)

1.1. Тенденции и состояние здоровья детского населения Российской Федерации

Дети и подростки являются главным и основным ресурсом человеческого общественного и экономического развития [255, 260, 269, 288, 299]. Они также относятся к наиболее уязвимым группам, около 40% груза заболеваний приходится именно на них [257, 326, 328, 331, 336, 343, 370]. Все исследования, посвященные изучению состояния здоровья детского населения России, свидетельствуют о некоторых негативных тенденциях [9, 34-38, 40, 42, 251].

По данным официальной статистики, в первом десятилетии 21 века продолжается неуклонный рост первичной **заболеваемости детей и подростков [**160**]**. Так, у детей в возрасте до 14 лет она увеличилась на 22,9%, у подростков в возрасте 15-17 лет – на 43,3%. У детей и подростков повысился уровень первичной заболеваемости новообразованиями, врожденными аномалиями, болезнями органов дыхания, уха и сосцевидного отростка, у детей - болезнями нервной, мочеполовой системы, а у подростков - травмами и отравлениями [10, 13, 16, 38, 101, 190].

О неблагоприятной ситуации свидетельствует рост нарушений, относящихся к классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» как у детей в возрасте 0-14 лет, так и у подростков в возрасте 15-17 лет, что объясняется, с одной стороны дефектами диагностики и недоступностью высокоспециализированной медицинской помощи, а с другой - дефектами регистрации заболеваний. Вместе с тем, у детей этих возрастных групп снижалась первичная

заболеваемость инфекционными болезнями, болезнями эндокринной и костно-мышечной систем [51].

Структура заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни, существенно не изменилась. Первое место постоянно занимают болезни органов дыхания, на долю которых приходится у детей около 60% , у подростков – около 50% случаев. Следующие ранговые места занимали инфекционные болезни, травмы и отравления, болезни органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки. В 2011 г. значимость инфекционных заболеваний уменьшилась, и они переместились на четвертое место, а их место заняли травмы и отравления. Повысились ранговые места болезней кожи и подкожной клетчатки, нервной системы, крови и кроветворных органов и врожденных аномалий. Структура первичной заболеваемости подростков мало изменилась. Первые ранговые места (без учета болезни органов дыхания) занимали по убыванию травмы и отравления, болезни кожи, органов пищеварения и костно-мышечной системы. К 2011 г. повысилось ранговое место только болезней мочеполовой и нервной системы [38, 49, 123].

Рост первичной заболеваемости детей и подростков не мог не сказаться на динамике показателей их общей заболеваемости, которые увеличились на 18,2% и 39,9%, соответственно. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей данных возрастных связаны с накоплением хронической патологии по тем же классам болезней, что и при первичной заболеваемости (новообразования, врожденные аномалии развития, болезни органов дыхания, нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, травмы и отравления и др.) [105].

Структура общей заболеваемости детей и подростков изменилась мало. У детей первые ранговые места по-прежнему занимают болезни органов пищеварения и болезни глаза и его придаточного аппарата, кожи и подкожной клетчатки, травмы и отравления, у подростков - болезни органов

пищеварения, глаза, костно-мышечной системы, травмы и отравления. В последние годы (2010-2011 гг.) у детей увеличилась доля травм и отравлений и они переместились с4-го на 3-е место, а у подростков – вместо болезней органов пищеварения первое место стали занимать болезни глаза [51].

Следует отметить, что с возрастом снижается как первичная, так и общая заболеваемость детей. Это происходит за счет болезней органов дыхания, врожденных аномалий, новообразований, болезней крови и кроветворных органов, кожи и подкожной клетчатки. С возрастом снижается частота впервые установленной заболеваемости болезнями нервной системы, глаза, органов пищеварения и общей заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями. Вместе с этим, с возрастом повышается уровень заболеваемости как первичной, так и общей болезнями эндокринной системы, психическими расстройствами, болезнями мочеполовой, костно-мышечной системы, травмами и отравлениями. Увеличивается частота первичной заболеваемости инфекционной патологией и общей заболеваемости болезнями нервной системы и глаза [38].

Анализ тенденций заболеваемости детей и подростков социально значимыми заболеваниями показал достоверное повышение заболеваемости активным туберкулезом у подростков в возрасте 15-17 лет. При этом заболеваемость подростков почти в 2 раза выше, чем у детей в возрасте 0-14 лет (в 2011 г. 30,9 против 16,3 на 100 000 населения соответствующего возраста). Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), у детей и подростков после подъема в середине 90-х годов снижаются. Снижение заболеваемости сифилисом и гонореей происходило параллельно. У детей в возрасте 0-14 лет заболеваемость сифилисом превышала заболеваемость гонореей в 2-2,6 раза, а у подростков, в основном, находилась на одном уровне и более, чем в 10 раз превышала показатели заболеваемости у детей. Сократилось число официально зарегистрированных наркоманий среди детей до 14 лет почти в 2 раза, токсикоманий - в 1,5 раза, среди подростков в

возрасте 15–17 лет – наркоманией в 1,6 раза. Однако, остается высокой и постоянно увеличивается доля случаев наркомании и токсикомании, протекающих с вредными последствиями, которая в последние годы стала превышать 80% [105].

Таким образом, заболеваемость детей различных возрастных групп в Российской Федерации характеризуется постоянным ростом по большинству классов болезней и связана с поведенческими факторами риска [104, 238, 239, 350, 358, 363]. Особую проблему в этом плане составляет заболеваемость подростков [67, 68, 76].

Важный индикатор состояния здоровья детей - **уровень детской инвалидности** [11, 35, 40, 262, 265, 327, 337, 360]**.** По данным 2011 г. инвалидами являются 495,3 тыс. детей в возрасте до 17 лет включительно, их количество за последние 5 лет уменьшилось на 66,6 тыс. человек [95]. Показатель инвалидности в 2011 г. составил 192,5 на 10 000 детского населения.

Начиная с середины 2000 годов отмечается постоянное снижение как абсолютного числа детей-инвалидов, так и уровня общей детской инвалидности, которое совпало с моментом передачи процедуры установления инвалидности в службу медико-социальной экспертизы. В последние годы этот процесс стабилизировался [35,40].

Неизменной остается структура причин детской инвалидности. В целом по РФ стабильно лидируют в структуре инвалидности у детей психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, на которые приходится от 60 до 70% в разные годы. Группа инфекционных и соматических болезней занимает место, конкурирующее с психическими расстройствами и болезнями нервной системы. Среди соматической патологии наиболее значимыми в формировании инвалидности у детей являются болезни глаза, эндокринной системы (сахарный диабет), уха, костно-мышечной, дыхательной систем [51].

Отмечается рост инвалидности у детей, обусловленной болезнями эндокринной системы, системы кровообращения, психическими расстройствами и расстройствами поведения, болезнями мочеполовой системы, уха и сосцевидного отростка. Анализ показал значительное снижение случаев инвалидности детей, обусловленной болезнями органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, травмами и отравлениями, болезнями костно-мышечной системы, органов пищеварения, болезней глаза.

Наиболее значимой в развитии инвалидизирующих состояний при психических расстройствах является умственная отсталость, которая составляет более 73% в структуре всех психических расстройств и расстройств поведения у детей в возрасте 0–17 лет. Среди болезней нервной системы, приведших к инвалидности у детей в возрасте 0–17 лет наибольший удельный вес (57%) имеют церебральный паралич и др. паралитические синдромы. Основное место среди врожденных аномалий, обусловивших возникновение инвалидности в детском возрасте, в РФ занимают врожденные аномалии сердца и системы кровообращения, удельный вес которых составляет около 27%. Одинаково часто причиной инвалидности детей являются врожденные аномалии центральной нервной системы и хромосомные аномалии - около 9% случаев. При инфекционных и паразитарных заболеваниях у значительной части детей всех возрастов (у 37%) инвалидность связана с перенесенным туберкулезом, в 24% случаев инвалидность явилась последствием инфекционных и паразитарных болезней и в 14,6% случаев - вирусных инфекций центральной нервной системы [40].

Не изменилась возрастная и гендерная структура детской инвалидности. Наибольшую группу составляют дети-инвалиды в возрасте 10-14 лет. Распространенность инвалидности по мере взросления детей увеличивается, достигает максимальных значений в возрасте 15-17 лет. Во всех возрастных группах среди детей-инвалидов преобладают мальчики.

В Российской Федерации ежегодно умирает более 30 тыс. детей в

возрасте 0-19 лет [89]. Доля умерших детей и подростков из общего числа смертей в Российской Федерации снижается: в 2000 г. она составляла 4,0%, в 2010 г. – 1,5%. Более половина (в 2012 г. 55,1%) случаев гибели детей приходится на возраст до 1 года жизни. Значительную долю (20,3%) в возрастной структуре смертности детского населения составляют подростки в возрасте 15-19 лет. На детей от 1 года до 4 лет приходится 11,1%. Смертность детей в возрасте 5-9 лет и 10-14 лет занимает почти равные доли – 6,9% и 6,7% соответственно.

В целом отмечается положительная **динамика показателей смертности** детей этой возрастной группы, хотя темпы снижения ее не всегда имели стабильный характер. За первое десятиление 21 века смертность детского населения сократилась в 1,7 раза, в 2012 г. ее показатель составил менее 1 ребенка на 1000 населения в возрасте 0-19 лет. Опережающими темпами сокращалась младенческая смертность, что обусловлено повышенным вниманием к этому периоду детства и, соответственно, тем фактом, что основные меры по снижению детской смертности были направлены на сокращение потерь детей в возрасте до года [12-14, 105].

Младенческая смертность продолжает занимать ведущее место в смертности детей от 0 до 14 лет и оказывать непосредственное влияние на демографическую ситуацию страны в целом. Максимальные темпы снижения МС наблюдались в последнее десятилетие. Так, если за 1990-2000 гг. ее показатель снизился лишь на 12% (с 17,4 на 1000 родившихся до 15,3), то в последующие годы – на 48,6% (в 2 раза). Повышения уровня младенческой смертности к 2012 г. до 8,6 на 1000 родившихся связывают с переходом на новые критерии (ВОЗ) регистрации живорождения. Стабилизация МС в РФ произошла за счет уменьшения гибели детей от болезней органов дыхания (в 5,4 раза) и инфекционных болезней (в 4,5 раза). При этом более медленными темпами снижались потери от болезней перинатального периода (в 2,3 раза), врожденных аномалий (в 2 раза), травм

и отравлений (1,5 раза) [34, 2015].

В результате отмеченных тенденций, в структуре причин МС произошли следующие сдвиги. Болезни перинатального периода и врожденные аномалии остались на первом и втором месте, и их суммарный вклад в МС возрос (67,3% и 77,1%). Болезни органов дыхания с третьего места в 1990 г. переместились на четвертую позицию в 2012 г., и их значимость заметно снизилась (с 14,2% до 4,7%). Третье место, переместившись с пятого заняли внешние причины, и их вклад в смертность детей до года несколько увеличился (с 4,1 до 5,0%). Четвертое место в структуре МС в 1990 г. занимали инфекционные болезни, к 2012 г. их вклад снизился с 7,7% до 3,5% и они переместились на пятое место. Болезни органов пищеварения как причина МС постоянно находятся на 6-м месте, составляя небольшую долю среди других причин - 0,5% в 2012 г. [37].

В возрастной группе детей до 15 лет максимальные темпы снижения смертности отмечались также при болезнях органов дыхания (в 1,7 раза), болезнях мочеполовой системы (в 1,5 раза), инфекционных болезнях и при действии внешних причин (в 1,4 раза). Более медленными темпами сокращалась смертность от новообразований (на 20,8%), болезней органов пищеварения (на 20%) и эндокринной системы (на 11,1%) [105].

Несмотря на различные тенденции смертности от отдельных причин, структура причин смерти детей 0-14 лет в 2012 г. в сравнении с 2002 г. не претерпела существенных изменений. Если исключить причины смерти, значимые на первом году жизни (перинатальные состояния и врожденные пороки), то травмы и отравления остаются ведущей причиной смерти детей до 15 лет, определяя более 20% случаев гибели детей в этом возрасте, хотя их вклад к 2012 г. сократился (с 23,9% до 17,7%). Болезни органов дыхания по-прежнему находятся на второй позиции и их вклад в структуру смертности детей 0-14 лет в 2012 г., по сравнению с 2002 г., так же уменьшился (с 8,3 до 5,3%) [37].

На фоне сокращения инфекционных болезней произошло перемещение их с третьего на пятое место, на третье место перешли неточно обозначенные состояния, доля которых в структуре причин смертности детей данного возраста осталась практически прежней. Остальные причины смерти детей сохранились на прежних местах.

Следует отметить, что среди всех внешних причин смерти детей данного возраста 9,6% приходится на различные виды транспортных несчастных случаев, по 4,1% - на самоубийства и 1,4% - на убийства. От случайных отравлений погибает 7,9% детей в возрасте 0-14 лет.

В подростковом возрасте (15-19 лет) имеет место рост смертности в сравнении с периодом детства, и концентрация структуры причин смерти достигла своего максимума: более 70% (в 2012 г. – 73,6%) случаев смерти в этом периоде жизни определяется травмами и отравлениями. За последнее десятилетие смертность подростков сократилась на 22,2% за счет почти всех причин смерти. Наиболее значимым было снижение частоты случаев смерти подростков от инфекционных заболеваний (на 50%), травм и отравлений (на 37,4%), новообразований (на 27,3%). Медленнее снижается смертность от болезней нервной системы (на 23,7%), органов дыхания (на 20,8%). Важно, что в 2012 г. наметилась тенденция к сокращению (в отличие от предыдущих лет) числа случаев смерти подростков от болезней системы кровообращения [51].

В структуре причин подростковой смертности на первых ранговых местах находятся травмы, отравления и новообразования. В связи с увеличением доли среди причин смерти болезней системы кровообращения они переместились на 3-е место взамен неточно обозначенных состояний, доля которых осталась прежней. На следующих 4-м, 5-м и 6-м местах остались болезни нервной системы, органов дыхания и врожденные аномалии, хотя их значимость несколько возросла. Несмотря на снижение частоты случаев инфекций как причины смерти подростков и доли в

структуре смертности их ранговое место повысилось. На болезни органов пищеварения в структуре смертности подростков по-прежнему остается 1%.

Смертность подростков, как ни в какой другой возрастной группе, определяется внешними причинами [335, 340, 344, 345]. Основными из них являются: дорожно-транспортные происшествия (ДТП), составляющие около одной трети всех случаев смерти от травм в этом возрасте; самоубийства, на долю которых приходится 26% смертности подростков; убийства, определяющие около десятой части травматической смертности и повреждения без уточнений, вклад которых приближается к убийствам. Значимой внешней причиной смерти российских подростков являются утопления, смертность от которых снизилась у юношей более чем в 1,5 раза, девушек – более чем в 2 раза.

Возрастание уровней и значимости размытых причин смерти: повреждений с неопределенными намерениями, с одной стороны, и «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний», с другой позволяет предполагать, что снижение общей смертности от внешних причин происходит за счет неточно обозначенных состояний, смертности от убийств и наркотических отравлений – за счет повреждений с неопределенными намерениями, смертности, обусловленной наркоманией - за счет сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, как свидетельствуют многочисленные исследования, в Российской Федерации отмечается рост заболеваемости, стагнация показателей инвалидности и снижение смертности детского населения. Заболеваемость детей и подростков характеризуется ростом патологии, связанной с поведенческими факторами риска. В структуре детской инвалидности лидируют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, в детской смертности - первые ранговые места стали занимать травмы и отравления. Состояние здоровья детей и подростков в большей своей части

обусловлено действием социальных условий и поведенческими факторами риска, то есть образом жизни ребенка и его семьи.

1.2. Организация медицинской помощи детям в России и стратегии здравоохранения, реализуемые в мире

Значительный вклад в формирование здоровья детей, снижение инвалидности и смертности вносит система оказания медицинской помощи [33, 318, 319, 322, 333]. Основные задачи, стоящие перед системой оказания медицинской помощи детям в Российской Федерации, аналогичны провозглашённым в Европейской стратегии «Здоровье и развитие детей и подростков» [96, 209, 344-346, 359, 366].

Сеть учреждений, оказывающих детям от рождения до 17 лет включительно все виды профилактической, диагностической, лечебной, в т.ч. реабилитационной, помощи, в нашей стране представлена амбулаторными, стационарными, амбулаторно-стационарными и санаторно-курортными учреждениями. Кроме того, в сеть педиатрических учреждений входят дома ребёнка и молочные кухни (в составе ЛПУ). Амбулаторные учреждения - это детские поликлиники (самостоятельные или в составе стационарных учреждений), клинико-диагностические центры (КДЦ) для детей, подростковые наркологические кабинеты. Стационарные учреждения включают детские областные (республиканские, краевые) больницы, детские городские больницы, инфекционные больницы для детей, туберкулёзные больницы для детей, родильные дома (дети в раннем неонатальном периоде), перинатальные центры (дети в неонатальном периоде), детские отделения ЦРБ. Санаторно-курортная помощь оказывается в детских санаториях и в детских отделениях санаториев для взрослых [43, 142].

Стратегия развития службы охраны здоровья матери и ребенка включена в Национальный план действий в интересах детей, разработанный

в соответствии с ратифицированными Россией международными документами о правах детей.

В соответствии со стратегическими направлениями развития службы охраны здоровья матери и ребенка идет планомерное реформирование сети и структуры учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям [85, 88, 100, 121, 132, 135, 145, 170, 210, 240]. Сокращается число стационарных коек за счет свертывания маломощных детских и инфекционных больниц, самостоятельных родильных домов. Этот процесс соответствует медико-демографической ситуации в стране, отражает идеологию интеграции акушерско-педиатрической сети с крупными многопрофильными лечебно-профилактическими учреждениями [198, 281, 283, 367]. Наряду с обоснованным сокращением детских коек существенно возросла их специализация. Одновременно растет сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, дневных стационаров [46, 47, 117, 235].

Важнейшая роль в осуществлении государственной политики в отношении детей отводится реализации программно-целевого подхода комплексной помощи детям, особенно нуждающимся в социальной защите (детям-инвалидам, детям-сиротам), решения острых проблем детства (охрана здоровья матери и ребенка, профилактика семейного неблагополучия) [18, 83, 103, 141, 147, 203, 216, 236 368 372, 377].

В кризисные 90-е гг. наиболее важными событиями в области педиатрии стала президентская программа «Дети России», предусматривающая выполнение 12 Федеральных программ по самым актуальным направлениям охраны материнства и детства: «Дети-сироты», «Дети-инвалиды», «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок», «Вакцинопрофилактика» и др., а также присоединение к международной Конвенции о правах ребенка.

Минздравмедпромом РФ разработаны и утверждены отраслевые

программы по развитию неонатологической службы, о совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях, в домах ребенка, по развитию и поддержанию медико-генетической службы в стране, созданию отечественных детских лекарственных форм и медицинской техники [2].

На основе государственной программы перехода Российской Федерации на принятую в международной практике систему учета и статистики (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр) разработана и реализована программа перехода России на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения, направленная на достижение достоверности показателей младенческой и перинатальной смертности, развитие современных технологий в перинатальной медицине. Осуществлен переход на Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Принятые в этой классификации концептуальные подходы позволили вывести определение инвалидности за пределы простого медицинского диагноза болезни или травмы и охватить отдаленные последствия последних в физиологическом (нарушения), поведенческом (ограничения жизнедеятельности) и социально-экономическом (социальный ущерб) аспектах.

В первое десятилетие XXI в. наиболее значимыми стали: реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»; выделение значительных средств на модернизацию здравоохранения; решение о выделении не менее 25% средств бюджета системы здравоохранения на охрану здоровья детей.

В приоритетном национальном проекте «Здоровье» были предусмотрены беспрецедентные меры по улучшению помощи матерям и новорожденным. Введение родовых сертификатов существенно повысило оснащенность акушерских стационаров оборудованием, позволило закупать эффективные

дорогостоящие медикаменты. Проектом предусмотрено дальнейшее выделение средств на закупку оборудования для пренатальной диагностики и совершенствование помощи новорожденным [241].

Важным итогом развития службы охраны здоровья матери и ребенка стало создание сети современных перинатальных центров, это позволило добиться снижения перинатальной и акушерской патологии за счет рационального применения современных дорогостоящих технологий в акушерстве и неонатологии. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая строительство в 2013-2016 гг. 32 учреждений в 30 субъектах Российской Федерации. В рамках федеральных и региональных целевых программ («Безопасное материнство») осуществлялись меры по укреплению здоровья женщин и детей. Главной особенностью программ было то, что их реализация в значительной степени осуществлялась за счет средств федерального бюджета, а также бюджета регионов, фондов обязательного медицинского страхования.

Были разработаны порядки, стандарты и протоколы оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям различных возрастов; внедрены эффективные организационные, перинатальные технологии; усовершенствованы методы диагностики и лечения, восстановления репродуктивной функции, снижения акушерских гнойно-септических осложнений, а также при привычном невынашивании беременности. В 2000 г. после проведения многоцентровых рандомизированных клинических испытаний для лечения респираторного дистресс-синдрома новорожденных был разрешен сурфактант [25].

Продолжают увеличиваться объемы высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи детям в федеральных учреждениях, которая оказывается в 46 федеральных специализированных

медицинских учреждениях по 20 направлениям. Наиболее востребованными видами высокотехнологичной помощи остаются кардиохирургия, нейрохирургия, онкология/гематология, трансплантология [144]. Сегодня высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) оказывают 120 федеральных и 222 региональных медицинских учреждения. В основном финансирование этого вида медицинской помощи происходит за счет федерального бюджета. В 2013 г. ВТМП была оказана 79,4 тыс. детей, что на 45,2% больше по сравнению с 2011 г.[225].

Возросла доступность для населения амбулаторно-поликлинического обслуживания: увеличилось число профилактических осмотров детского населения, выросло число детей, пролеченных в дневных стационарах [1, 60,108, 214, 246].

За последние годы проделана достаточно большая и активная работа по совершенствованию нормативной базы, регламентирующей функционирование системы организации медицинской помощи детям [77, 78, 130, 131].

Указ президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 "О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" определил основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации. Последние базируются на общепризнанных принципах и нормах международного права.

С середины XX века развитие здравоохранения в мире происходило под знаком интенсивной реорганизации [70, 72-74, 141, 146, 158, 212]. Несмотря на существенные различия в ресурсной обеспеченности национальных систем здравоохранения, их организации, эффективности функционирования, причины, приведшие к необходимости перемен, были обусловлены, прежде всего, нехваткой финансирования [80, 86, 222, 330]. Политические трансформации в Восточной Европе, социально-экономические потрясения на территориях стран бывшего СССР,

негативным образом отразившиеся на уровне здоровья населения, состоянии систем здравоохранения, обусловили необходимость экстренного проведения реформ [163, 260, 276, 284, 316]. Последним фактором, сказавшимся на состоянии здравоохранения, стал глобальный финансово-экономический кризис (2007-2010 гг.), способствующий во многих странах сокращению социальных программ [165, 227, 259, 279, 287, 300, 325].

Социальные последствия кризиса ощутимы и в области охраны здоровья. Во многих странах происходит сокращение и/или перераспределение государственных финансовых средств, сокращаются и частные источники субсидирования общественного здравоохранения [90, 154, 263, 270, 302, 361]. В этих условиях значительно возрастает роль антикризисного управления системами здравоохранения, которое и реализуется в странах с учетом национальных особенностей, сложившихся политических и социальных тенденций [64, 132]. Опыт управления здравоохранением в разных странах в кризисный период, безусловно, представляет значительный интерес для России.

Большое влияние на развитие ситуации оказывают антикризисные стратегии, предложенные и реализуемые Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения [120, 313, 317, 320, 348, 349].

Стратегия Всемирного банка по предоставлению кредитов, традиционно направленная на поддержание реформ в здравоохранении на основе развития частных инициатив, приносящих прибыль, а также на контроль над расходами государства на социальные нужды и здравоохранение, получила развитие в виде реализации антикризисных проектов, направленных на снижение бедности [71, 355, 362, 365].

Стратегии, реализуемые сегодня в мире, можно разделить на две группы: стратегии государственного уровня, направленные на сохранения здоровья в целом и стратегии, обусловленные модернизацией самой системы здравоохранения (внутриотраслевые) и связанные с изменением механизмов

финансирования, управления и подходов к лечению пациентов.

Среди стратегий общегосударственного уровня особое место занимает стратегия учета интересов здоровья населения в деятельности всех секторов экономики и социальной сферы, направленная на усиление их взаимодействия с государством в целях реализации ключевой социальной задачи государства – охраны здоровья [59, 91, 151, 188, 273, 330].

Среди стратегий развития здравоохранения внутриведомственного плана наиболее перспективной, стоящей вне конкуренции с другими подходами по-прежнему остается укрепление первичной медицинской помощи как на основе развития семейной практики, так и формирования лечебно-диагностических центров [8, 91, 247, 272].

Все более широкое распространение в мире получает стратегия увеличения доли частного сектора в оказании стационарной помощи, который становится достойным конкурентом государственным больницам [7, 273, 321].

По-прежнему не теряет актуальности реализация стратегии структурной реорганизации системы медицинской помощи, предусматривающая реструктуризацию стационарной помощи. Вместе с тем, успех реструктуризации в значительной степени определялся широким использованием технологических и клинических инноваций, способствующих интенсификации лечебно-диагностического процесса [62, 84, 143]. Наряду со структурными преобразованиями сети учреждений, реструктуризация предусматривала расширение возможностей выбора для пациентов видов медицинского обслуживания и повышение их личного участия в профилактике и лечении.

До настоящего времени не потеряла актуальности стратегия повышения качества и экономической эффективности медицинских услуг, провозглашенная Люблянской хартией еще в 1996 г. [138] и получившая развитие в обеспечении безопасности медицинского обслуживания,

повышении внимания к потребностям пациентов, повышении отзывчивости систем здравоохранения к нуждам больных [29, 315, 324, 339 375]. Последнее положение нашло отражение в новых подходах к лечению пациентов [65, 173, 174, 193-195, 258, 295, 303].

В области организации лечебно-диагностического процесса разрабатывается и внедряется «программа ведения болезней», предусматривающая оказание медицинской помощи в учреждениях разного уровня, в наибольшей степени соответствующих состоянию больного и интересам здравоохранения [334].

Стратегия ВОЗ, провозгласившая «развитие помощи, ориентированной на человека», отличается сочетанием комплексного подхода к оказанию помощи и ее индивидуальной направленности, что обеспечивается необходимым набором лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, предоставляемых врачом первичного звена, или специально организуемых в других учреждениях [138, 201, 230, 356].

Функционирование здравоохранения в условиях рынка медицинских и страховых услуг способствовало введению «регулируемой конкуренции», с помощью которой органы управления здравоохранением осуществляют внедрение в деятельность учреждений здравоохранения нормативных и регламентирующих инструментов (стандартов, систем управления качеством и пр.) [3, 4, 5, 137 84, 110, 264, 277, 351, 374].

Другим ведущим направлением в области управления здравоохранением стало создание различных форм интеграционного взаимодействия. Так, объединение учреждений здравоохранения в экономически выгодные сети позволяет более полно удовлетворять потребности обслуживаемого населения и снижать негативные последствия нарастающей конкуренции [232]. Интеграция медицинских сетей со страховщиками, опыт организации которой широко распространен в США, призвана гарантировать устойчивость в их финансировании [298, 331, 332, 342, 352].

Заслуживает внимания и кластерная модель взаимодействия государства, учреждений здравоохранения, образования, науки и бизнеса в целях обеспечения инновационного развития отрасли, повышения экономической стабильности всех участников [30, 171, 303, 311, 312].

Не теряют своей актуальности стратегии, направленные на рациональное использование трудового потенциала здравоохранения и повышение эффективности процесса управления на основе современных информационных технологий [205, 207, 266, 280, 286, 327].

Таким образом, специфика антикризисных стратегий правительств многих стран, наиболее благополучно переживающих кризис, проявилась в преимущественной поддержке первичной медицинской помощи, в контроле над состоянием рынка фармацевтической продукции, введении ограничений для коррупции, усилении контроля доступа к специализированной помощи, а также за счет государственной помощи наиболее нуждающейся части населения.

1.3. Модернизация здравоохранения

В настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер [202, 223, 240, 267, 282, 329]. Специфически российской особенностью последних лет стало принципиальное перераспределение полномочий в ходе осуществления муниципальной реформы. В результате основной объем полномочий по практической реализации прав граждан на медицинскую помощь теперь сконцентрирован на муниципальном уровне [52, 54, 75, 113, 114, 119, 166, 206].

В июне 2011 г. в субъектах Российской Федерации завершилось

утверждение программ модернизации здравоохранения. Программы направлены на совершенствование инфраструктуры ЛПУ, создание комфортных условий лечения больных, улучшение оснащенности учреждений и стандартизацию предоставляемой медицинской помощи. Комплексные социально-экономические, организационные и другие мероприятия взаимосвязаны по ресурсам, исполнителям и срокам реализации [6, 30, 55, 58, 61, 251].

Программа модернизации здравоохранения разработана главным образом, с учетом необходимости совершенствования оказания медицинской помощи больным при заболеваниях кардиологического профиля, больным с сосудистыми заболеваниями нервной системы, новорожденным, онкологическим больным и больным, пострадавшим в результате травм. Особое место в программе модернизации здравоохранения уделялось совершенствованию оказания помощи лицам, больным социально значимыми заболеваниями: туберкулезом, инфекциями, алкоголизмом и наркоманией. Составители программы модернизации здравоохранения предусмотрели и своеобразный ее «местный» компонент – имеется возможность дополнительного выбора профиля заболеваний по выбору субъекта Федерации (в зависимости от краевой или эндемической патологии) [97, 107].

Как свидетельствует Постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85, целью программы модернизации здравоохранения является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации. При этом планируется укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение современных информационных систем в здравоохранение и стандартов оказания медицинской помощи.

Уже на стадии развертывания работы по осуществлению мероприятий по модернизации здравоохранения в субъектах Федерации

предусматривается мониторинг деятельности органов здравоохранения и органов власти [112]. Предусмотрены отчетные показатели – индикаторы реализации программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации [66, 87, 115, 132, 148].

Обращает на себя внимание, что из общего числа контролируемых показателей, наряду с показателями доступности медицинской помощи и использования ресурсов здравоохранения в системе контроля рассматривается и влияние процессов модернизации на медико-демографические показатели (медицинская результативность), достигаемые в процессе реализации программы [57, 63, 139, 219, 233].

Предполагается, что целенаправленные системные действия в рамках совместной работы органов власти территории, структур территориальных фондов медицинского страхования и органов управления здравоохранением по модернизации системы охраны здоровья населения, позволит осуществить как мероприятия по улучшению качества и обеспечению доступности медицинской помощи населению, так и направить усилия на работу по собственно улучшению уровня здоровья населения субъекта [75, 79, 102, 109, 150, 234].

Российская система здравоохранения, сохраняя многие ключевые принципы организации предоставления медицинской помощи населению, заложенные в советское время, претерпела с 1991 года ряд существенных трансформаций в механизмах её финансирования и управления. Государственная система здравоохранения оказалось разделённой на федеральную, региональные и муниципальные системы здравоохранения. А система финансирования здравоохранения в результате введения системы ОМС стала смешанной – бюджетно-страховой [149, 152, 153 371].

Сложившаяся система финансирования, с большим региональным многообразием оказалась громоздкой и неэффективной, что потребовало ее реформирования. Развитие рыночных отношений в российской системе

здравоохранения делает особо актуальной проблему построения новой модели функционирования медицинских учреждений.

Модернизация здравоохранения – экономико-организационный процесс перевода системы здравоохранения на новый качественный уровень производства медицинских услуг путём рационализации и оптимизации механизмов финансирования лечебно-профилактических учреждений [69].

В 2011–2012 гг. осуществлялся масштабный проект модернизации здравоохранения Российской Федерации, в который было привлечено около 460 млрд. рублей. Финансировались регионы, которые представили конкретные программы модернизации. Программа модернизации представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в субъектах РФ [184]. В каждом субъекте РФ программа имела свои особенности, связанные в первую очередь с демографической и социально-экономической ситуацией в регионе [159, 187, 278].

Предполагается, что введение медицинских стандартов должно сочетаться с повышением оплаты труда медицинских работников, от которого, не смотря на затраты, государство получит ощутимый выигрыш и большую пользу. Существенное повышение оплаты труда врачей приведёт к улучшению результативности их работы, позволит ликвидировать совместительство, а также позволит отказаться от формальных и неформальных способов оплаты пациентами медицинских услуг. Это в свою очередь создаст материальные условия для профессионального роста врачей, медсестёр, повышения уровня их знаний и квалификации [111].

По мнению ряда авторов, при оплате труда должны учитываться сложность, напряженность и интенсивность труда; квалификация, знания и опыт, обеспечивающие должный уровень качества оказанной медицинской помощи; результаты работы – текущие, ближайшие и отдалённые –

консультаций и лечения пациентов в зависимости от степени тяжести и запущенности [166, 244].

Модернизация отечественного здравоохранения должна подкрепляться законодательно [211, 248]. Необходимо пересмотреть функции ФОМС, ввести единые тарифы, возможность реального обращения граждан за медицинской помощью независимо от региона проживания, определиться с финансированием всех статей оплаты стоимости медицинских услуг [220].

Для создания условий по обеспечению гарантированной бесплатной медицинской помощи и с целью эффективного использования финансовых ресурсов муниципального здравоохранения предполагается пересмотреть систему финансирования учреждений здравоохранения, поставив его объёмы в прямую зависимость от количества пролеченных больных и качества оказания медицинской помощи, осуществив тем самым переход от содержания ЛПУ к оплате выполненных объёмов медицинской помощи [134, 209]. Кроме того необходимо осуществить переход на оплату медицинской помощи за оконченный случай конкретного заболевания, конкретного пациента; увеличить финансово-хозяйственную самостоятельность ЛПУ и повысить прозрачность деятельности организаций здравоохранения; продолжить практику централизации финансовых ресурсов отрасли с целью обеспечения программно-целевого управления [129].

Совокупное использование различных источников финансирования деятельности медицинских учреждений для покрытия расходов рассматривается как одно из условий эффективного развития. Это требует внедрения в практику управления медицинскими учреждениями финансового менеджмента, методик сбалансированного планирования всех программ предоставления медицинской помощи. В современных условиях необходимо целенаправленное управление объемами и структурой оказания медицинской помощи на основе сочетания плановых и рыночных регуляторов [243].

Для ЛПУ в условиях ограниченности государственных средств финансирования на такие жизненно важные статьи как приобретение оборудования, первоочередной задачей финансового планирования встает поиск дополнительных резервов финансовых ресурсов. Считается, что ими могут быть доходы от развивающихся платных услуг; освобождение отрасли здравоохранения, ее учреждений от налога на прибыль от платных медицинских услуг, развитие ДМС как разновидности платной медицинской помощи, разрешение накопления и формирования фонда амортизации и перспективные медицинские научные разработки с хорошо продуманным организационно-экономическим механизмом внедрения [99].

В современном менеджменте подобные ситуации трактуются как несущие одновременно и новые возможности, и угрозы явного или скрытого характера [62]. Вместе с этим, все более возрастающая практическая потребность модернизации отечественного здравоохранения не сопровождается соответствующими научными подтверждениями. Проведенные рядом авторов [30, 31, 75, 102] исследования по модернизации здравоохранения со всеми их положительными результатами не дают целостного комплексного представления о перспективе функционирования и развития системы здравоохранения.

1.4. Профилактическое направление в здравоохранении

Постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 19.11.87 г. N 1318 «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года» и от 26.06.88 г. N 764 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально - технической базы здравоохранения» генеральной линией в нашей стране было определено профилактическое направление в здравоохранении, которое считалось

основополагающим принципом, идеологией охраны здоровья народа [157].

В соответствии с этим был изданы приказ МЗ СССР от 14 октября 1988 № 770 «О совершенствовании гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни» и новый приказ Минздрава РФ от 06.10.1997 № 295 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации».

Был создан Совет по гигиеническому обучению и воспитанию населения при Минздраве России. В базовую программу обязательного медицинского страхования были включены профилактические мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни. Были утверждены формы статистической отчетности учреждений, осуществляющих деятельность в области профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения. В номенклатуру специальностей были внесены специальности: "врач по гигиеническому воспитанию" и "средний медицинский работник по гигиеническому воспитанию", а в реестр специальностей специальность - "гигиеническое воспитание" [94].

В лечебно-профилактических учреждениях были созданы отделения (кабинеты) медицинской профилактики [56].

Типовые программы подготовки и повышения квалификации медицинских работников были дополнены вопросами профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения независимо от профиля кафедр [106].

Большое внимание уделялось участию регионов Российской Федерации в работе по выполнению международных профилактических программ ВОЗ и ЕРБ ВОЗ (СИНДИ, "Здоровые города", "Здоровые школы" и др.).

В марте 2003 г. была утверждена Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации (приказ Минздравсоцразвития России от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении концепции охраны здоровья здоровых в

Российской Федерации») и отраслевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы» (приказ Минздравсоцразвития России от 21 марта 2003 г. № 114 «Об утверждении отраслевой программы "Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы»), основными задачами которой были реструктуризация профилактического звена системы здравоохранения, предусматривающая усиление существующих Центров и отделений медицинской профилактики, санаторно-курортных учреждений, Центров спортивной медицины [369] и физкультурных диспансеров, поликлиник, медицинских подразделений в образовательных учреждениях и на предприятиях путем внедрения современных технологий превентивной медицинской помощи.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан Приказ от 19 августа 2009 года № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». С 1 декабря 2009 года начали работать центры здоровья, созданные на базе региональных и муниципальных учреждений здравоохранения [172, 218, 249, 250, 274, 353].

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 года № 152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» утвержден перечень специальностей, по которым осуществляется подготовка медицинских кадров для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований, участвующих в реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации (центры здоровья), включая сокращение потребления алкоголя и табака. В указанный перечень включена специальность «психиатрия-наркология».

В соответствии с изменениями, вносимыми в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», в функции центров здоровья включено добровольное двухэтапное тестирование обращающихся на выявление фактов потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (Приказ Минздравсоцразвития России от 26 сентября 2011 г. № 1074н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н»).

Важно отметить, что по Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается также путем разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ (глава 2, статья 12).

С 1 января 2006 г. реализуется Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, который направлен на реализацию предложений президента Российской Федерации по совершенствованию медицинской помощи в Российской Федерации. Основное внимание при реализации проекта уделяется укреплению первичного медицинского звена, развитию профилактического направления отечественного здравоохранения [98, 116].

Медицинская профилактика включает такие направления деятельности, как иммунизация, санитарно-эпидемиологический надзор и осуществление программ раннего выявления болезней, каждое из которых, как правило, хорошо интегрировано в рутинное медицинское обслуживание населения

[163, 169 292, 293, 301, 338].

В контексте политики "Здоровье для всех" улучшению здоровья населения способствуют также следующие категории факторов: формирование здорового образа жизни, которое предусматривает работу в таких областях, как улучшение питания, усиление физической активности населения, борьба с потреблением табака, алкоголя и других психоактивных веществ. Улучшение детерминантов здоровья — это деятельность, тесно связанная с укреплением здоровья, но выходящая за рамки поведения отдельных лиц и направленная на улучшение различных аспектов физической, социальной и экономической среды, во многом определяющих состояние здоровья, и прежде всего на борьбу с бедностью. Действия, направленные на улучшение детерминатов здоровья, включают принятие соответствующих законов и нормативов, разработку политики и информационно-пропагандистскую работу, охватывающую все ведомства и сектора [231, 285, 290, 291, 314].

С целью совершенствования охраны и укрепления здоровья детей и подростков в рамках реализации национального проекта отработано (на основе соответствующих стандартов) взаимодействие образовательных и детских амбулаторно-поликлинических учреждений по проведению профилактической и оздоровительной работы в образовательных учреждениях. Педиатры отделений организации медицинской помощи в образовательных учреждениях смогут на должном уровне организовать вакцинопрофилактику, осуществлять методическое обеспечение работы по рациональной организации образовательного процесса, питания, физического воспитания и трудового обучения учащихся. Реализация данных предложений позволит использовать и рекомендации ВОЗ по соблюдению «профилактической дозы», которая собственно и обеспечивает эффект профилактики на популяционном уровне [268, 289, 297, 304]. Профилактическая доза — это Правильные действия, направленные на

Правильное число людей, в течение Правильного периода времени с Правильной интенсивностью [124].

Эти направления считаются чрезвычайно актуальными для детского населения и должны быть реализованы в организованных детских коллективах медицинскими работниками отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях (медицинских кабинетов школ), детских ЛПУ.

Специальные исследования показали, что в российском законодательстве закреплены права ребенка и заложены основы для создания единой профилактической среды. Однако, профилактическое направление определяется как медицинская, а не межотраслевая и межсекторальная проблема. Отсутствуют дефиниции «здорового образа жизни», статьи, касающиеся обучения здоровьесберегающему поведению, стандарты профилактики, ряд нормативно-правовых документов имеет декларативный характер [15, 20, 21, 105].

Экспертная оценка работы образовательных учреждений различного уровня по формированию и пропаганде здорового образа жизни выявила отсутствие межотраслевой вертикали интегрирующей и распространяющий региональный опыт формирования здорового образа жизни. Ситуация характеризуется низкой эффективностью средств мотивации к здоровому образу жизни, ориентированных, в основном, на патерналистическую модель поведения (преобладала в дошкольных и школьных учреждениях - от 63,1 до 71,6%, соответственно). Мониторинг факторов риска здоровью детей и молодежи и существующие профилактические программы не учитывают возрастно-половые и поведенческие особенности, не просчитаны экономически, не имеют маркеров эффективности и не ориентированы на объекты межотраслевой интеграции [105].

Предполагается, что соединение российских традиций и опыта профилактической педиатрии с принципами профилактики,

сформулированными Европейским региональным бюро ВОЗ для решения задач по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья российских детей, дадут результаты [35, 36, 39, 48, 50, 126, 217, 354, 364, 373].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что в последнее десятилетие в нашей стране, как и во всем мире, произошли существенные изменения в организации системы здравоохранения, которые не могли не сказаться на здоровье детей. Для дальнейшего развития направлений по совершенствованию медицинской помощи детскому населению целесообразно и важно проанализировать успешность реализации проектов и программ, выявить и оценить произошедшие изменения в состоянии их здоровья. В связи с этим и было проведено настоящее исследование.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методологические принципы исследования

В настоящее время в здравоохранении происходят существенные преобразования: устанавливаются концептуальные приоритеты его развития, пересматривается роль медицинского страхования, используются новые технологии в управлении финансовыми потоками, формируются различные программы. Реализация поставленных задач предполагает повышение места здравоохранения в системе бюджетных приоритетов на всех уровнях власти.

Разрабатывая методологию настоящего исследования, мы исходили из того, что в настоящее время методология рассматривается как организация деятельности и организовать деятельность означает упорядочить ее в целостную систему с четко определенными характеристиками, логической структурой и процессом ее осуществления – временно́й структурой.

Научной основой, разработанной для настоящей методики исследования, является комплексный подход, позволяющий рассматривать обеспечение анализа основных показателей здоровья детского населения (заболеваемость, инвалидность и смертности) как одну из актуальных задач современного отечественного здравоохранения.

Основными методическими принципами (направлениями) данного подхода явились:

1. Анализ региональных закономерностей состояния здоровья детского населения и деятельности системы здравоохранения.

2. Использование методики стратегического планирования форсайт-дорожная карта.

3. Методологической особенностью данного исследования явилось то, что был проведен не только анализ состояния здоровья детей и деятельности

системы здравоохранения по его охране, но и параллельно разработаны и внедрены инновационные медико-организационные технологии, позволяющие решить актуальные проблемы медицинской помощи детскому населению Республики Татарстан.

2.1.1. Принцип регионального подхода

Методологические основы регионального подхода при изучении состояния здоровья детского населения Российской Федерации разработаны В.И. Стародубовым, А.А. Барановым, В.Ю. Альбицким (2005). По их мнению, актуальность и перспективность такого подхода обуславливают три важных обстоятельства. Во-первых, на формирование здоровья россиян не может не оказывать влияния широкий спектр климатогеографических, экологических и экономических условий проживания населения Российской Федерации, степени его миграции, этнических и социо-культурных особенностей. Во-вторых, имеются существенные различия в материально-технической базе и кадровом потенциале детского здравоохранения по регионам. Наконец, для обоснованного адресного распределения сил и средств, направляемых на укрепление и восстановление здоровья детского населения, необходима оперативная и объективная информация по отдельным субъектам РФ о ведущих факторах, влияющих на состояние здоровья детей в целом и отдельных его параметров (заболеваемость, инвалидность и др.).

Значительно варьируют при этом возрастно-половые характеристики. Применение регионального анализа позволит понять природу этой вариации. А это крайне необходимо для разработки и реализации дифференцированной региональной политики, учитывающей специфику самого детского населения и факторов, обуславливающих характер и распространенность патологических процессов у различных групп детей отдельных регионов и федеральных округов.

Использование регионального подхода при изучении здоровья детского

населения позволяет установить в пределах каждого федерального округа территории с максимальными уровнями заболеваемости и инвалидности в различные периоды детского возраста от отдельных причин и оценить имеющиеся резервы сокращения потерь, а, следовательно, разработать адекватные мероприятия для профилактики и снижения детской заболеваемости и инвалидности.

2.1.2. Использование методики стратегического планирования форсайт-дорожная карта

Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы менеджмента медицинской организации и обеспечивает создание единых условий для реализации требований по непрерывному повышению качества медицинской помощи, улучшению состояния здоровья населения.

Актуальной задачей современности является обоснование наиболее эффективных инструментов выбора приоритетов в менеджменте и прогнозирование направлений дальнейшего развития, в том числе в области общественного здоровья и здравоохранения. Система методов экспертной оценки стратегических перспектив инновационного развития, выявления технологических прорывов, способных оказать максимальное воздействие на состояние общественного здоровья в средне- и долгосрочной перспективе, получила название «форсайт» (от «foresight» – «взгляд в будущее») или построение технологических дорожных карт.

Форсайт представляет собой значительно более комплексный подход, чем традиционное прогнозирование. Речь идёт об оценке возможных перспектив инновационного развития, связанных с прогрессом науки и технологий, очерчиваются возможные технологические горизонты, которые могут быть достигнуты при вложении определённых средств и организации систематической работы.

Одним из методов форсайта является методика построения модели в виде карты-маршрута, которая последовательно приводит к заранее установленной совокупности целей (через достижение промежуточных целей), так называемая дорожная карта.

С началом реформы здравоохранения фраза «дорожная карта здравоохранения» прочно вошла в обиход политиков и медицинских работников, она полностью ассоциируется с перечнем показателей в здравоохранении, которые должны быть достигнуты. Правительством РФ в целях обеспечения стратегического планирования в здравоохранении было дано указание на разработку «дорожной карты» по реализации комплекса мер, направленных на оптимизацию отрасли.

Целью дорожной карты здравоохранения является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

Дорожная карта в сфере здравоохранения предусматривает разработку и внедрение:

– показателей эффективности деятельности медицинских организаций;

– программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации с учетом заболеваемости и смертности населения;

– профессиональных стандартов в сфере здравоохранения как важного элемента повышения качества подготовки специалистов и улучшения организации труда работников;

– отраслевых норм труда в сфере здравоохранения.

Структура стратегического планирования в сфере здравоохранения с использованием методологии форсайт-дорожные карты строится на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», федеральной «дорожной карты» и «дорожных карт» субъектов Российской Федерации.

2.2. Характеристика базы и организация исследования

В республике проживает 724020 детей. Медицинскую помощь им оказывают 1239 педиатров (в т. ч. 63,2% участковые врачи). Детские учреждения представлены 7 межмуниципальными центрами, 6 городскими больницами, 21 амбулаторно-поликлиническим учреждением, 4 детскими санаториями, домом ребенка и реабилитационным центром (рис. 2.1).

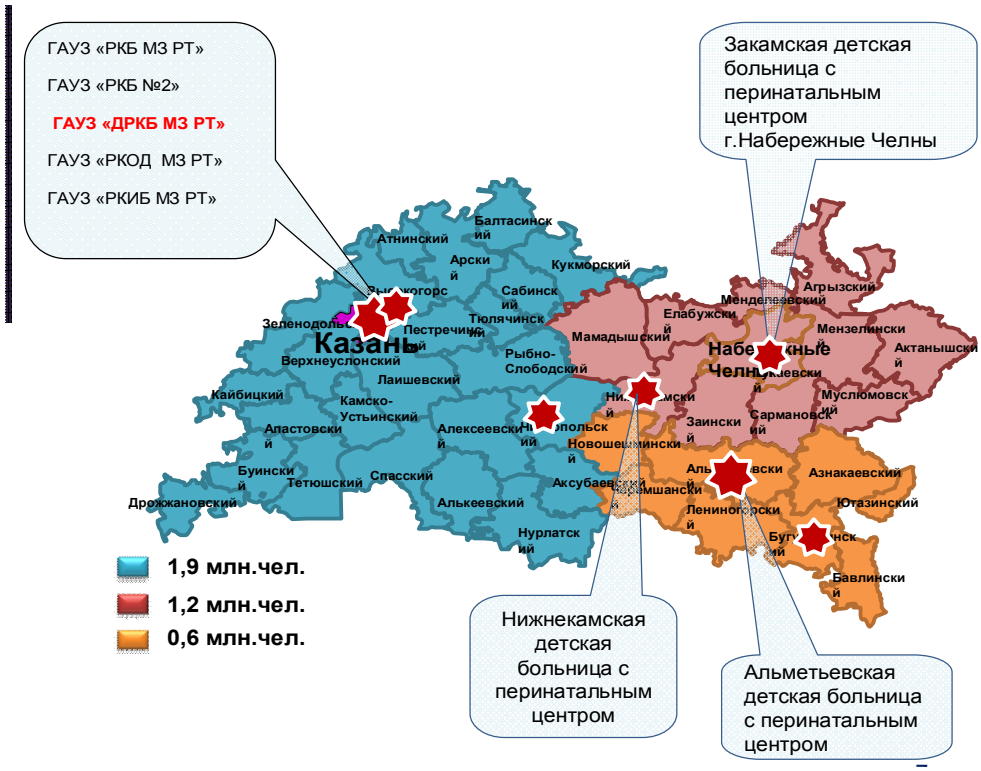


Рис. 2.1. Ресурсы детского здравоохранения РТ

Численность детского населения различных возрастных групп по регионам РТ представлена в табл. 2.1.

В соответствии с задачами исследования для проведения социологических опросов о результатах модернизации детского здравоохранения в РТ, качестве и доступности медицинской помощи были определены следующие базы исследования.

Таблица 2.1

Численность детского населения различных возрастных групп в регионах РТ, 2012 г. (абс.)

Регионы РТ	Возраст 0-14 лет	Возраст 15-17 лет
Республика Татарстан	605850	124818
Казань	165 800	31 731
Набережные Челны	84 144	15 570
Северо-Западный р-н	54312	12302
Северо-Восточный р-н	109012	22010
Юго-Восточный р-н	88142	18430
Закамский р-н	46300	10514
Предкамский р-н	34479	8472
Предволжский р-н	23661	5789

1) Детская городская поликлиника № 7 г. Казани. Поликлиника обслуживает 26500 детского населения в возрасте 0-17 лет. Мощность учреждения 1500 посещений в день, дневной стационар на 8 коек педиатрического профиля.

На базе поликлиники развернуты центр здоровья для детей (на 100000 детей 4-х районов г.Казани), городской центр реабилитации детей-инвалидов. Укомплектованность врачебными кадрами 92% (72 чел.) и медсестрами 89% (124 чел.). Поликлиника обслуживает 15 школ и 22 дошкольных образовательных учреждений. Первичная медпомощь оказывается по специальностям: педиатрия, хирургия, травматология-ортопедия, урология-андрология, гинекология, ЛОР, офтальмология, неврология, нефрология, гастроэнтерология, физиотерапия, аллергология-иммунология, инфекционные болезни, реабилитация, УЗИ, функциональная и лабораторная диагностика, эндоскопия.

2) Поликлинике № 9 г. Казани, обслуживающая детское население в возрасте 0-17 лет количестве 18000 человек. Фактическая мощность учреждения -1000 посещений в день В поликлинике развернут дневной

стационар на 15 коек педиатрического профиля. Укомплектованность врачами 70% (46 чел.) и медицинскими сестрами 80% (70 чел.). Поликлиника является базой курса поликлинической педиатрии при кафедре госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета и осуществляет медицинское обеспечение 10 школ, 20 дошкольных образовательных учреждений , 2 средних специальных учебных заведений. Первичная медицинская помощь оказывается по специальностям: педиатрия, детская хирургия, травматология-ортопедия, урология-андрология, гинекология, ЛОР, офтальмология, неврология, нефрология, физиотерапия, аллергология-иммунология, инфекционные болезни.

3) Детская республиканская клиническая больница (ДРКБ) - современное медицинское учреждение мощностью 748 коек, в том числе 52 – реанимационных, дневной стационар - 120 коек. Кадровый потенциал ДРКБ: всего сотрудников 1706, в том числе: врачей – 315 (42% из них имеют высшую категорию), средних медицинских работников – 706, младший медицинский персонал – 306. Неотложная помощь оказывается ежедневно по всем профилям медицинской помощи, в том числе новорожденным. Сконцентрирована вся высокотехнологичная помощь детям РТ.

Программа исследования включала комплексное социально-гигиеническое и медико-организационное изучение состояния здоровья детского населения (рис. 2.2).

Работа опиралась на широкую информационную базу. Анализу подлежала учетно-отчетная документация (табл. 2.2), характеризующая демографическую ситуацию и заболеваемость детского населения, а также деятельность учреждений здравоохранения, Приказы и Постановления, принятые с целью реализации основных положений концепции развития здравоохранения Республики Татарстан.

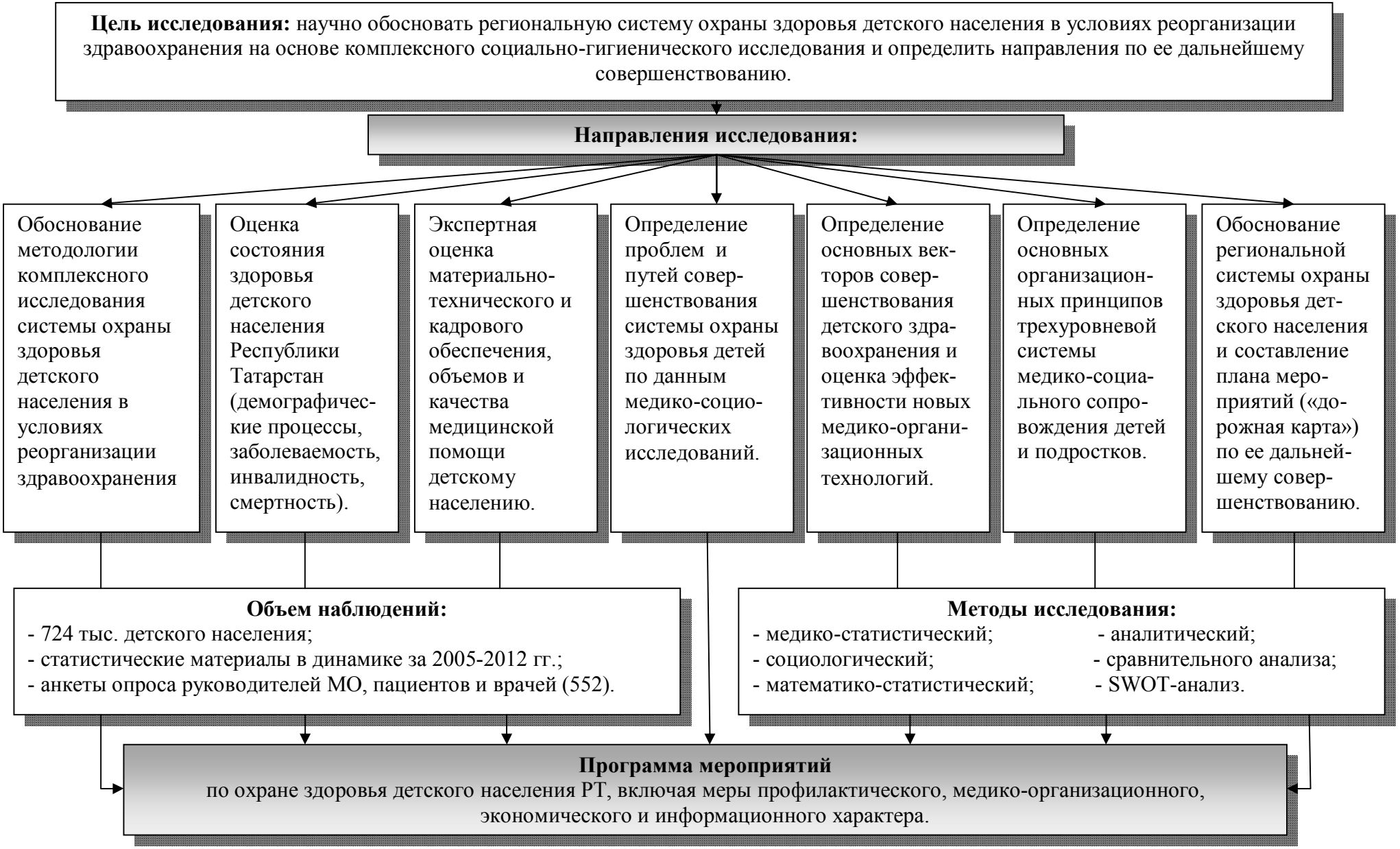


Рис. 2.2. Программа исследования

Таблица 2.2

Перечень учетно-отчетной документации

№ п/п	Форма №	Название формы
1	12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации
2	14	Сведения о деятельности стационара
3	17	Сведения о медицинских и фармацевтических работниках
4	19	Сведения о детях-инвалидах
5	24	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
6	30	Сведения о медицинской организации
7	40	Отчет станции (отделения) скорой медицинской помощи
8	А05	Сведения о числе умерших детей в возрасте 0-6 дней и мертворожденных по полу, причинам мертворождения
9	С51	Сведения об умерших по полу, возрасту и причинам смерти
10	90-М	О сети и кадрах учреждения здравоохранения

Специальный статистический инструментарий был представлен картами сбора материала, экспертной оценки и анкетами для проведения опроса организаторов здравоохранения, пациентов и врачей ЛПУ.

Исследование проводилось за период 2005-2012 гг. по разработанной программе и включало в себя несколько последовательных этапов.

2.3. Этапы и методы исследования

В соответствии с поставленными задачами, в исследовании использовалась комплексная методика, включающая библиографический, аналитический, медико-статистический, социологический, математико-статистический методы, сравнительный анализ, SWOT-анализ и метод форсайт-дорожная карта.

На первом этапе исследования был проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций и нормативно-правовых документов (350) по проблемам планирования развития здравоохранения на территории и по

разработке методических подходов к составлению плана развития здравоохранения территории (табл. 2.3). Это позволило определить методологию исследования, цель, задачи, объем и методы исследования.

Таблица 2.3

Этапы исследования

Этапы исследования	Источники информации	Объем, период	Методы исследования
1. Оценка степени разработанности проблемы и определение методологии исследования.	Отечественные и зарубежные источники литературы: диссертационные исследования, методические рекомендации, документы ВОЗ, Доклады о состоянии здоровья детского населения в России и в мире.	377 1990-2014 гг.	Библиографический Аналитический Экспертных оценок
2. Изучение демографической ситуации и состояния здоровья детского населения РТ.	Статистические учетно-отчетные формы (№ 12, 19, 31, 32, А05, С51); Европейская база «Здоровье для всех»; Статистические сборники: «Здравоохранение в России», «Демографический ежегодник России», «Российский статистический ежегодник».	52 формы статистической отчетности 2001-2012 гг.	Медико-статистический Сравнительного анализа
3. Оценка обеспеченности медицинской помощью детского населения РТ.	Статистические учетно-отчетные формы (№ 14, 17, 24, 30, 40, 90М); Статистические сборники: «Здравоохранение в России», «Российский статистический ежегодник».	52 формы статистической отчетности 2001-2012 гг.	Медико-статистический Сравнительного анализа
4.Изучение проблем и путей совершенствования системы охраны здоровья детей по данным социологических исследований.	Результаты социологических опросов: - руководителей муниципальных образований; - врачей детских поликлиник; - врачей детских стационаров; - родителей ребенка в поликлинике; - родителей ребенка в стационаре.	32 анкеты 61 анкета 76 анкет 211 анкет 172 анкеты 2010-2012 гг.	Социологический Сравнительный анализ Математико-статистический
5. Разработка	Нормативная база в сфере	Норма-	Социологический

стратегии развития детского здравоохранения РТ.	здравоохранения. Результаты оценки состояния здоровья и обеспеченности медицинской помощью детского населения. Результаты социологических опросов руководителей муниципальных образований, врачей и родителей детей. Результаты оценки качества жизни детей раннего возраста (врачи, родители).	тивные документы 2001-2012 гг. См. пп.1-4 Анкеты КЖ 489 детей	Аналитический
6. Изучение системы оказания медико-социальной помощи детскому населению РТ.	Нормативная база в сфере оказания медико-социальной помощи детскому населению в РФ и РТ.	Норма-тивные документы 2001-2012 гг.	SWOT-анализ
7. Разработка основных направлений деятельности системы детского здравоохранения РТ в условиях ее реорганизации и модернизации.	Результаты предыдущих этапов.	Материалы предыдущих этапов	Метод форсайт-дорожная карта

На втором этапе изучались демографическая ситуация (численность детского населения, рождаемость, общая смертность, естественный прирост населения) и состояние здоровья (общая и первичная заболеваемость, инвалидность и смертность) детей и подростков РТ в целом и по ее районам.

Указанные показатели анализировались в динамике, в разрезе возрастных групп и основных причин (Приложение 1).

Исследование общей накопленной и исчерпанной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет и подростков в возрасте 15-17 лет проводилось по специальной методике на основе данных фонда ОМС и результатов углубленных медицинских осмотров пациентов. Базой послужили ЛПУ крупных городов (детские поликлиники №№ 4 и 7 г. Казани, №№ 2 и 6 г. Набережные Челны), малых городов (детской больницы г. Нижнекамска) и сельских населенных пунктов (Мамадышская, Сабинская и Тукаевская

центральные районные больницы).

Накопленная заболеваемость (по обращаемости) это все случаи первичных заболеваний (острых и хронических за последний год), дополненные хроническими заболеваниями, зарегистрированными в предшествующие два года, по поводу которых не было обращений в данном году. Исчерпанная заболеваемость включает накопленную заболеваемость по обращаемости и данные медицинских осмотров детского населения.

Показатели общей накопленной и исчерпанной заболеваемости детей и подростков были рассчитаны с помощью программы «Socpediatria-3» (свидетельство о регистрации № 2009613861). Программа «Socpediatria-3», специальные методика и алгоритм расчета показателей общей накопленной и исчерпанной заболеваемости разработаны в отделе социальной педиатрии (руководитель – профессор В.Ю. Альбицкий) ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» (директор – академик РАН А.А. Баранов).

Для определения сходных или отличающихся по уровню показателей заболеваемости, инвалидности и смертности проводили их ранжирование. Тенденцию процесса определяли визуально - в процессе графического анализа диаграммы и путем моделирования трендов.

Важной задачей статистики при анализе динамического ряда является определение основной тенденции развития. Одним из приемов выявления основной тенденции является метод аппроксимации, который позволяет обобщить используемые эмпирические результаты. Задачи аппроксимации решались средствами Excel**.**

Линии тренда позволяют графически отображать тенденции данных и их прогноз. При подборе линии тренда Excel автоматически рассчитывает значение величины R^2, которая характеризует достоверность аппроксимации: чем ближе значение R^2 к единице, тем надежнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс. Моделирование трендов позволило установить степень достоверности наблюдаемых тенденций.

На третьем этапе была проведена комплексная оценка обеспеченности

населения территории медицинской помощью и эффективности использования ресурсной базы ЛПУ с учетом динамики состояния кадрового потенциала (укомплектованность штатов, коэффициент совместительства) и основных характеристик (оснащенность ЛПУ лечебно-диагностическим оборудованием, его техническое состояние, лекарственное обеспечение и др.). Для изучения фактического объема оказанной медицинской помощи детскому населению были собраны сведения о сети медицинских учреждений и их деятельности. Проведено специальное исследование модернизации здравоохранения и внедрения инновационных технологий, при этом особое внимание было уделено его информационному обеспечению.

На четвертом этапе проводилось изучение проблем и путей совершенствования системы охраны здоровья детей по данным медико-социологических исследований. Социологическими опросами было охвачено 552 человека. В качестве единицы наблюдения выступили: руководитель муниципального образования, врач детской поликлиники, врач детского стационара, родитель ребенка, обратившегося в поликлинику и родитель ребенка, находящегося на лечении в стационаре:

- 32 руководителя муниципальных образований (всего в РТ 45 муниципальных образований) с общей численностью населения 2181035 человек, в том числе детского 409637,9; средний возраст респондентов составил 44,7±12 лет, среди них 17 мужчин и 15 женщин, образование у всех – высшее;

- врачи в количестве 137 человек, из которых 61 работали в поликлинике и 76 в стационаре;

- родители детей численностью 383 (из них в поликлинике - 211, в стационаре - 172 респондента).

Необходимое число наблюдений для проведения социологического опроса определялось по методике К.А. Отдельновой (1980). Вариабельность (δ) и доверительный интервал (Δ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое К – коэффициент

показатель точности, уровень которого (от 0,5 до 0,1) выбирает сам исследователь. В нашем исследовании численность выборки соответствовало средней точности (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования К= δ/ Δ	t=2.0 p=0.95	t=2,5 p=0,98	t=3,0 p=0,99
1. Ориентировочное знакомство	0,5 0,4 0,4	16 25 44	29 39 69	36 56 100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Предмет исследования – оценка участниками социологического опроса результатов модернизации детского здравоохранения РТ, доступность и качество медицинской помощи, роль и место в модернизации участников опроса.

Для изучения мнения каждой из пяти групп респондентов была специально разработана анкета (Приложения 2-6).

Анкета «Об охране здоровья детей, состоянию и проблемам детского здравоохранения» (для руководителей муниципальных образований: главы, заместители, специалисты) (Приложение 2) состояла из двух частей. Первая включала 10 вопросов, касающихся типа муниципального образования, численности в нем детского населения, наиболее актуальных проблем для муниципального образования, включая здравоохранение. Затем следовали вопросы, связанные с модернизацией детского здравоохранения в муниципальном образовании, которые включали укомплектованность медицинскими кадрами, удовлетворенность населения медицинскими услугами, их доступность и качество, источники информации о работе учреждений здравоохранения муниципального образования. Заключительный вопрос был направлен на изучение отношения глав

муниципальных образований к здоровому образу жизни.

Анонимная анкета для врачей детских поликлиник включала 11 вопросов. Первые три вопроса касались сведений о респонденте: возраст, стаж работы, наличие квалификационной категории. Два следующих касались личного отношения специалиста к модернизации здравоохранения и содержали три варианта ответов: «да». «нет», «затрудняюсь ответить».

Затем следовали два вопроса касающихся развития электронного здравоохранения применительно к поликлинике (5 вариантов ответ) и оценке изменений, связанных с модернизацией здравоохранения (7 вариантов ответа).

Отдельный вопрос был посвящен новым мотивациям к работе, связанным с модернизацией и включал 4 варианта ответа. Два вопроса были направлены: на изучение профилактической деятельности поликлинического врача и оценку работы центров здоровья для детей.

Заключительный вопрос анкеты был направлен на выявление критериев оценки работы врача-педиатра.

Анонимная анкета для врачей детских стационаров (Приложение 4) включала 13 вопросов. Первые восемь были идентичны вопросам анкеты для врачей поликлиники. Следующие касались знания основных показателей работы стационара: структуры коечного фонда, выполнения плана койко-дней, внутрибольничной летальности, средней длительности пребывания больного на койке, преемственности между стационаром и поликлиникой.

Два вопроса были посвящены оценке доступности и качеству медицинской помощи в ходе модернизации здравоохранения.

Анкета завершалась вопросами, связанными с критериями оценки качества работы врача стационара и предложениями по совершенствованию работы стационара.

Анонимная анкета для родителей, обратившихся с ребенком в поликлинику (Приложение 5) включала 24 вопроса, которые были сведены в три раздела.

Первый раздел состоял из 11 вопросов и включал данные о ребенке, частоту обращений в предшествующем опросу году, их повод, время ожидания приема к участковому врачу- педиатру и узкому специалисту, пользование платными медицинскими услугами и их причину, оценку качества работы поликлиники в течение двух последних лет, включая 2013 год- год опроса.

Второй раздел состоял из 8 вопросов, которые касались оценки работы участкового врача и медицинской сестры, параклинических подразделений, и причин неудовлетворенности от контакта с медицинским учреждением.

Третий раздел касался оценки здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения семьи респондента.

Анонимная анкета для родителей детей, находившихся в стационаре (Приложение 6) включала 31 вопрос и охватывала все стороны деятельности работы учреждения, включая время ожидания плановой госпитализации, организации работы приемного покоя, перечня услуг, полученных ребенком в стационаре, пользование платными услугами и их причину, оценку качества медицинской помощи в стационаре в целом, по службам и по отдельным категориям сотрудников. Отдельные вопросы анкеты касались обеспеченности медикаментами, качества питания, санитарного состояния отделений. Заключительный вопрос был направлен на выявление мнения родителей, касающегося совершенствования работы стационара.

На пятом этапе исследования, по результатам изучения нормативной базы в сфере здравоохранения, изучения состояния здоровья населения и ресурсного обеспечения ЛПУ, а также на основании результатов проведенного социологического исследования была разработана Стратегия развития детского здравоохранения РТ, в рамках которой были разработаны и внедрены инновационные технологии. Наряду с оснащением и переоснащением ЛПУ детства и материнства, ключевыми направлениями медико-организационных мероприятий стали:

- ✓ переход на трехуровневую систему медицинской помощи

(беременным, роженицам, реанимационной помощи новорожденным, детскому населению);

- ✓ профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения (программа ЗОЖ, детские центры здоровья, клиники дружественные к подросткам и молодежи);
- ✓ информатизация в учреждениях здравоохранения (реорганизация регистратур поликлиник и приемного покоя стационара, онлайн связь с районами республики);
- ✓ новации в подготовке кадров;
- ✓ организация питания детей раннего возраста;
- ✓ модель раннего вмешательства
- ✓ модель медико-социального сопровождения детского населения;
- ✓ мониторинг орфанных заболеваний;
- ✓ совершенствование паллиативной помощи детям.

На данном этапе работы изучены возможности и результативность применения профилактических технологий в сфере охраны здоровья детского населения.

Для оценки эффективности мероприятий региональных программ «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан в 2009-2011 годах» и «Комплексная программа формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье, на 2012-2014 годы», предусматривающих медико-психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста, имеющих нарушения развития и ограниченные возможности, проанализированы основные показатели деятельности учреждений пренатального этапа (центров пренатальной диагностики, женских консультаций, медико-генетического центра ГАУЗ Республиканская клиническая больница), учреждений родовспоможения, детских стационаров и поликлиник, республиканского

дома ребенка, детских реабилитационных учреждений системы социальной защиты.

Для оценки эффективности проводимой абилитации по технологии раннего вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях проведено изучение качества жизни детей раннего возраста (489 детей) с помощью русской версии опросника QUALIN и компьютерной программы, разработанных в лаборатории медико-социальных проблем охраны здоровья детей ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» (Москва).

Анкетирование родителей и врача, участвовавшего в оценке уровня развития детей, проводили в 2 этапа: до начала абилитационных мероприятий и через 6 месяцев. Проведено анкетирование родителей 39 детей в возрасте 1-3 года. Кроме того, были изучены показатели инвалидности среди детей раннего возраста и динамика случаев отказа от новорожденных детей за период 2009-2013 гг. в РТ.

Отраслевая целевая программа «Бәләкәч – Малыш», патронируемая Президентом Республики Татарстан, по безвозмездному обеспечению детей первых трех лет жизни специальными молочными продуктами питания и смесями по рецептам врачей преследует цель повышения качества жизни и состояния здоровья детей указанного возраста. Для анализа эффективности этих мероприятий была изучена характеристика и оценены первые результаты программы «Бәләкәч» за период 2011-2013 гг.

Нами изучен накопленный опыт работы новой функциональной структуры педиатрической службы – Центров здоровья для детей. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», в том числе мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, с 2010 года в РТ функционируют 6 центров здоровья для детей на базе учреждений здравоохранения педиатрического профиля: ГАУЗ Детская республиканская клиническая больница; ГАУЗ Городская детская поликлиника №7 г. Казани; ГБУЗ Детская городская поликлиника №11 г.

Казани; ГАУЗ Альметьевская детская городская больница с перинатальным центром; МБУЗ Детская городская поликлиника № 4 им. Ф.Г. Ахмеровой г. Набережные Челны; ГАУЗ Детская городская больница с перинатальным центром г. Нижнекамска. За период 2011-2013 гг. проведен анализ деятельности центров здоровья для детей в части нормативного обеспечения их функционирования, структуры выявленной патологии пациентов и факторов риска развития заболеваний. Дана оценка эффективности профилактических и организационно-методических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости детей и повышения их мотивации к ведению здорового образа жизни.

На шестом этапе был проведен анализ федерального и регионального законодательного и нормативного правового регулирования медико-социальной помощи детям и подросткам в РТ. Были разработаны основные организационные принципы трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков.

Учитывая значительное влияние на здоровье подрастающего поколения социально-психологических детерминант, необходимы мероприятия по охране и укреплению здоровья детей и подростков, учитывающих эти факторы.

Для анализа реализуемой модели трехуровневого медико-социального сопровождения детского населения в РТ был использован метод SWOT-анализа (Л.Симкин и С. Дибб, 2002), который основывается на принципе стратегического соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах). SWOT – аббревиатура следующих английских слов: Strengths (сильные стороны) – преимущества; Weaknesses (слабости) – территории; Opportunities (возможности) – факторы внешней среды, использование которых создаст преимущества для реализации модели; Threats (угрозы) – факторы, которые могут потенциально создать препятствия эффективному функционированию системы медико-

социального сопровождения детского населения.

С одной стороны, отражаются преимущества системы, играющие ключевую роль с точки зрения процесса формирования стратегии. С другой – значительное место в профессионально разработанной стратегии занимает комплекс мер по исправлению слабых сторон, которые ослабляют позиции системы и не позволяют ей в полной мере воспользоваться потенциальными возможностями.

Проведенный SWOT-анализ позволил выявить проблемные зоны по организации системы многоуровневого медико-социального сопровождения детей и подростков. Дифференциация проблемных зон по уровням оказания медико-социальной помощи была положена в основу комплекса мероприятий.

На заключительном **седьмом этапе** осуществлялась разработка основных направлений деятельности системы детского здравоохранения Республики Татарстан в условиях ее реорганизации и модернизации (региональная модель) на основе метода форсайт-дорожная карта [296].

На основании изучения и анализа произошедших изменений в медико-демографической ситуации, деятельности ЛПУ территории, а также результатов проведенного социологического исследования, была определена эффективность принятых управленческих решений, направленных на реализацию основных положений разработанной модели. Это позволило сформировать план мероприятий (дорожная карта) для дальнейшего совершенствования системы охраны здоровья детей и подростков.

В рамках «дорожной карты» предложены структурные преобразования системы оказания медицинской помощи матерям и детям в Республике Татарстан в системе оказания первичной медико-санитарной, специализированной и медико-социальной помощи.

Математико-статистический анализ данных исследования

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики, корреляционного и

дискриминантного анализа. Доверительный интервал для средних величин вычислялся с заданным уровнем достоверности 0,95. Использовались пакеты стандартных статистических программ STATISTICA 6,0 и "Excel 7.0" на IBM-PC. Для оценки достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента (t) и непараметрический – χ^2. Метод χ^2 предусматривает анализ данных, характеризующих распределение, а не средние величины. Исходным материалом для вычисления были абсолютные числа по наблюдениям в группах. Определялись тренды изучаемых явлений методом скользящего среднего.

ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

3.1. Медико-демографические процессы в Республике Татарстан

Численность детского населения, проживающего в Республике Татарстан (РТ), как и в России в целом, постоянно снижается. Так, если в 2001 г. она составляла 929 187 детей, то в 2012 г. - 730 668 детей. О значительной интенсивности данного процесса свидетельствует высокий коэффициент аппроксимации (R^2), который был получен при моделировании трендов[1] – 0,911 (рис. 3.1).

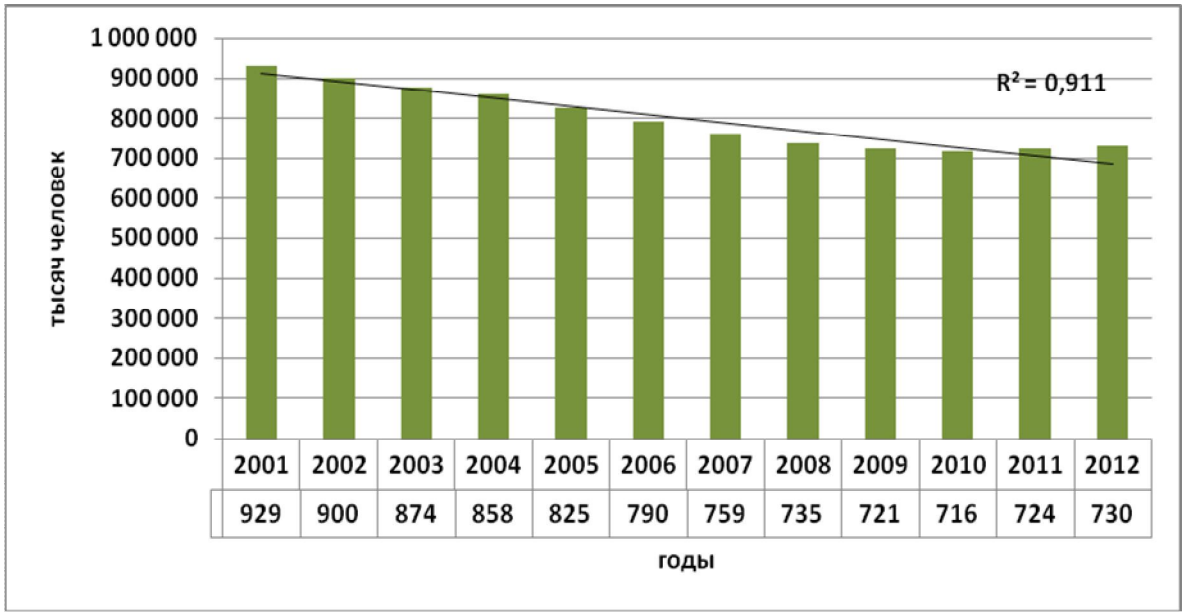


Рис. 3.1. Численность детского населения в РТ (тыс. человек)

За период 2001-2012 гг. численность населения в возрасте 0-17 лет сократилась на 21,4% (табл. 3.1). При этом, число детей в большей степени уменьшалось за счет подростков в возрасте 15-17 лет (на 36,3%), в меньшей – за счет детей в возрасте 0-14 лет (на 17,4%). Вместе с тем, увеличивается

[1] Тренд – направление процесса. Тренд считается достоверным, если коэффициент аппроксимации (R^2) равен или более 0,4.

число детей в возрасте до 4 лет (на 27,9%), особенно детей первого года жизни (32,1%).

Таблица 3.1

Численность детского населения различных возрастных групп в РТ (абс.)

Возраст в годах	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения) %
	2001	2006	2008	2010	2012	
0-1	35497	37090	44082	44 120	46 909	32,1
0-4	178988	187955	197404	205 700	228 984	27,9
0-14	733 099	581342	577967	582 615	605850	-17,4
15-17	196 088	177801	143540	133 757	124818	-36,3
всего	929 187	759143	721507	716372	730668	+ 2,0

Следует отметить, что в последние два года наметилась стабилизация данного процесса – численность детского населения в возрасте 0-17лет даже увеличилась на 14 296 человек (на 2%).

Анализ региональных особенностей динамики численности детского населения РТ, показал аналогичные тенденции – ее снижение во всех регионах и среди детского и среди подросткового населения. Однако темпы снижения численности детей и подростков по регионам РТ были различны.

Темпы снижения численности детского населения различных возрастных групп в регионах РТ в 2012 г. против 2001 г. представлены в табл. 3.2. В большей части регионов темпы снижения численности подростков (15-17 лет) были выше таковых у детей (0-14 лет). Исключение составили Закамский регион, где эти показатели были равны и составляли 26,4%, Предкамский и Предволжский регионы, в которых темпы снижения численности детей были выше, чем среди подростков – 29,5% против 18,8% и 29,5% против 18,8%, соответственно.

Таблица 3.2

Темпы снижения численности детского населения различных возрастных групп в регионах РТ 2012/2001гг. (%)

Регионы РТ	Возраст 0-14 лет	Возраст 15-17 лет
Республика Татарстан	-17,4	-36,3
Казань	-8,1	-37,3
Набережные Челны	-16,9	-53,1
Северо-Западный р-н	-21,4	-32,6
Северо-Восточный р-н	-16,1	-35,6
Юго-Восточный р-н	-18,3	-34,1
Закамский р-н	-26,4	-26,4
Предкамский р-н	-29,5	-18,8
Предволжский р-н	-27,0	-18,7

Наибольший разрыв между темпами снижения численности детей и подростков был зафиксирован в крупных городах РТ – в Казани (8,1% против 37,3%, соответственно, $p<0,05$) и в Набережных Челны (16,9% против 53,1%, $p<0,05$). При исключении крупных городов было установлено, что самые высокие темпы сокращения числа детей в возрасте 0-14 лет отмечаются в Предкамском регионе (29,5%), а подростков в возрасте 15-17 лет в Северо-Западном (32,6%), Юго-Восточном (34,1%) и Северо-Восточном (35,6%) регионах.

Разнонаправленные тенденции в динамике численности детей в различных возрастных группах за анализируемый период привело к изменению возрастной структуры детского населения (рис. 3.2). Достоверно увеличилась доля детей в возрасте 0-4 лет с 19,3% до 31,3% ($p<0,05$) и первого года жизни с 3,8% до 6,4% ($p<0,05$) среди населения 0-17 лет и с 24,4% до 37,8%, с 4,8% до 7,7% среди населения 0-14 лет, соответственно. Однако, дети до 1 года жизни в возрастной группе 0-4 лет стабильно составляют около 20% (в 2001 г.- 19,8, в 2012 г. – 20,5%). Несколько сократилась доля подростков 15-17 лет – с 21,1% до 17,1%, однако данные

изменения не были статистически достоверными (p>0,05). Так же недостоверно увеличился удельный вес детей в возрасте 0-14 лет среди детей 0-17 лет (с 78,9% до 82,9%, p>0,05).

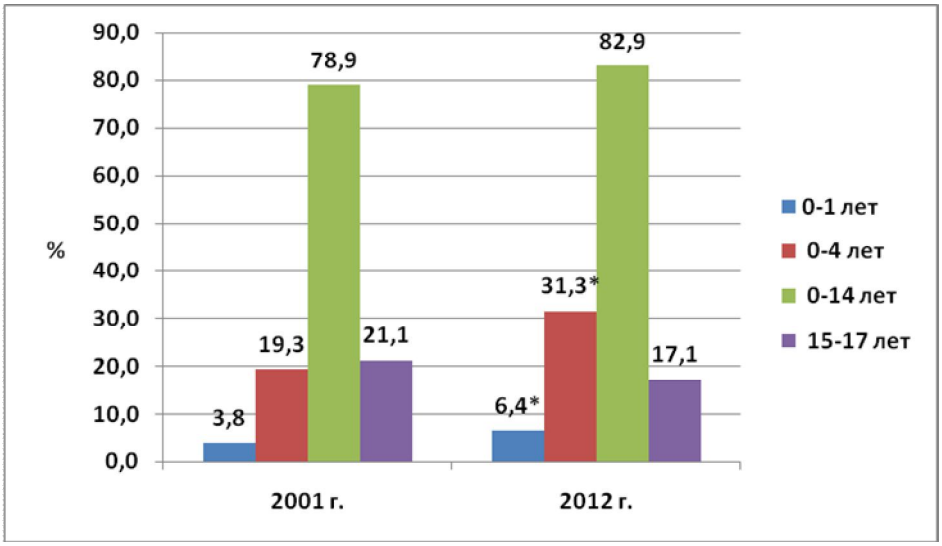


Рис. 3.2. Возрастная структура детского населения в РТ (%)

Положительные тенденции в численности детского населения в возрастных группах до 4 лет, несомненно, были связаны с ростом рождаемости. За период 2001-2012 гг. число родившихся увеличилось с 35 877 до 55 421 человек (на 54,5%). В отличие от абсолютных показателей случаев рождения, коэффициент рождаемости не имел постоянного нарастания. Так, уровень рождаемости после предшествующего подъема снижался в 2005 и 2006 гг. (рис. 3.3). В целом уровень рождаемости в РТ вырос за анализируемый период так же на 54,5% - с 9,5 в 2001 г. до 14,5 в 2012 г. на 1000 населения. Интенсивность роста рождаемости подтверждается высоким коэффициентом аппроксимации при моделировании трендов (R^2=0,85).

Была отмечена более высокая рождаемость в городе по сравнению с сельской местностью – в 2012 г. она составила 15 против 13 на 1000 населения.

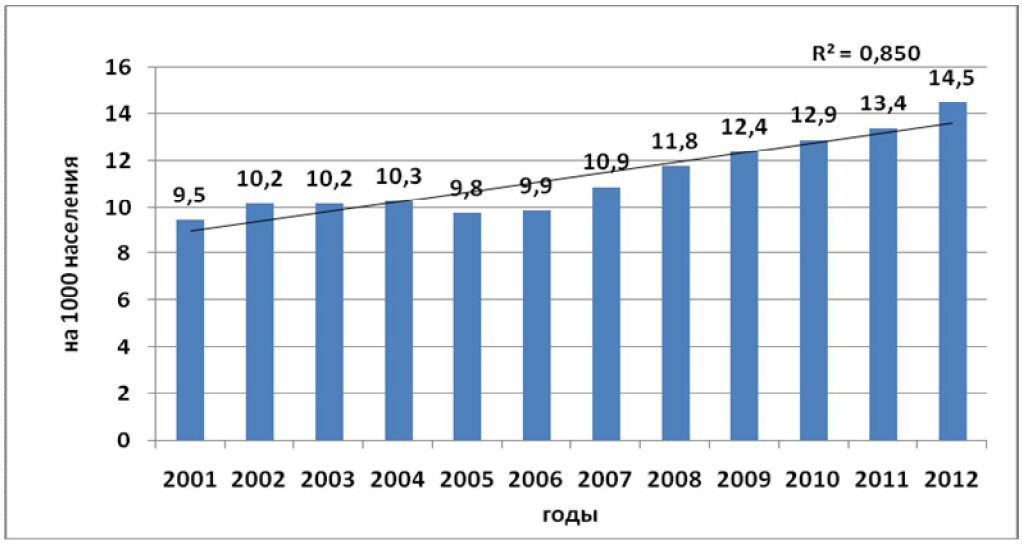


Рис. 3.3. Рождаемость в РТ (на 1000 населения)

Низкие показатели рождаемости почти постоянно отмечались в Казани, Северо-Западном и Предволжском регионах. Рост рождаемости за период 2001-2012 гг. был отмечен во всех регионах РТ. Повышение уровня рождаемости наиболее было выражено в крупных городах как Казань (на 85,5%) и Набережные Челны (на 68,1%), в которых в 2001 отмечались довольно низкие показатели – 8,3 и 9,4 на 1000 населения, соответственно (табл. 3.3).

Таблица 3.3

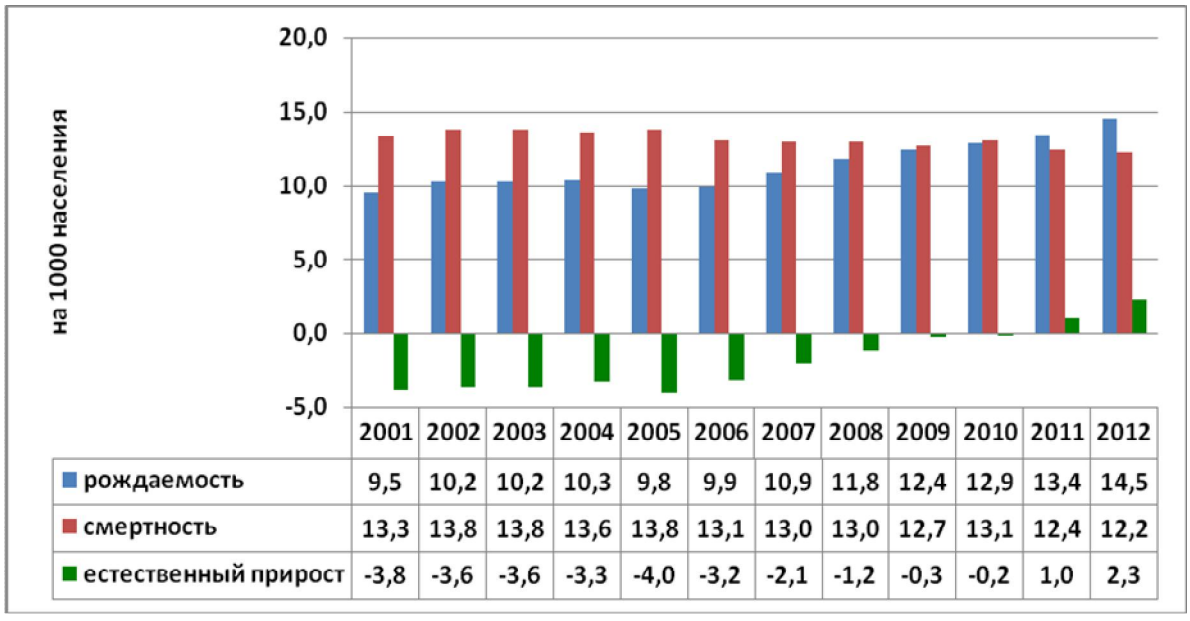
Рождаемость в регионах РТ (на 1000 населения)

Регионы РТ	годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	9,5	9,9	11,8	12,9	14,5	52,6
Казань	**8,3**	**9,3**	**11,1**	13,1	15,4	85,5
Набережные Челны	9,4	10,6	12,3	13,5	15,8	68,1
Северо-Западный р-н	**9,3**	**9,5**	**11,5**	**11,4**	**13,0**	39,8
Северо-Восточный р-н	10,3	10,4	12,2	13,5	14,7	42,7
Юго-Восточный р-н	10,2	10,5	12,0	12,9	14,1	38,2
Закамский р-н	10,3	9,8	12,2	12,3	12,9	25,2
Предкамский р-н	10,9	10,1	12,4	12,6	14,4	32,1
Предволжский р-н	10,5	**9,2**	**11,1**	**10,8**	**11,1**	5,7

Значительные темпы прироста имели место в Северо-Восточном (на 42,8%), Северо-Западном (на 39,8%) и Юго-Восточном (на 38,2%) регионах. В связи с этим в указанных территориях стали регистрироваться и самые высокие уровни рождаемости: Набережные Челны - 15,8; Казань - 15,4; Северо-Восточный р-н - 14,7 на 1000 населения.

Следует обратить внимание на Предволжский регион, в котором отмечается самый низкий коэффициент рождаемости (11,1 на 1000 населения) и прирост случаев рождения за анализируемый период составил всего 5,7%.

Естественное движение населения в РТ до недавнего времени имело отрицательный характер, а коэффициент воспроизводства в 2005 г. достигал -4,0. Значительный рост рождаемости не мог не сказаться на естественном движение населения в РТ. В связи с тем, что общая смертность населения снижалась, а уровень рождаемости стал достаточным для воспроизводства населения, то естественное движение населения перестало иметь отрицательный характер, коэффициент воспроизводства в 2011 г. составил 1,0, а к 2012 г. увеличился до 2,3 (рис. 3.4).



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
рождаемость	9,5	10,2	10,2	10,3	9,8	9,9	10,9	11,8	12,4	12,9	13,4	14,5
смертность	13,3	13,8	13,8	13,6	13,8	13,1	13,0	13,0	12,7	13,1	12,4	12,2
естественный прирост	-3,8	-3,6	-3,6	-3,3	-4,0	-3,2	-2,1	-1,2	-0,3	-0,2	1,0	2,3

Рис. 3.4. Естественное движение населения в РТ (на 1000 населения)

Учитывая стойкие тенденции в динамике показателей рождаемости и общей смертности можно думать, что данная тенденция сохранится.

Следует отметить, что РТ одна из первых среди субъектов Приволжского федерального округа преодолела нулевой рубеж и к 2012 г. имеет наиболее высокий положительный коэффициент естественного прироста населения.

Таким образом, в демографической ситуации РТ за период 2001-2012 гг. произошли положительные изменения – в результате повышения рождаемости и снижения общей смертности естественное движение населения стало положительным, в последние годы стала увеличиваться численность детского населения.

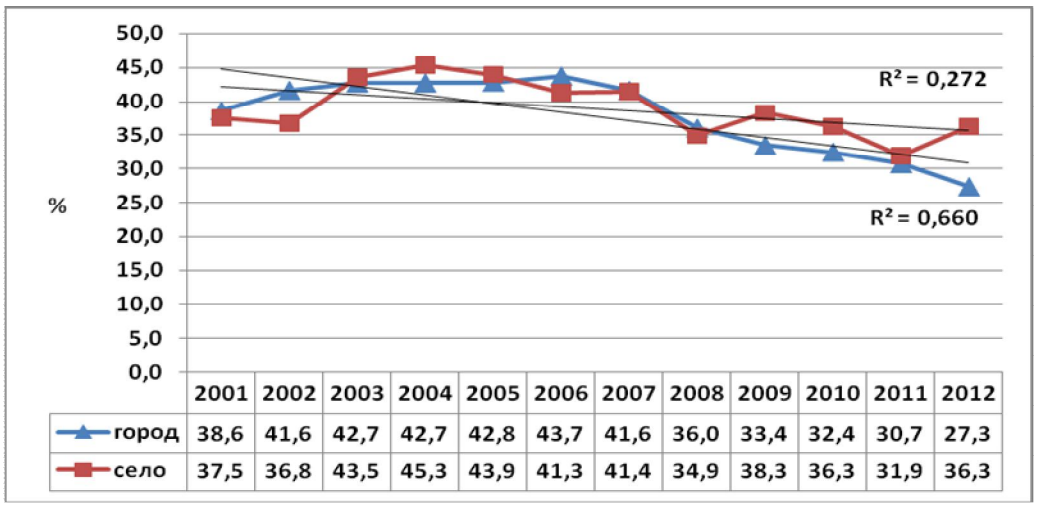
3.2. Основные тенденции состояния здоровья детского населения в Республике Татарстан

3.2.1. Заболеваемость

Новорождённые. Ежегодно в родильных домах в РТ заболевало 17-18 тыс. новорожденных, что составляло в различные годы 31-46% от всех родившихся живыми. Доля заболевших новорожденных в городе и сельской местности не имела достоверно значимых различий ($p>0,05$). Однако, если в городе этот показатель после максимального своего значения в 2006 г. (47,3%) постоянно снижался, то в сельской местности характеризовался значительными колебаниями по годам, что затрудняло определение основной тенденции (рис. 3.5). Только при моделировании трендов было установлено, что снижение доли больных городских новорождённых имеет достоверный характер ($R^2=0,66$). В сельской местности эта тенденция отличалась низким коэффициентом аппроксимации - 0,272.

Анализ показал, что в целом доля новорождённых, заболевших в родильных домах, сократилась к 2012 г. по сравнению с 2001 г. на 28,3% в основном за счет городских детей – на 29,3%. В сельской местности это

снижение составило всего 3,2%. Данный процесс определило снижение уровня заболеваемости новорожденных. Так, если в 2001 г. он составлял 637,8, то в 2012 г. - 440,5 на 1000 родившихся живыми (на 30,9%). В основном это произошло за счет снижения заболеваемости доношенных новорожденных с 551,3 до 354,3 на 1000 родившихся живыми, соответственно, на 35,7%.



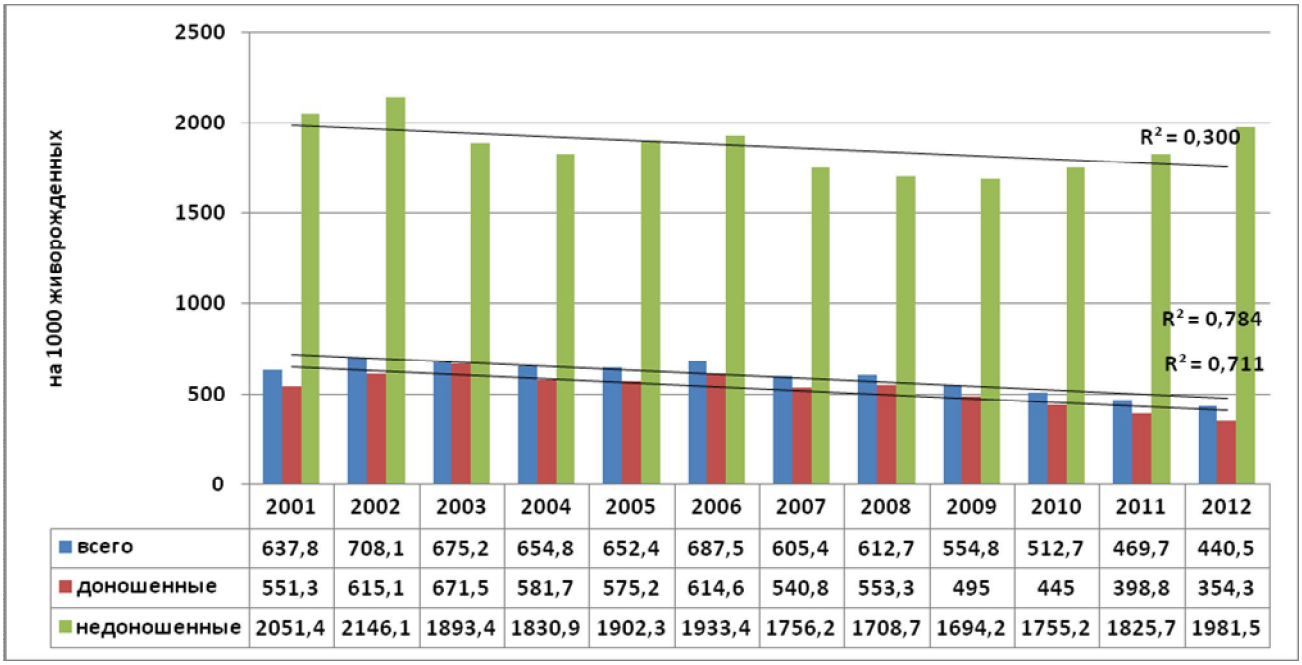
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
город	38,6	41,6	42,7	42,7	42,8	43,7	41,6	36,0	33,4	32,4	30,7	27,3
село	37,5	36,8	43,5	45,3	43,9	41,3	41,4	34,9	38,3	36,3	31,9	36,3

Рис. 3.5. Доля новорожденных, заболевших в роддомах, в городе и селе в РТ (%)

Заболеваемость недоношенных новорождённых в несколько раз (3-5 раз) была выше, чем доношенных и ее снижение происходило медленнее. За период 2001-2012 гг. заболеваемость недоношенных детей снизилась с 2051,4 до 1981,5 на 1000 родившихся живыми (на 3,4%). При моделировании трендов установлено, что тенденция снижения заболеваемости новорождённых в целом и доношенных новорождённых имеет достоверный характер – R^2=0,784 и 0,711, соответственно. У недоношенных детей уровень заболеваемости практически не снижался - R^2=0,3 (рис. 3.6).

Вместе с этим, обращает внимание тот факт, что заболеваемость недоношенных детей до 2009 г. снижалась (на 17,4%), а затем стала повышаться и в 2012 г. приблизилась к уровню 2001 г., так как ее прирост за 2010-2012 г. составил 17%. Вероятно, это связано с тем, что последние годы

в связи с демографической политикой в стране стало больше внимания уделяться выхаживанию детей с очень низкой и экстремально низкой массы тела (ЭНМТ) при рождении и полным переходом в 2012 г. на ВОЗовские критерии регистрации живо- и мертворождения.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
всего	637,8	708,1	675,2	654,8	652,4	687,5	605,4	612,7	554,8	512,7	469,7	440,5
доношенные	551,3	615,1	671,5	581,7	575,2	614,6	540,8	553,3	495	445	398,8	354,3
недоношенные	2051,4	2146,1	1893,4	1830,9	1902,3	1933,4	1756,2	1708,7	1694,2	1755,2	1825,7	1981,5

Рис. 3.6. Заболеваемость новорожденных (доношенные и недоношенные) в РТ (на 1000 родившихся живыми)

Снижение заболеваемости новорожденных детей происходило от всех причин.. Значительно снизилась заболеваемость инфекциями, кожи и подкожной клетчатки (на 83,2%), внутричерепными и другими родовыми травмами (на 78,8%), неонатальной желтухой (на 35,8%), асфиксией и гипоксией (на 33,8%). Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, сократилась на 30,9%, гемолитической болезни – на 24,6%, сепсиса новорожденных – на 22,4%, врожденных аномалий – на 10,7% (Приложение 1, табл. 1).

При сравнении темпов снижения заболеваемости от различных причин доношенных и недоношенных новорожденных было установлено, что у доношенных детей они в основном значительно превышают таковые у недоношенных.

Структура заболеваемости новорожденных за анализируемый период практически не изменилась. Так, в 2001 и 2012 гг. первое место занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, второе – врожденные аномалии развития.

Некоторые изменения произошли в структуре перинатальных заболеваний. В 2001 г. на первом месте находилась родовая травма, на втором – асфиксия и гипоксия и на третьем – синдром респираторных расстройств. В 2012 г. на первое место переместилась асфиксия и гипоксия, на второе – синдром респираторных расстройств, а родовая травма стала занимать третье место. Повысилась значимость неонатальной желтухи, которая переместилась с шестого на четвертое место.

Выше республиканского уровня заболеваемость новорожденных постоянно отмечалась в Северо-Восточном и Юго-Восточном регионах. Динамика заболеваемости новорожденных была различной в регионах РТ. Наиболее интенсивно она снижалась в крупных городах: в Казани на 39,8%; в Набережных Челны на 48,3% (табл. 3.4). На 34,3% сократилось число заболеваний у новорожденных в Северо-Восточном регионе.

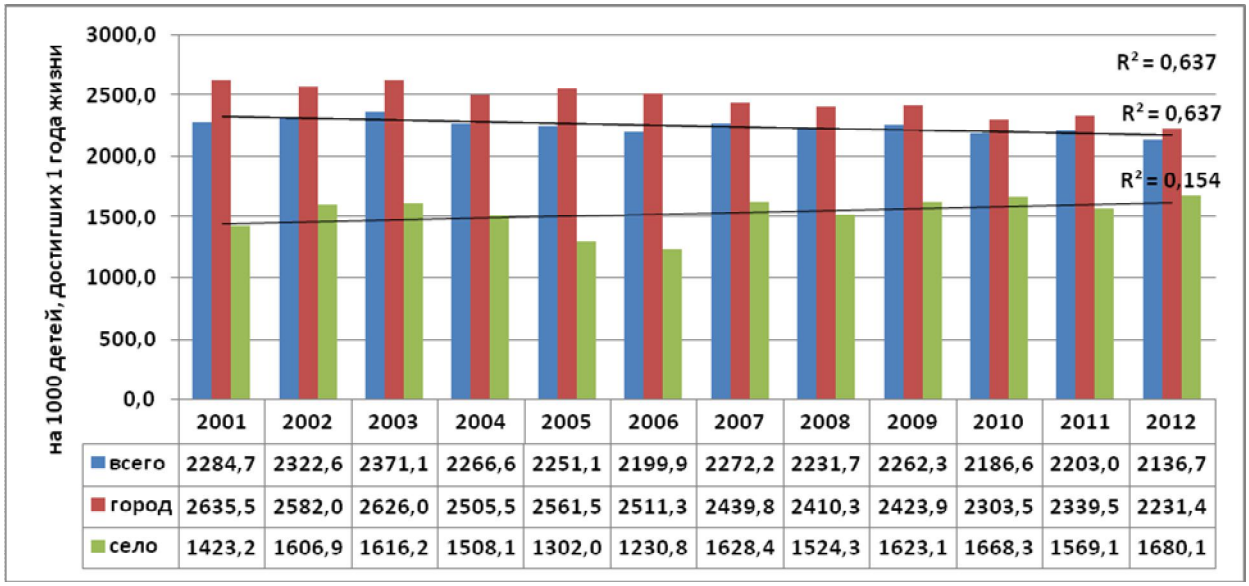
Таблица 3.4

Заболеваемость новорожденных в регионах РТ (на 1000 родившихся живыми)

Регионы РТ	годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	637,8	687,5	612,7	512,7	440,5	-30,9
Казань	633,7	645,6	516,4	407,4	381,8	-39,8
Набережные Челны	584,0	732,6	468,4	397,0	302,3	-48,3
Северо-Западный р-н	506,6	517,4	627,4	598,6	581,7	14,8
Северо-Восточный р-н	**653,6**	**740,4**	**695,2**	**632,6**	429,3	-34,3
Юго-Восточный р-н	**823,2**	**740,0**	**749,4**	**678,3**	**649,2**	-21,1
Закамский р-н	379,9	468,3	401,3	367,8	403,3	6,2
Предкамский р-н	553,8	585,7	538,4	497,8	463,2	-16,4
Предволжский р-н	353,8	359,6	332,3	303,0	275,4	-22,2

Требуют внимания Северо-Западный и Закамский регионы, в которых заболеваемость новорожденных выросла на 14,8% и 6,2%, соответственно.

Дети первого года жизни. Заболеваемость детей в возрасте 0-1 года в РТ за период 2001-2012 гг. снизилась незначительно – с 2284,7 до 2136,7 на 1000 детей, достигших одного года жизни (на 6,5%) (рис. 3.7). Несмотря на это, общая тенденция имеет достоверный характер, при моделировании трендов был получен высокий R^2 – 0,637.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
всего	2284,7	2322,6	2371,1	2266,6	2251,1	2199,9	2272,2	2231,7	2262,3	2186,6	2203,0	2136,7
город	2635,5	2582,0	2626,0	2505,5	2561,5	2511,3	2439,8	2410,3	2423,9	2303,5	2339,5	2231,4
село	1423,2	1606,9	1616,2	1508,1	1302,0	1230,8	1628,4	1524,3	1623,1	1668,3	1569,1	1680,1

Рис. 3.7. Заболеваемость детей первого года жизни в городской и сельской местности в РТ (на 1000 детей, достигших одного года жизни)

Уровень заболеваемости детей первого года жизни, проживающих в городской местности, в 1,5-2 раза выше, чем в сельской. При этом, за анализируемый период у городских детей данного возраста заболеваемость снизилась на 15,3%, у сельских – повысилась 18,1%. В результате этого в 2012 г. разрыв между этими показателями сократился и составил превышение в городе всего в 1,3 раза. Однако, если в первом случае данные тенденции имели достоверный характер - R^2 =0,637, то в последнем нет - R^2 =0,154. Показатели заболеваемости детей первого года жизни, проживающих в сельской местности, значительно колебались по годам (от 1230,8 в 2006 г. до 1680,1 в 2012 г.), это привело к тому, что общая тенденция к его

снижению не была достоверной.

За период 2001-2012 гг. снизилась заболеваемость детей первого года жизни болезнями нервной системы (62,4%), инфекционными и паразитарными болезнями (на 40,9%), болезнями эндокринной системы (на 37,8%), уха и сосцевидного отростка (36,5%) (Приложение 1, табл. 2).

Менее значительно снизилась заболеваемость болезнями крови (на 12,4%), органов пищеварения (на 8,2%), травмами и отравлениями (на 6,5%) и болезнями органов дыхания (на 6,1%). Положительная динамика была отмечена в заболеваемости такими нозологическими формами как рахит (снижение на 87,1%), кишечные инфекции (на 38,8%) и анемии (на 16,4%).

Вместе с этим, отмечается рост заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата (на 33,9%), мочеполовой системы (на 28,1%), отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, (на 18,7%) и врожденными аномалиями (на 13,2%).

Структура заболеваемости детей данного возраста за прошедший период практически не изменилась. В 2012 г. на первых ранговых местах находятся болезни органов дыхания (45,4%), перинатальные заболевания (23,5%), болезни крови и кроветворных органов (анемии) (7%), органов пищеварения и нервной системы (по 3,5%), (рис. 3.8).

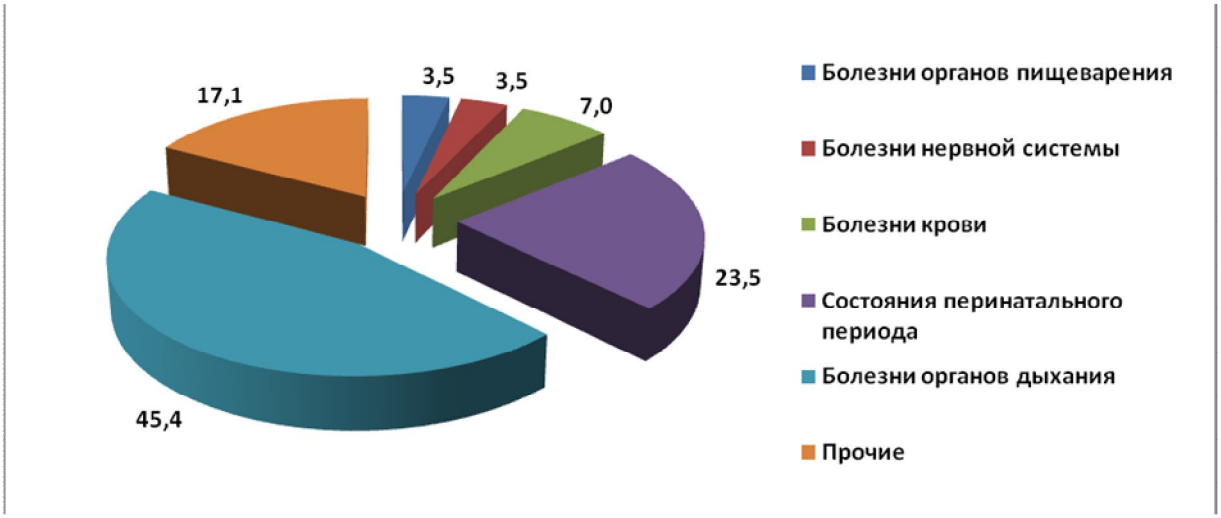


Рис. 3.8. Структура заболеваемости детей до1 года жизни в РТ, 2012 г. (%)

Заболеваемость детей первого года жизни выше, чем Республике в целом, постоянно отмечается в Казани, Набережных Челнах и Юго-Восточном регионе (табл. 3.5).

Таблица 3.5

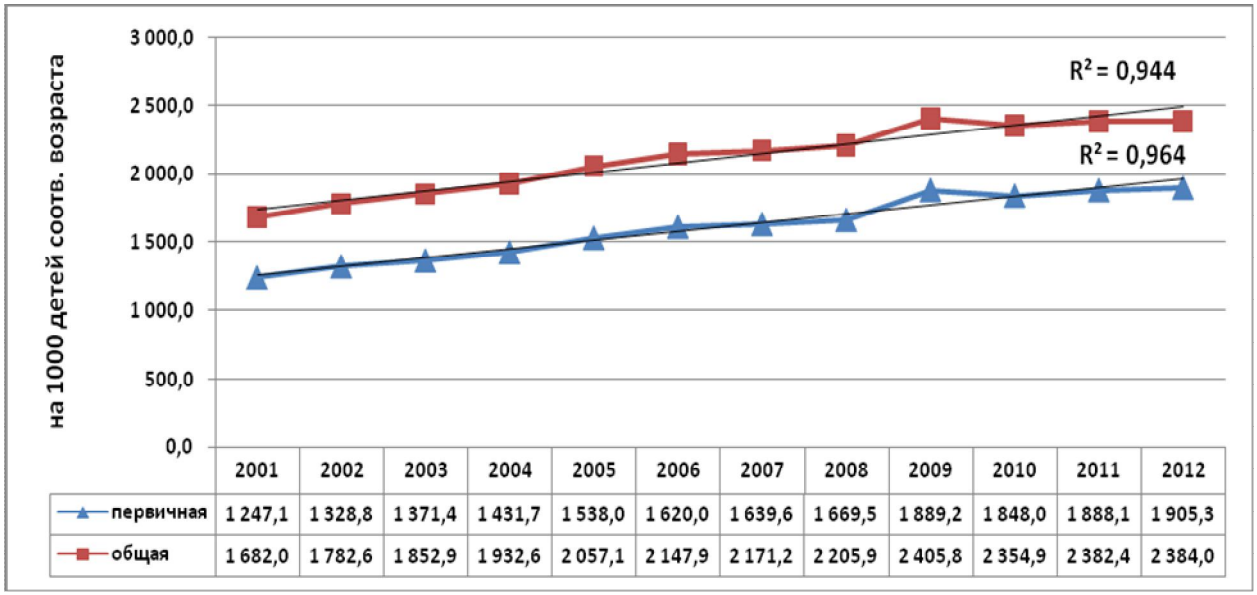
Заболеваемость детей первого года жизни в регионах РТ (на 1000 детей, достигших одного года жизни)

Регионы РТ	годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	2284,7	2199,9	2231,7	2186,6	2136,7	-6,5
Казань	**2661,2**	**2600,7**	**2527,3**	**2490,7**	**2310,4**	-13,2
Набережные Челны	**3349,5**	**2648,7**	**2620,7**	**2289,4**	**2308,8**	-31,1
Северо-Западный р-н	1620,0	1876,4	2088,6	1743,1	1962,5	21,1
Северо-Восточный р-н	2089,8	1969,2	1976,3	1807,0	1879,5	-10,1
Юго-Восточный р-н	**2462,9**	**2294,8**	**2318,7**	**2416,1**	**2283,4**	-7,3
Закамский р-н	1565,6	1439,9	1766,3	1928,9	1834,6	17,2
Предкамский р-н	1394,0	1527,8	1493,7	1889,8	1900,3	36,3
Предволжский р-н	1461,4	1317,1	1419,9	1829,0	1560,5	6,8

За период 2001-2012 гг. положительные тенденции в ее уровне регистрировались в Казани (снижение на 13,2%), Набережных челны (на 31,1%), Северо-Восточном (на 10,1%) и Юго-Восточном (на 7,3%) регионах. В остальных территориях этот показатель повышался. Особенно неблагополучным в этом отношении оказался Предкамский регион, в котором уровень заболеваемости хотя и ниже, чем в РТ, однако он постоянно растет и за анализируемый период повысился на 36,3%.

Дети в возрасте 0-14 лет. В возрасте 0-14 лет отмечался значительный рост как первичной, так и общей заболеваемости. Так, за период 2001-2012 гг. заболеваемость, установленная впервые, увеличилась с 1247,1 до 1905,3 (на 52,8%), а общая - с 1682,0 до 2384,0 на 1000 населения соответствующего возраста (на 41,7%) (рис. 3.9). При этом, коэффициенты аппроксимации были

очень высокими и приближались к 1,0 – 0,964 и 0,944, соответственно, что свидетельствовало о значительной интенсивности процесса. Следует отметить, что рост заболеваемости детей данной возрастной группы происходил поступательно, и только начиная с 2009 г. несколько замедлился, что, возможно связано с начавшейся модернизацией здравоохранения.

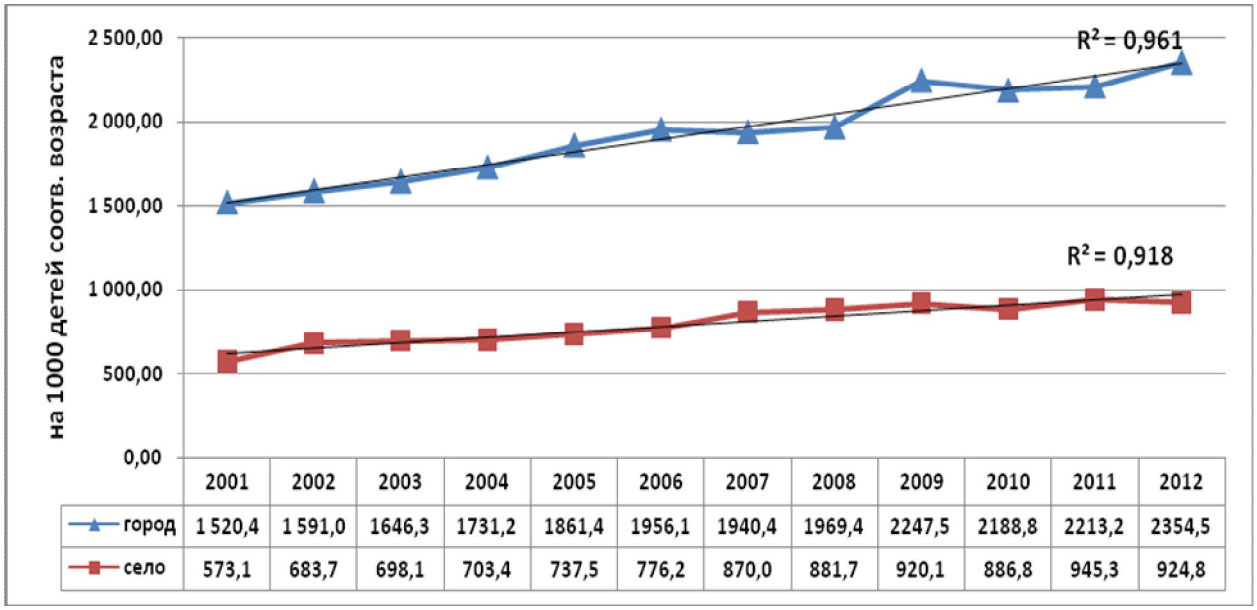


	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
первичная	1 247,1	1 328,8	1 371,4	1 431,7	1 538,0	1 620,0	1 639,6	1 669,5	1 889,2	1 848,0	1 888,1	1 905,3
общая	1 682,0	1 782,6	1 852,9	1 932,6	2 057,1	2 147,9	2 171,2	2 205,9	2 405,8	2 354,9	2 382,4	2 384,0

Рис. 3.9. Первичная и общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

Наиболее высокий уровень заболеваемости был зафиксирован у городских детей, который в 2,2-2,7 раза превышал таковой у сельских детей. Первичная заболеваемость детей в возрасте до 14 лет включительно за анализируемый период в городе выросла на 54,9% (с 1520,4 до 2354,5 на 1000 населения соответствующего возраста), в селе - на 61,4% (с 573,1 до 924,8) (рис. 3.10). Коэффициенты аппроксимации были также очень высокими и приближались к 1,0 – 0,961 в городе и 0,918 в селе. С 2009 г. несколько стабилизировалась первичная заболеваемость детей из сельской местности, что привело к увеличению разрыва между ее показателями в городе и селе.

Аналогичная тенденция отмечалась в отношении общей заболеваемости: у детей, проживающих в городской местности, она увеличилась на 42,7%; у сельских детей – на 57,5%.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
город	1 520,4	1 591,0	1646,3	1731,2	1861,4	1956,1	1940,4	1969,4	2247,5	2188,8	2213,2	2354,5
село	573,1	683,7	698,1	703,4	737,5	776,2	870,0	881,7	920,1	886,8	945,3	924,8

Рис. 3.10. Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в городе и селе в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

Анализ динамики первичной заболеваемости по классам болезней показал, что ее рост произошел практически по всем из них. Исключение составила заболеваемость болезнями нервной системы, состояниями перинатального периода, психическими расстройствами и инфекционными болезнями, уровень которых за указанный период снизился на 18,7%, 10,3%, 9,1% и 6%, соответственно (Приложение 1, табл. 3).

В РТ растет заболеваемость новообразованиями (115%), болезнями кожи и подкожной клетчатки (95,2%), болезнями крови (88,3%), костно-мышечной системы (80,3%), мочеполовой системы (78%) и органов пищеварения (75,1%). О неблагоприятной ситуации в республике свидетельствует увеличение числа случаев болезней системы кровообращения (64,8%), органов дыхания (58,1%), врожденных аномалий (в 2,3 раза), травм и отравлений (17,7%).

Отмечается увеличение впервые выявленных случаев заболеваемости, относящихся к классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (почти в 5 раз), что объясняется, с

одной стороны дефектами диагностики и недоступностью высокоспециализированной медицинской помощи, а с другой - дефектами регистрации заболеваний.

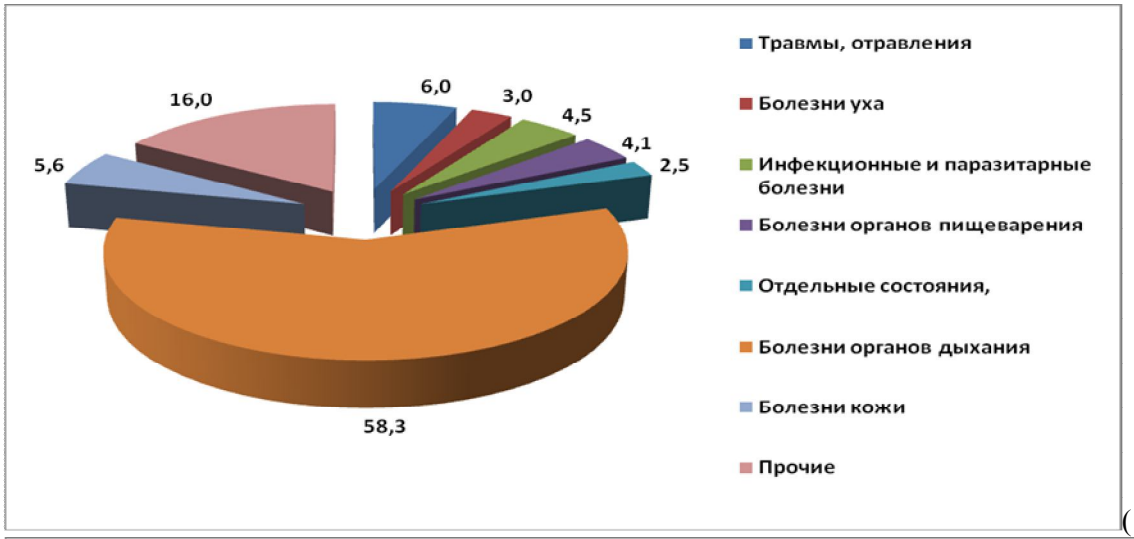
Рост первичной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет не мог не сказаться на динамике показателей общей заболеваемости. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей данного возраста связаны с накоплением хронической патологии по тем же классам болезней, что и при первичной заболеваемости. Так, за анализируемый период заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки увеличилась на 77,8%, крови – на 67,4%, костно-мышечной системы - на 61,4%, новообразованиями - на 59,4%, врожденными аномалиями развития – на 56,9%, болезнями органов дыхания - на 54,5%, системы кровообращения – на 35,7% (Приложение 1, табл. 4). Кроме того, увеличивается заболеваемость в связи болезнями органов пищеварения (268,2%), мочеполовой системы (24,1%), уха и его придаточного аппарата (26,2%), травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин (на 17,6%).

Особого внимания заслуживает класс болезней «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Неуклонное нарастание данных отклонений, которые за анализируемый период увеличились в 9 раз, свидетельствует о том, что повышение диагностических возможностей позволяет регистрировать все большее число случаев указанных отклонений, которые в дальнейшем никак не интерпретируются врачами и не используются для верификации диагноза.

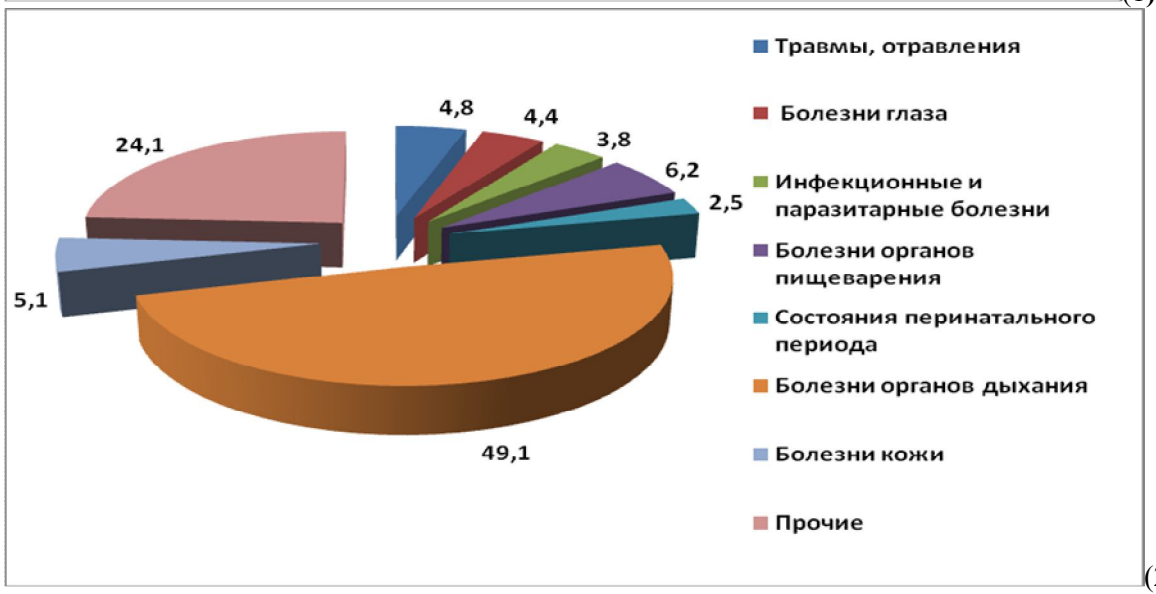
Снижение общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет отмечалось по 4-м классам болезней и, в основном, было небольшим. Значительно снизилась заболеваемость детей в связи с болезнями нервной системы – на 21,2%. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения сократилась на 12,6%, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, - на 10,3%, инфекционными и паразитарными

болезнями - на 7,2%.

В связи с тем, что накопление груза хронической патологии происходит неравномерно, поэтому структура общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет несколько отличается от структуры их первичной заболеваемости. Так, в 2012 первые ранговые места занимали болезни органов дыхания (58,3%), травмы и отравления (6%), кожи и подкожно-жировой клетчатки (5,6%) и инфекционные заболевания (4,5%) (рис. 3.11).



(1)



(2)

Рис. 3.11. Структура первичной (1) и общей (2) заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет в РТ, 2012 г. (%)

В отличие от заболеваний, выявленных впервые в жизни, ранговое расположение болезней при общей заболеваемости было следующим:

болезни органов дыхания (49,1%), пищеварения (6,2%), кожи и подкожно-жировой клетчатки (5,1%), травмы и отравления (4,8%).

Особенно неблагополучными в этом отношении были Предкамский, Северо-Восточный и Закамский регионы, в которых уровень первичной заболеваемости значительно вырос по сравнению с 2001 г. – на 90,8%, 87,8% и 85,5%, соответственно (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в регионах РТ

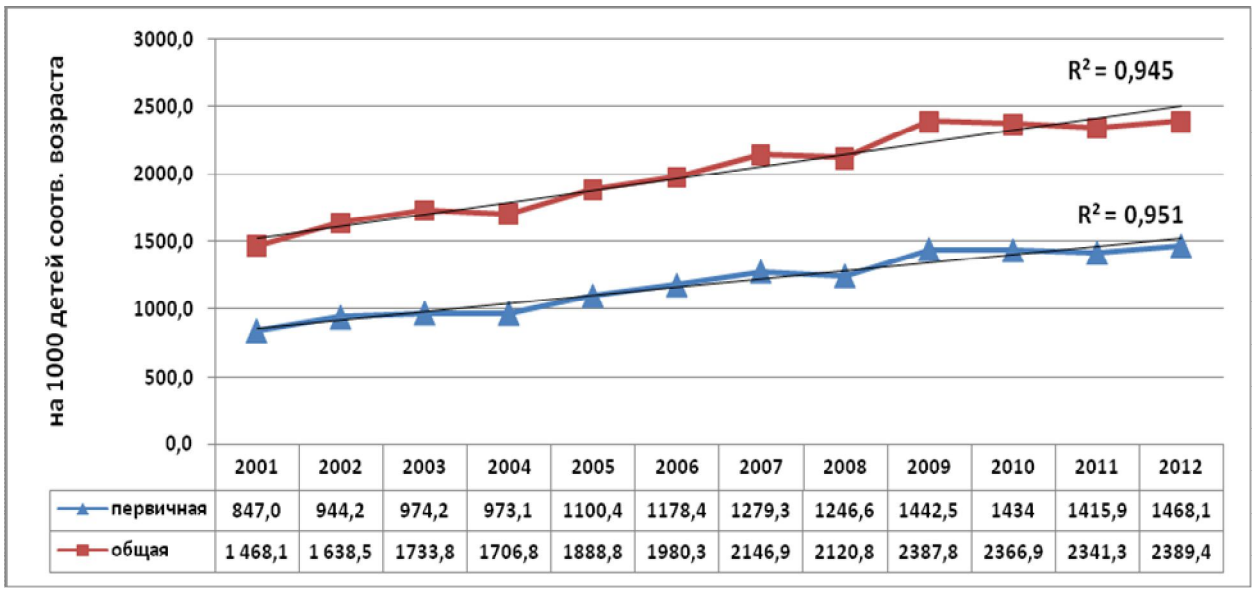
(на 1000 населения соответствующего возраста)

Регионы РТ	годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
	Первичная заболеваемость					
Республика Татарстан	1247,1	1620,0	1669,5	1848,0	1905,3	52,8
Казань	**1871,7**	**2165,0**	**2101,3**	**2439,0**	**2491,2**	33,1
Набережные Челны	**1489,9**	**1896,7**	**1831,5**	**2084,8**	**2158,1**	44,8
Северо-Западный р-н	1037,8	1481,2	1515,1	1470,0	1511,5	45,6
Северо-Восточный р-н	1066,6	1637,0	**1784,7**	**1914,0**	**2002,6**	87,8
Юго-Восточный р-н	1110,2	1422,0	1525,3	1610,6	1627,4	46,6
Закамский р-н	680,9	912,4	1080,9	1159,7	1263,3	85,5
Предкамский р-н	622,7	953,7	923,9	1256,7	1188,2	90,8
Предволжский р-н	567,2	700,5	752,3	740,0	694,3	22,4
	Общая заболеваемость					
Республика Татарстан	1682,0	2147,9	2205,9	2354,9	2384	41,7
Казань	**2558,7**	**2889,3**	**2820,0**	**3145,6**	**3139,6**	22,7
Набережные Челны	**1978,7**	**2445,9**	**2364,3**	**2497,4**	**2547,2**	28,7
Северо-Западный р-н	1452,8	1926,7	1928,6	1871,1	1957,6	34,7
Северо-Восточный р-н	1390,7	2118,2	2253,6	2370,3	2375,8	70,8
Юго-Восточный р-н	1474,7	1866,2	2033,8	2023,9	2026,6	37,4
Закамский р-н	918,4	1229,2	1432,1	1609,7	1703,8	85,5
Предкамский р-н	895,8	1474,4	1362,5	1737,1	1727,8	92,9
Предволжский р-н	761,6	1010,6	1155,3	1176,5	1145,5	50,4

Аналогичная ситуация отмечалась в отношении динамики общей

заболеваемости. Выше, чем в РТ в целом ее показатели регистрировались в Казани и Набережных Челны, а высокие темпы прироста имели место также в Предкамском, Закамском и Северо-Восточном регионах – 92,9%, 85,5% и 70,8%.

Подростки в возрасте 15-17 лет. Уровень первичной и общей заболеваемости подростков был ниже, чем у детей в возрасте 0-14 лет, однако, также характеризовался неуклонным ростом. За период 2001-2012 гг. первичная заболеваемость увеличилась на 73,3% (с 847,0 до 1468,1 на 1000 населения соответствующего возраста), общая – на 62,8% (с 1468,1 до 2389) (рис.3.12). Коэффициенты аппроксимации были очень высокими – 0,951 и 0,945, соответственно. Процесс роста первичной и общей заболеваемости проходил равномерно, вместе с этим разрыв между ними в последние годы увеличился.

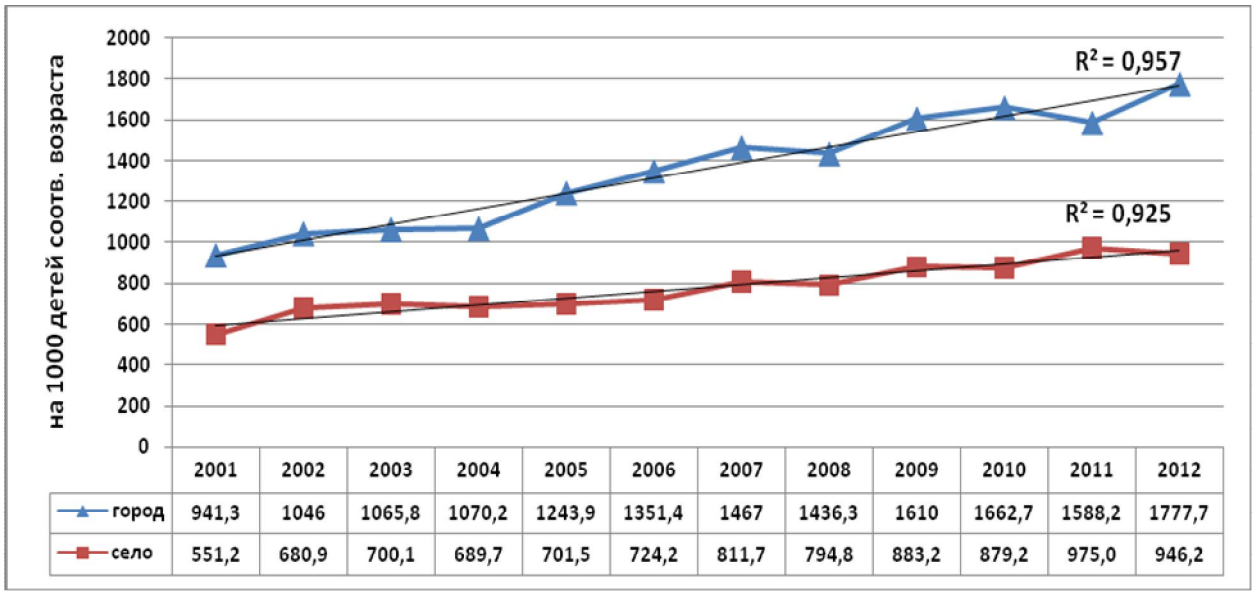


	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
первичная	847,0	944,2	974,2	973,1	1100,4	1178,4	1279,3	1246,6	1442,5	1434	1415,9	1468,1
общая	1 468,1	1 638,5	1733,8	1706,8	1888,8	1980,3	2146,9	2120,8	2387,8	2366,9	2341,3	2389,4

Рис. 3.12. Первичная и общая заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

Анализ заболеваемости подростков показал, что в городе ее показатели в 1,5-1,9 раза выше, чем в селе. К 2012 г. по сравнению с 2001 г. первичная заболеваемость у городских подростков увеличилась на 88,9% (с 941,3 до

1777,7 на 1000 населения соответствующего возраста), у сельских – на 71,7% (с 551,2 до 946,2) (рис. 3.13). При этом, в сельской местности в отличие от города, в последние годы отмечается стабилизация показателей заболеваемости подростков. В связи с этим разрыв между ними увеличился, а коэффициент аппроксимации в городе несколько выше, чем в селе – 0,957 против 0,925.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
город	941,3	1046	1065,8	1070,2	1243,9	1351,4	1467	1436,3	1610	1662,7	1588,2	1777,7
село	551,2	680,9	700,1	689,7	701,5	724,2	811,7	794,8	883,2	879,2	975,0	946,2

Рис. 3.13. Первичная заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в городе и селе в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

Аналогичные тенденции наблюдаются в динамике общей заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет. У городских подростков ее показатели выросли на 72,5%, у сельских – на 82%. Уровень общей заболеваемости подростков, проживающих в городе, в среднем превышает таковой среди сельских подростков в 1,7 раза.

Заболеваемость подростков, установленная впервые в жизни, увеличилась почти по всем классам болезней, кроме психических расстройств, частота которых сократилась на 49,4% и инфекционных заболеваний, находящихся на одном уровне (Приложение 1, табл. 5).

Неблагополучная ситуация отмечается в отношении частоты случаев

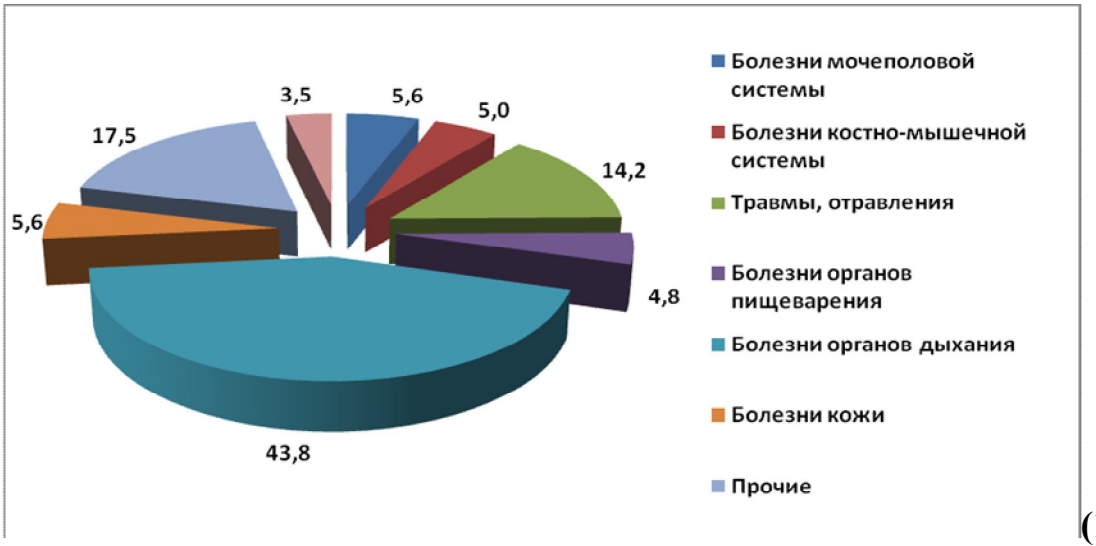
новообразований (увеличение на 105,6%), болезней мочеполовой системы (на 104,7%), травм и отравлений (на 99%), болезней костно-мышечной системы (на 97%), органов дыхания (на 74,7%), кожи и подкожной клетчатки (на 67,5%), врожденных аномалий (на 66,7%), болезней системы кровообращения (на 66,5%) пищеварения (на 63,7%). Первичная заболеваемость по другим классам болезней увеличилась более, чем на 16%.

Особо следует отметить увеличение случаев заболеваний в связи с беременностью и родами (на 16,4%) и нарушений, относящихся к классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (в 6,9 раз).

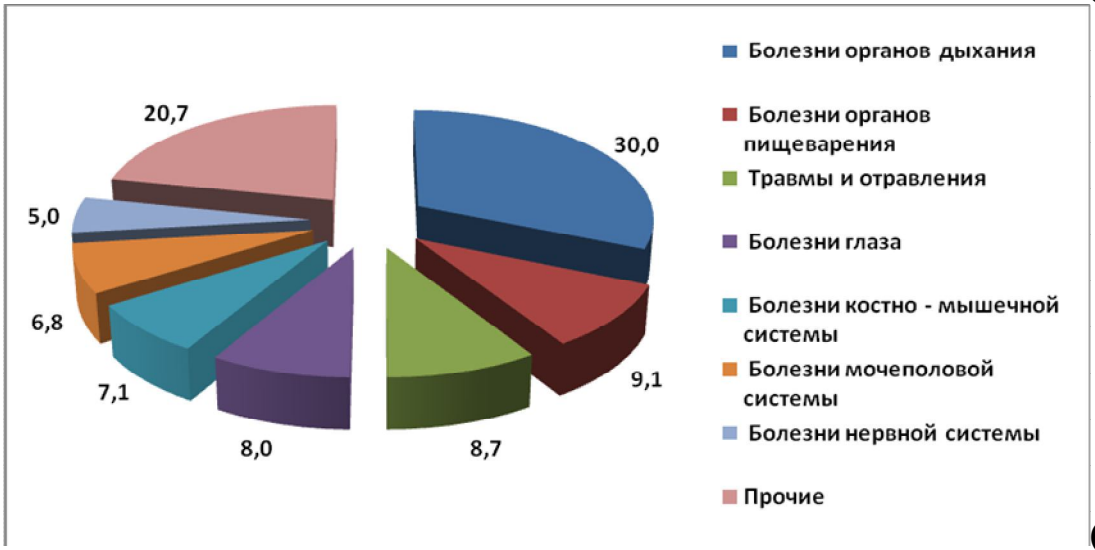
Повышение первичной заболеваемости у подростков повлекло за собой повышение и общей заболеваемости по тем же классам (Приложение 1, табл. 6). Снизилась только частота инфекционных заболеваний (на 6,7%) и психических расстройств (на 5,1%).

Первые ранговые места в структуре первичной заболеваемости подростков занимают болезни органов дыхания (43,8%), травмы и отравления (14,2%), болезни мочеполовой системы (5,6%), кожи и подкожной клетчатки (5,6%). Структура общей заболеваемости несколько иная, на первом месте болезни органов дыхания (30%), далее органов пищеварения (9,1%), травмы и отравления (8,7%), болезни глаза и его придаточного аппарата (8%), костно-мышечной системы (7,1%) (рис. 3.14). Тревожным является тот факт, что при первичной заболеваемости на втором месте, а при общей заболеваемости на третьем месте находятся травмы и отравления.

Анализ заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет показал, что высокая (выше, чем в РТ в целом) и первичная и общая заболеваемость постоянно имеют место в Казани и в Набережных Челнах. В других регионах эти показатели хотя и ниже республиканских, но за период 2001-2012 гг. значительно увеличились.



(1)



(2)

Рис. 3. 14. Структура первичной (1) и общей (2) заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет в РТ, 2012 г. (%)

Наиболее неблагоприятными в этом отношении являются Закамский, Предкамский и Предволжский регионы, в которых первичная заболеваемость повысилась на 150,1%, 119,7% и 96,9%, а общая – на 152,3%, 120,9% и 130,6%, соответственно (табл. 3.7).

Следует отметить, что с возрастом первичная заболеваемость детей снижается (в 2012 г. 1905,3 у детей, 1468,1 у подростков на 1000 населения соответствующего возраста), а общая находится на одном уровне – 2384,0 и 2389,4 соответственно (Приложение 1, табл. 7).

Таблица 3.7

Заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в регионах РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
	Первичная заболеваемость					
Республика Татарстан	847,0	1178,4	1246,6	1434,0	1468,1	73,3
Казань	**1128,3**	**1541,0**	**1511,1**	**1869,2**	**1943,0**	72,2
Набережные Челны	842,7	**1242,5**	**1529,8**	**1640,7**	**1580,0**	87,5
Северо-Западный р-н	830,8	1126	1185,6	1225,8	1254,3	51,0
Северо-Восточный р-н	806,5	1184,7	1212,4	1374,6	1393,8	72,8
Юго-Восточный р-н	741,7	961,3	1047,5	1135,4	1157,4	56,0
Закамский р-н	568,0	800,7	930,6	1203,1	1420,3	150,1
Предкамский р-н	497,9	834,0	741,4	1024,7	1094,0	119,7
Предволжский р-н	469,7	713,8	1019,4	1006,6	925,0	96,9
	Общая заболеваемость					
Республика Татарстан	1468,1	1980,3	2120,8	2366,9	2389,4	62,8
Казань	**2003,0**	**2661,5**	**2663,2**	**3092,3**	**3138,6**	56,7
Набережные Челны	**1597,8**	**2095,0**	**2416,4**	**2409,5**	**2266,2**	41,8
Северо-Западный р-н	1428,0	1853,2	1987,7	2135,6	2210,9	54,8
Северо-Восточный р-н	1240,0	1856,7	2051,0	2269,6	2162,3	74,4
Юго-Восточный р-н	1271,5	1634,5	1810,7	1937,0	1997,1	57,1
Закамский р-н	920,2	1321,9	1495,5	1936,2	2322,0	152,3
Предкамский р-н	934,6	1546,2	1394,9	1868,1	2064,6	120,9
Предволжский р-н	739,0	1142,9	1641,9	1817,8	1704,4	130,6

Однако ряд заболеваний в подростковом возрасте более распространены, чем у детей. При первичной заболеваемости это болезни эндокринной, нервной, костно-мышечной и мочеполовой системы, осложнения беременности и родов, травмы и отравления, при общей кроме этого – психические расстройства, болезни глаза и органов пищеварения.

Общая накопленная и исчерпанная заболеваемость детского населения. Для получения объективных характеристик показателей заболеваемости необходимо избежать недоучета редко встречающихся патологических состояний, когда заболевание ребенка не требует частых обращений в ЛПУ, а также нозологических форм тех подростков, которые в силу возраста и действующего законодательства переводятся на медицинское обслуживание из педиатрической сети в терапевтическую по достижению ими 18 лет.

Проведение сравнительного анализа показателей заболеваемости по данным официальной статистики, электронных баз АПУ и углубленных медицинских осмотров пациентов, отобранных при формировании репрезентативной выборки, показало, что у детей в возрасте 0-14 лет уровни первичной и общей заболеваемости по данным официальной статистики были незначительно ($p<0,05$) выше таковых, полученных из электронных баз АПУ. Исключением явился класс «Беременность, роды и послеродовой период», в котором все показатели были одинаковы (0,3‰). Однако среди подростков в возрасте 15-17 лет отмечена обратная картина – недостоверное превышение данных электронных баз над показателями официальной статистики (Приложение 1, табл. 8, 9).

Следует отметить, что распределение ранговых мест по классам заболеваний совпадало независимо от источника получения сведений о заболеваемости. Вышеуказанные различия показателей, можно объяснить, с одной стороны, более тщательной регистрацией в ЛПУ информации о подростках в связи с первоначальной постановкой юношей на воинский учет, с усилением в регионе работы по медико-социальному сопровождению и профессиональной ориентации подростков. С другой стороны, возможны ми недостатками при оформлении медицинской документации детей в возрасте 0-14 лет в силу многочисленности данной возрастной группы пациентов на фоне кадрового дефицита АПУ.

Установлено, что уровни накопленной заболеваемости превышали

общую заболеваемость в 1,7 раза среди детей в возрасте 0-14 лет и в 1,9 раза среди подростков в возрасте 15-17 лет. Столь значительные различия были обусловлены более чем двукратным превышением показателей накопленной заболеваемости над уровнем общей заболеваемости в возрастной группе 0-14 лет – новообразованиями, болезнями крови и кроветворных органов, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, органов пищеварения, мочеполовой системы, перинатальными состояниями, врожденными аномалиями. Среди подростков в возрасте 15-17 лет превышения отмечались при новообразованиях, психических расстройствах и расстройствах поведения, болезнях нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани и врожденных аномалиях.

Значительное накопление патологии в возрастной группе 0-14 лет произошло за счет анемии (94‰ накопленная заболеваемость против 41‰ общая заболеваемость), эпизодических и пароксизмальных расстройств (27‰ против 12‰, соответственно), эпилепсии (13‰ против 5‰), болезней мышц глаза, нарушений аккомодации и рефракции (150‰ против 61‰), болезней среднего уха и сосцевидного отростка (94‰ против 40‰), желчного пузыря и желчевыводящих путей (115‰ против 49‰), расстройств менструаций (8‰ против 3‰), врожденных аномалий системы кровообращения (45‰ против 16‰) и женских половых органов (7‰ против 1‰)

У подростков в возрасте 15-17 лет имело место накопление таких заболеваний, как эпизодические и пароксизмальные расстройства (77‰ против 24‰), эпилепсия (18‰ против 7‰), церебральный паралич и другие паралитические синдромы (14‰ против 4‰), болезни мышц глаза, нарушения аккомодации и рефракции (524‰ против 145‰), миопия (298‰ против 98‰), астигматизм (40‰ против 16‰), кардиомиопатия (39‰ против 3‰), другие болезни сердца (158‰ против 54‰), гастрит и дуоденит (322‰ против 103‰), болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (219‰

против 69‰), врожденные аномалии системы кровообращения (49‰ против 13‰).

Проведенное исследование показало, что уровень исчерпанной заболеваемости составлял у детей 0-14 лет 4545,8‰ и превышал накопленную заболеваемость на 16%; у подростков же на фоне 18%-го превышения изучаемый показатель имел значение 5610,9‰. В обеих группах при углубленных медицинских осмотрах чаще выявлялась патология системы кровообращения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, врожденные аномалии.

Кроме этого, у детей в возрасте 0-14 лет чаще обнаруживались заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, а у подростков 15-17 лет – новообразования. В возрастной группе 0-14 лет отмечался рост заболеваемости болезнями щитовидной железы с 7,4‰ до 11,4‰, нарушениями проводимости с 8,5‰ до 12,2‰, кардиомиопатиями с 11,8‰ до 23,6‰, другими болезнями сердца с 45,4‰ до 75,9‰, деформирующими дорсопатиями с 6,7‰ до 15,2‰, остеопатиями и хондропатиями с 6,9‰ до 10,2‰, артропатиями с 69,5‰ до 105,6‰, врожденными аномалиями системы кровообращения с 44,7‰ до 77,9‰. В группе подростков 15-17 лет имел место значимый рост заболеваемости новообразованиями с 14,3‰ до 19,7‰, в т.ч. злокачественными новообразованиями с 1,96‰ до 3,36‰, болезнями щитовидной железы с 29,7‰ до 42,5‰, сахарным диабетом с 2,8‰ до 5,5‰, ожирением с 28,6‰ до 37,4‰, ‰, кардиомиопатиями с 38,6‰ до 56,2‰, другими болезнями сердца с 157,6‰ до 234,2‰, врожденными аномалиями системы кровообращения с 49,4‰ до 74,6‰.

Таким образом, общая и первичная заболеваемость детей и подростков увеличивается, однако в последние годы наметилась стабилизация данного процесса, что возможно связано с активным проведением модернизации детского здравоохранения РТ. Уровень заболеваемости детского населения выше в городской местности и у детей выше, чем у подростков. Вместе с

этим, важно отметить положительные тенденции в заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни, особенно среди проживающих в городских условиях.

У детей в возрасте 0-14 лет и у подростков 15-17 лет отмечался рост как первичной, так и общей заболеваемости, практически по всем классам болезней. При этом следует обратить внимание на продолжающийся рост и в период стабилизации общей заболеваемости в возрастной группе 0-14 лет случаев первичной заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов, системы кровообращения, кожи и подкожной клетчатки и врожденных аномалий, а в возрастной группе 15-17 лет – болезнями органов дыхания, мочеполовой системы, травм и отравлений.

Первые ранговые места (исключая болезни органов дыхания) в общей заболеваемости у детей стали занимать болезни органов пищеварения, кожи и подкожно-жировой клетчатки, травмы и отравления, у подростков – болезни органов пищеварения, травмы и отравления, болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Региональными особенностями заболеваемости детского населения РТ являются высокий ее уровень у новорожденных в Северо-Восточном и Юго-Восточном районах и у детей первого года жизни и старше в крупных городах – г. Казани и г. Набережные-Челны.

Результаты, полученные в ходе изучения накопленной и исчерпанной заболеваемости, свидетельствуют о неуклонном росте числа остро возникших заболеваний, высоком «грузе» хронической патологии детского населения, сформировавшейся тенденции ухудшения состояния здоровья подрастающего поколения и недоучете показателей заболеваемости ЛПУ региона. Особого внимания требуют те классы болезней и нозологические формы, по которым было обнаружено значительное накопление груза патологии, и которые ранее не были зафиксированы по различным причинам при углубленных медицинских осмотрах. К ним относятся: врожденные аномалии (прежде всего, системы кровообращения) у всех детей, а среди

подростков, кроме того, новообразования и болезни системы кровообращения с учетом внутриклассовой детализации в виде кардиомиопатий и других болезней сердца.

3.2.2. Инвалидность

Важный индикатор состояния здоровья детей - уровень детской инвалидности. По данным 2012 г., в РТ инвалидами являются 14,1 тыс. детей в возрасте до 17 лет включительно, их количество за последние 5 лет уменьшилось на 2 тыс. человек. Показатель инвалидности в 2012 г. составил 193 на 10 000 детского населения соответствующего возраста и за анализируемый период повысился всего на 4,4% (187,7% в 2001 г.) (рис. 3.15).

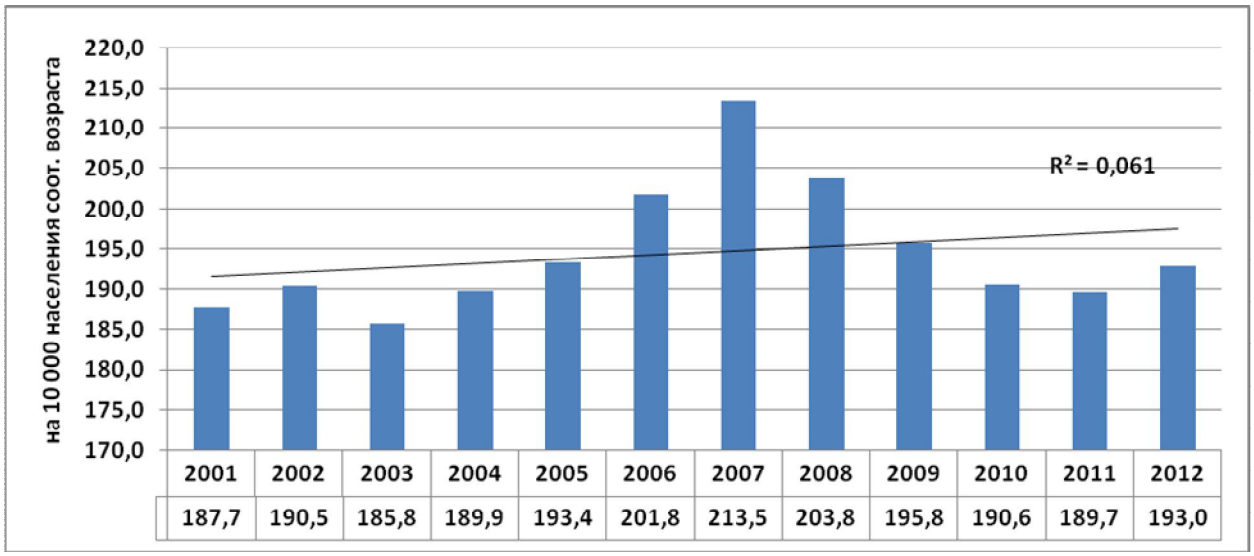
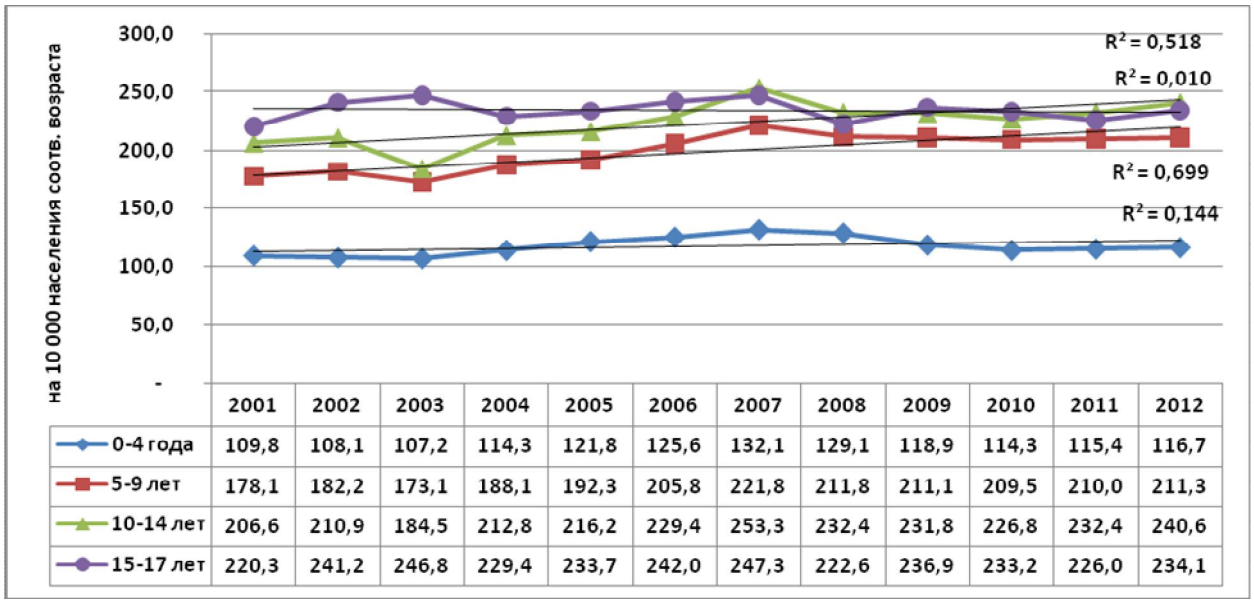


Рис. 3. 15. Общая детская инвалидность (0-17 лет) в РТ (на 10 000 детского населения)

Начиная с середины 2000 годов отмечается постоянное снижение как абсолютного числа детей-инвалидов, так и уровня общей детской инвалидности. В 2010-2012 гг. этот процесс приостановился. Моделирование трендов показало, что в связи с колебаниями показателя детской инвалидности по годам общее направление процесса не имеет тенденции к

снижению, коэффициент аппроксимации составил 0,061.

Однако, анализ динамики показателей инвалидности по возрастным группам показал, что они различны. Так, в возрастной группе 0-4 года к 2012 г. уровень инвалидности повысился на 6,3% (с 109,8 до 116,7), а при моделировании трендов общая тенденция к увеличению не имела достоверный характер – R^2=0,144 (рис. 3.16). Среди детей в возрасте 5-9 лет распространенность инвалидности увеличилась на 18,6% (с 178,1 до 211,3). Указанная тенденция имеет достоверный характер - R^2=0,699. Показатель инвалидности в возрастной группе 10-14 лет повысился с 206,6 до 240,6 (на 16,5%) на 10 000 детского населения и коэффициент аппроксимации также был высоким – 0,518. Недостоверной оказалась тенденция к росту распространенности инвалидности у подростков в возрасте 15-17 лет с 220,3 до 234,1 (на 6,3%) - R^2=0,010. Следует отметить, что почти во все годы прослеживалась тенденция к повышению показателя распространенности инвалидности с возрастом.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0-4 года	109,8	108,1	107,2	114,3	121,8	125,6	132,1	129,1	118,9	114,3	115,4	116,7
5-9 лет	178,1	182,2	173,1	188,1	192,3	205,8	221,8	211,8	211,1	209,5	210,0	211,3
10-14 лет	206,6	210,9	184,5	212,8	216,2	229,4	253,3	232,4	231,8	226,8	232,4	240,6
15-17 лет	220,3	241,2	246,8	229,4	233,7	242,0	247,3	222,6	236,9	233,2	226,0	234,1

Рис. 3. 16. Общая детская инвалидность (0-17 лет) в РТ (на 10 000 детского населения)

Такие разнонаправленные тенденции привели к некоторым изменениям

возрастной структуры детской инвалидности: к 2012 г. по сравнению с 2001 г. увеличилась доля детей в возрасте 0-4 года (с 11,6% до 19%) и 5-9 лет (с 23% до 28,7%), сократилась доля подростков 10-14 и 15-17 лет с 39,7% до 31,7% и с 25,7% до 20,7%, соответственно.

Анализ показал значительное снижение случаев инвалидности детей, обусловленной травмами и отравлениями - на 63,2%, болезнями кожи и подкожной клетчатки – на 52,9%, мочеполовой системы - на 46,6%, системы кровообращения – на 39,5%, органов дыхания - на 31,1%, костно-мышечной системы – на 23,1%, глаза – на 22,9% (Приложение 1, табл. 10).

Несмотря на положительную динамику общей инвалидности, по ряду основных классов болезней отмечено повышение показателей распространенности. За период 2001-2012 гг. произошло увеличение распространенности инвалидности у детей, обусловленной болезнями эндокринной системы (на 34,7%), нервной системы (на 26,7%), психическими расстройствами и расстройствами поведения (на 21,2%), врожденными аномалиями (на 8,2%) и болезнями органов пищеварения (на 7,8%).

Вместе с этим, структура причин детской инвалидности остается неизменной. В отдельные годы имело место небольшое перемещение различных причин по ранговым местам. В целом по РТ стабильно лидируют в структуре инвалидности у детей болезни нервной системы (в 2012 г. 26,6%), психические расстройства и расстройства поведения (22,5%) и врожденные аномалии развития (18,5%) (рис. 3.17), на которые приходится от 60 до 70% в разные годы.

Группа инфекционных и соматических болезней занимает место, конкурирующее с психическими расстройствами и болезнями нервной системы. Среди соматической патологии наиболее значимыми в формировании инвалидности у детей являются болезни глаза (в 2012 г. 6,8%), эндокринной системы (сахарный диабет) (6,6%), уха (3,9%), новообразования (3,1%) и болезни костно-мышечной системы (2,9%).

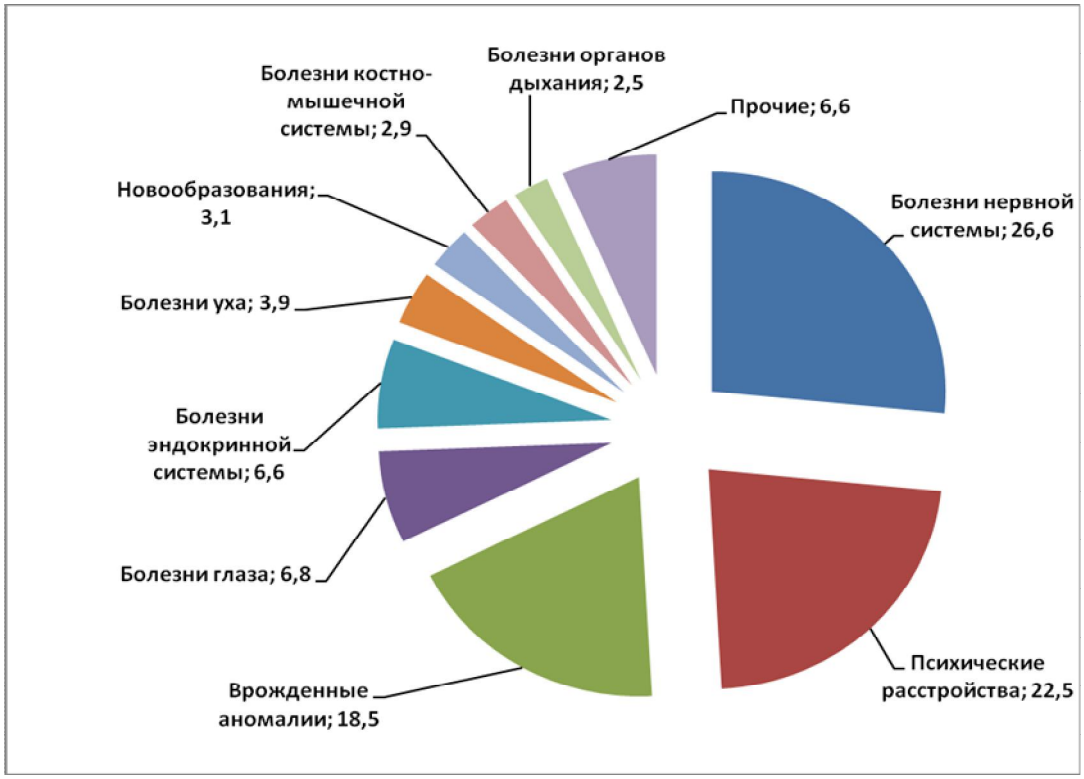


Рис. 3.17. Структура причин детской инвалидности (0-17 лет) по обусловившему заболеванию, в РТ, 2012 г. (%)

Не изменилась гендерная структура детской инвалидности (рис. 3. 18). Во всех возрастных группах среди детей-инвалидов преобладают мальчики.

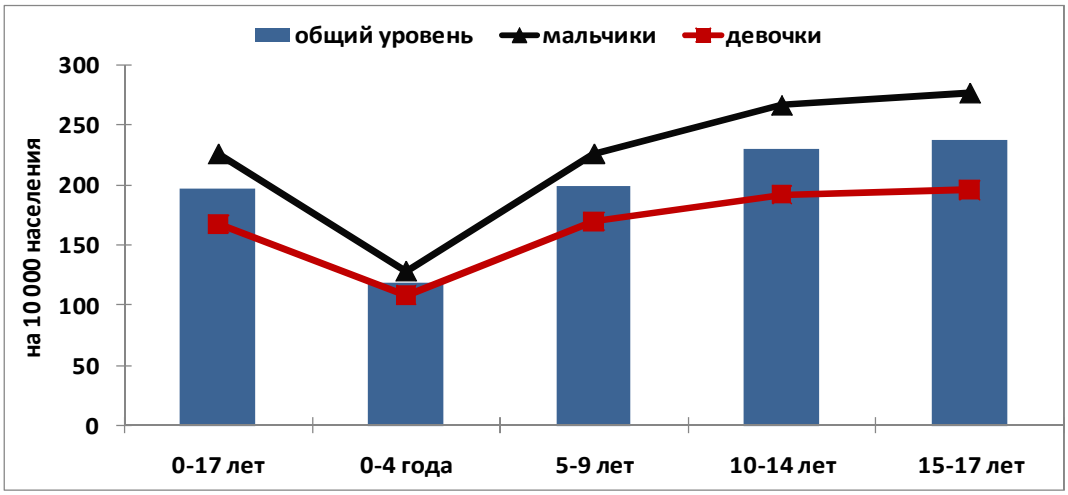


Рис. 3.18. Общая детская инвалидность, возрастно-половой состав, в РТ, 2012 г. (на 10 000 населения соответствующего возраста)

За прошедший период уровень детской инвалидности по регионам РТ также изменился незначительно. Выше республиканского показателя распространенность детской инвалидности в до 2008 г. была в Закамском регионе, после 2006 г.- в Предволжском. В остальных регионах имели место подъемы уровня общей инвалидности выше, чем в РТ в целом только в отдельные годы. При этом рост данных показателей за период 2001-2012 гг. отмечался в Казани (на 18,6%), Предволжском (на 17,8%), Предкамском (на 17,4%) и Северо-Западном (на 8,5%)регионах (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Детская инвалидность (0-17 лет) в регионах РТ (на 10 000 населения соответствующего возраста)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	187,7	201,8	203,8	190,6	193,0	2,8
Казань	169,2	**208,9**	197,4	183,3	**200,7**	18,6
Набережные Челны	181,1	190,4	187,2	174,2	175,7	-3,0
Северо-Западный р-н	178,8	**208,8**	**213,9**	188,2	**194,0**	8,5
Северо-Восточный р-н	**194,7**	198,8	197,9	181,9	183,2	-5,9
Юго-Восточный р-н	178,7	165,3	165,2	157,6	163,6	-8,4
Закамский р-н	**201,1**	**203,5**	**207,4**	190,4	186,9	-7,1
Предкамский р-н	219,1	257,2	266,0	262,4	257,3	17,4
Предволжский р-н	172,0	198,8	**206,4**	**210,6**	**202,7**	17,8

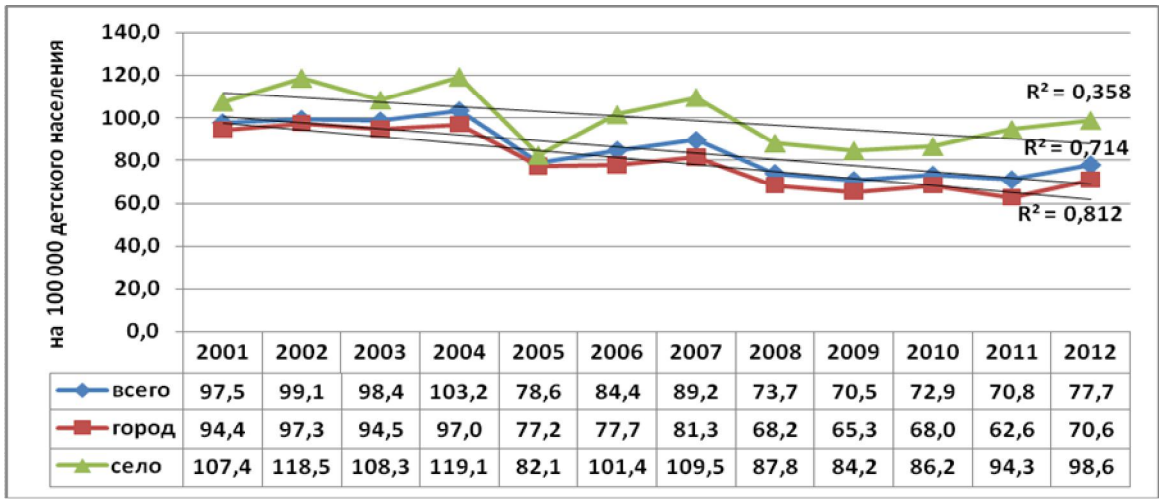
Таким образом, на фоне снижения общей инвалидности у детей и подростков повышается распространенность инвалидности, обусловленной болезнями эндокринной, нервной систем, психическими расстройствами и расстройствами поведения. В структуре инвалидности у детей и подростков лидируют болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, психические расстройства и расстройства поведения. Распространенность инвалидности по мере взросления детей увеличивается, достигает

максимальных значений в возрасте 15-17 лет. Во всех возрастных группах среди детей-инвалидов преобладают мальчики. Региональные особенности отсутствуют, что свидетельствует об управляемости показателей детской инвалидности, а имеющиеся превышения ее уровня в ряде районов носят недостоверный характер.

3.2.3. Смертность

В РТ ежегодно умирает более 500 детей в возрасте 0-17 лет. Доля умерших детей и подростков от общего числа смертей снижается: в 2001 г. она составляла 1,8%, в 2012 г. – 1,2%. Уровень смертности детского населения в республике значительно ниже, чем в РФ в целом и в Приволжском федеральном округе (ПФО) – 77,7 против 98,7 и 89,7 на 100 000 детского населения, соответственно. Кроме этого РТ относится к территориям с наиболее низкими показателями смертность детей в возрасте 0-17 лет среди субъектов ПФО.

Установлена положительная динамика показателей смертности детского населения (снижение на 20,3%.), хотя темпы снижения ее не всегда имели стабильный характер. Отмечались подъемы смертности детей в возрасте 0-17 лет в 2004, 2007 и 2012 гг. (рис. 3.19).



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
всего	97,5	99,1	98,4	103,2	78,6	84,4	89,2	73,7	70,5	72,9	70,8	77,7
город	94,4	97,3	94,5	97,0	77,2	77,7	81,3	68,2	65,3	68,0	62,6	70,6
село	107,4	118,5	108,3	119,1	82,1	101,4	109,5	87,8	84,2	86,2	94,3	98,6

Рис. 3.19. Смертность детского населения (0-17 лет) в РТ (на 100 000 детского населения)

Возрастная структура смертности детей в возрасте до 19 лет практически не изменилась. В 2012 г., как и в предыдущие, годы наибольшую долю среди умерших составляли дети первого года жизни – 80,8% (в РФ в 2012 г. - 55,1%) (рис. 3.20) (в 2001 г. – 83,1%). На подростков 15-19 лет приходилось 8,4% (в 2001 г. – 8,1%). Следующие места занимали умершие в возрасте 1-4 года, которые составляли 5,6% (в 2001 г. – 4,1%), 10-14 лет – 2,9% (в 2001 г. – 2,5%) и 5-9 лет – 2,4% (в 2001 г. –2,3%).

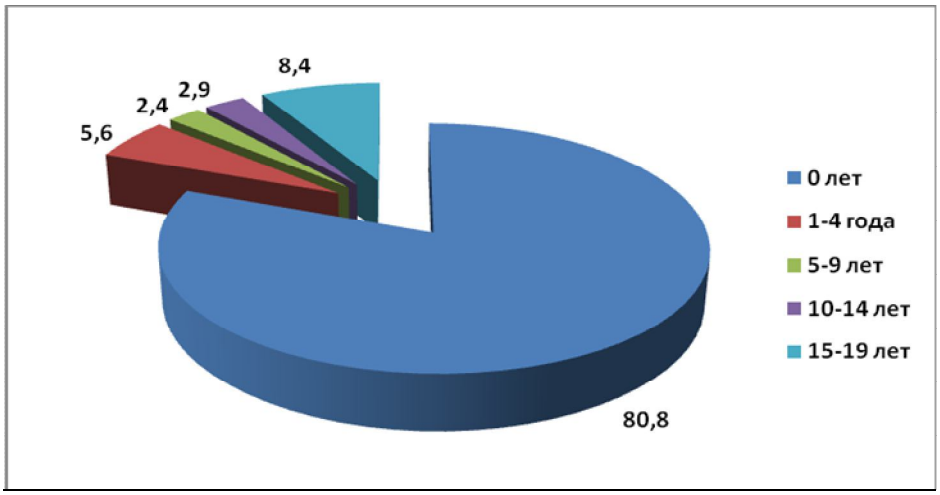


Рис. 3.20. Возрастная структура смертности детского населения в РТ, 2012 г. (%)

В 2001-2012 гг. смертность детей и подростков в возрасте 0-19 лет сократилась в 1,9 раза (с 1513,4 до 788,5 на 100 000 населения соответствующего возраста). Опережающими темпами сокращалась младенческая смертность – на 49,3% (Приложение 1, табл. 11), что обусловлено повышенным вниманием к этому периоду детства и, соответственно, тем фактом, что основные меры по снижению смертности детского населения были направлены на сокращение потерь детей в возрасте до года. В возрасте 1-4 года уровень смертности сократился значительно меньше – на 27,9%. Однако, в последующих возрастных группах снижение данного показателя происходило довольно интенсивно, темп снижения превышал 40%.

Анализ смертности детей в гендерном аспекте показал значительное ее превышение у мальчиков всех возрастных групп. При этом темпы снижения показателей были различными.

Смертность детей первого года жизни и 5-9 лет снижалась за счет девочек - темп снижения на 43,1% против 10,2% и 53,3% против 42,8%, соответственно. Среди детей в возрасте 1-4 года, 10-14 лет и 15-19 лет снижение показателей смертности произошло за счет мальчиков – 32,1% против 21,2%, 44,1% против 30% и 55,6% против 16,4%.

Во всех возрастных группах смертность детей в сельской местности превышает таковую у городских детей (Приложение 1, табл. 12). Однако темпы ее снижения различны. Так, в городе интенсивнее снижается смертность детей первого года жизни (темп снижения на 51,8% против 39,9%), в возрасте 5-9 и 15-19 лет (темп снижения на.46,4% против 39,4% и 61,1% против 11,5%, соответственно). В возрастных группах 1-4 года и 10-14 лет более высокими темпами снижается смертность детей, проживающих в сельской местности - 28,8% против 16,1% и 60,6% против 25,4%, соответственно.

Снижение смертности происходит не только во всех возрастных группах детского населения, но и от всех причин. Существенный вклад в снижении общего уровня смертности детского населения имело сокращение случаев гибели детей от состояний, возникающих в перинатальном периоде, травм и отравлений, врожденных аномалий развития, учитывая их высокую распространенность. Следует отметить значительное снижение в РТ смертности от этих причин – на 33,3%, 35,5% и 51,2%, соответственно (Приложение 1, табл. 13).

Интенсивно снижалась смертность от менее распространенных причин: от болезней системы кровообращения на 61,4%, органов пищеварения на 58%, костно-мышечной системы на 41,7%, новообразований на 40,1%. На 28,7% снизилась смертность детей в возрасте 0-17 лет от болезней нервной системы, на 21,7% - от болезней органов дыхания. Вместе с этим, имел место

рост случаев гибели детей от инфекционных заболеваний.

В структуре причин смертности детей в возрасте 0-17 лет за период 2001-2012 гг. существенных изменений не произошло. В 2012 г. наибольшую долю составляли перинатальные причины (90,5%), далее травмы, отравления (3,5%) и врожденные аномалии развития (1,9%). На долю остальных причин приходилось менее 1%.

Несмотря на распространенность смертности детей 0-17 лет от внешних причин, РТ входит в тройку лидеров среди субъектов ПФО, имеющих наиболее низкие показатели смертности от этой причины.

Уровень смертности в возрасте 0-17 лет в РТ довольно стабильно превышал республиканские показатели в Северо-Восточном регионе, часто в Северо-Западном, Предкамском и Предволжском регионах (табл. 3.9). При этом ее тенденции имели разнонаправленный характер.

Таблица 3.9

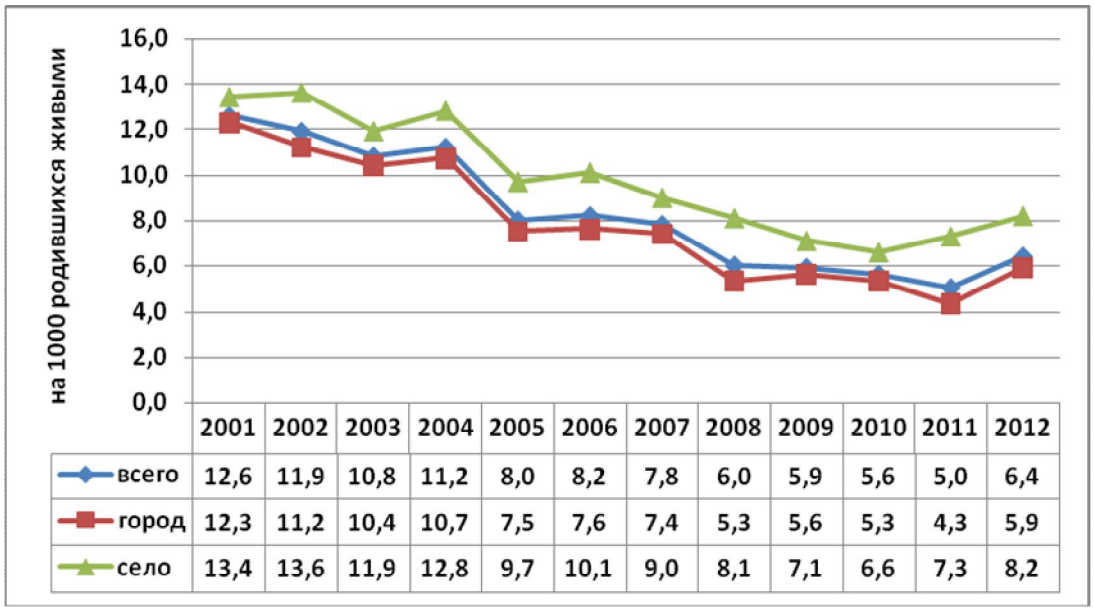
Смертность детского населения (0-17 лет) в регионах РТ (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	103,2	84,4	73,7	72,9	77,7	-24,7
Казань	73,3	70,8	70,3	70,1	74,4	1,5
Набережные Челны	78,0	84,6	51,3	68,7	71,2	-4,6
Северо-Западный р-н	77,3	106,4	71,6	93,0	96,1	24,3
Северо-Восточный р-н	82,0	91,3	78,8	76,6	78,6	17,2
Юго-Восточный р-н	72,9	87,5	76,9	63,7	76,9	7,8
Закамский р-н	88,7	81,8	89,6	70,3	75,7	-13,3
Предкамский р-н	81,8	97,5	67,5	74,5	81,5	-7,5
Предволжский р-н	94,8	64,0	95,6	78,9	78,1	-14,0

Рост показателя смертности детей в возрасте 0-17 лет регистрировался в Северо-Западном (на 24,3%), Северо-Восточном (17,2%) и Юго-Восточном

(на 7,8%) регионах. В остальных районах смертность детского населения имела тенденцию к снижению, но ее темпы не превышали 14%.

Младенческая смертность. Ежегодно в РТ в среднем умирает около 300 детей в возрасте до 1 года. Смертность детей первого года жизни к 2011 г. сократилась в 2,5 раза, однако в следующем году она выросла на 1,4 единицы и составила 6,4 на 1000 родившихся живыми (рис. 3.21). По предварительным данным в 2013 г. уровень младенческой смертности вновь повысился до 7,0. Динамика показателей младенческой смертности в городе и селе в РТ происходила аналогично, при этом они были выше в сельской местности.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
всего	12,6	11,9	10,8	11,2	8,0	8,2	7,8	6,0	5,9	5,6	5,0	6,4
город	12,3	11,2	10,4	10,7	7,5	7,6	7,4	5,3	5,6	5,3	4,3	5,9
село	13,4	13,6	11,9	12,8	9,7	10,1	9,0	8,1	7,1	6,6	7,3	8,2

Рис. 3.21. Младенческая смертность в РТ (на 1000 родившихся живыми)

Следует отметить, что аналогичные тенденции имели место в большинстве субъектов РФ и в РФ в целом. **Это своего рода «мнимое» повышение – реакция на новые критерии регистрации рождения и мертворождения, при которых различные «перебросы» теряют смысл.**

Республика Татарстан относится к территориям с наименьшим уровнем младенческой смертности среди субъектов ПФО. Следует отметить, что РТ по уровню младенческой смертности приблизилась к развитым странам

мира. Так, в промышленно развитых странах Запада умирает 6, в США – 7 из 1000 живорожденных детей, в Европейском регионе к 2010 г. в среднем она составляла 7,3‰.

Более 64% случаев гибели детей в возрасте до 1 года жизни происходит в неонатальном периоде, при этом половина (50,1%) из последних умирает в раннем неонатальном периоде. В структуре младенческой смертности ранняя неонатальная, поздняя неонатальная и постнеонатальная смертность в 2013 г. составляли примерно одинаковые доли – 32,5%, 32,5% и 35,3%, соответственно**.**

Представляется важным снижение смертности детей в возрасте до 1 года жизни от болезней перинатального периода (на 41,5%), обеспечивающей гибель основной массы детей в этом возрасте (Приложение 1, табл. 14). Младенческая смертность также снижалась за счет сокращения случаев смерти от травм и отравлений (на 74,4%), болезней органов дыхания (на 64,2%), врожденных аномалий (на 60%) и инфекционных заболеваний (43,9%).

В результате отмеченных тенденций, в структуре младенческой смертности произошли некоторые сдвиги. Болезни перинатального периода и врожденные аномалии остались на 1-2-м месте, и их суммарный вклад в младенческую смертность несколько увеличился (75,6% и 80,7%). Болезни органов дыхания по-прежнему занимают 3-е место, а инфекционные и паразитарные заболевания переместились с 5-ой на 4-ю позицию. Пятое место, заняли внешние причины, и их вклад в смертность детей до года сократился (с 6,2% до 3,1%).

Во всех регионах РТ отмечено равномерное снижение младенческой смертности в основном более, чем на 40% (табл. 3.10). Наибольшими темпами этот показатель снижался в Северо-Восточном регионе – за анализируемый период на 60,6% и наименьшими в Предволжском – на 31,5%. Несмотря на это, в подавляющем большинстве случаев по годам регистрируется высокий уровень младенческой смертности, в 2012 г. в 5-ти

регионах (кроме Юго-Восточного) из шести он выше республиканского. Следует обратить внимание на Предволжский регион, в котором, в связи замедленными темпами снижения младенческой смертности, начиная с 2008 г., ее показатели стали выше, чем в РТ в целом.

Таблица 3.10

Младенческая смертность в регионах РТ (на 1000 родившихся живыми)

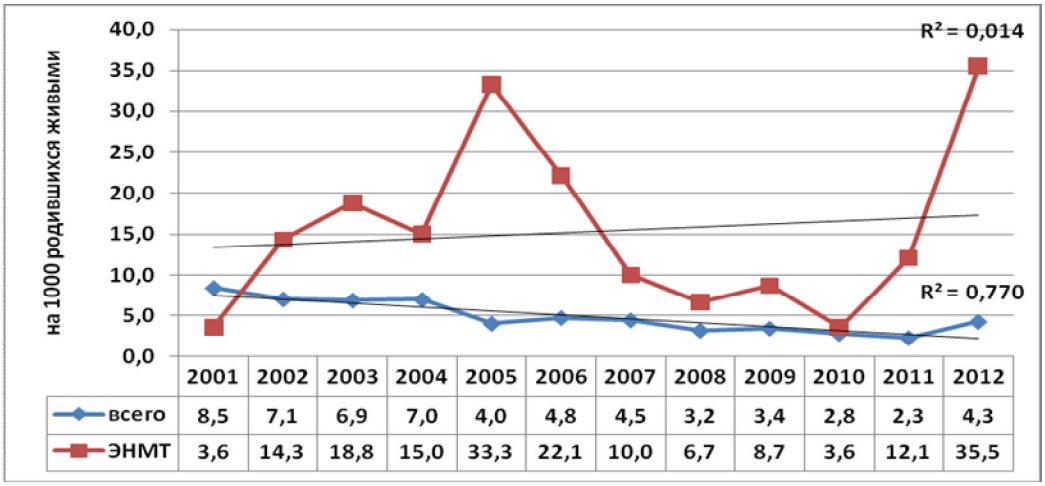
Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	12,6	8,2	6,0	5,6	6,4	-49,2
Казань	10,5	6,5	4,3	4,7	5,5	-47,6
Набережные Челны	10,6	9,1	4,4	5,9	6,3	-40,6
Северо-Западный р-н	**14,0**	**10,4**	**6,7**	**8,0**	**8,2**	-41,4
Северо-Восточный р-н	**16,5**	7,5	**7,8**	**6,1**	**6,5**	-60,6
Юго-Восточный р-н	11,2	**9,4**	**6,8**	5,7	6,5	-42,0
Закамский р-н	**13,0**	**8,7**	**8,0**	5,3	**6,9**	-46,9
Предкамский р-н	**16,0**	**12,1**	5,6	4,7	**7,9**	-50,6
Предволжский р-н	10,8	4,9	**7,8**	**6,2**	**7,4**	-31,5

Был проведен анализ динамики младенческой смертности после перехода на новые критерии регистрации рождения и мертворождения 2011-2013 гг. (форма С51). Установлено повышение уровня младенческой смертности за указанный период на 37,1% за счет болезней перинатального периода (на 113,9%) и болезней нервной системы (на 131,9%), т.е тех причин, которые связаны в выхаживанием новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) (Приложение 1, табл. 15).

Наиболее значительные результаты в РТ были достигнуты в снижении смертности детей до 1 года жизни в основном за счет неонатальной смертности.

Неонатальная смертность. К 2011 г. смертность новорожденных в РТ снизилась в 3,7 раза (с 8,5 до 2,3 на 1000 родившихся живыми), однако в 2012

г. она вновь повысилась и стала составлять 4,3 (рис. 3.22). Такая негативная динамика связана с новой регистрацией рождения и смерти детей с ЭНМТ. Так, если в 2010 г. смертность среди них составляла 3,6 на 1000 новорождённых с ЭНМТ, то в 2012 г. – достигла 35,5.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
всего	8,5	7,1	6,9	7,0	4,0	4,8	4,5	3,2	3,4	2,8	2,3	4,3
ЭНМТ	3,6	14,3	18,8	15,0	33,3	22,1	10,0	6,7	8,7	3,6	12,1	35,5

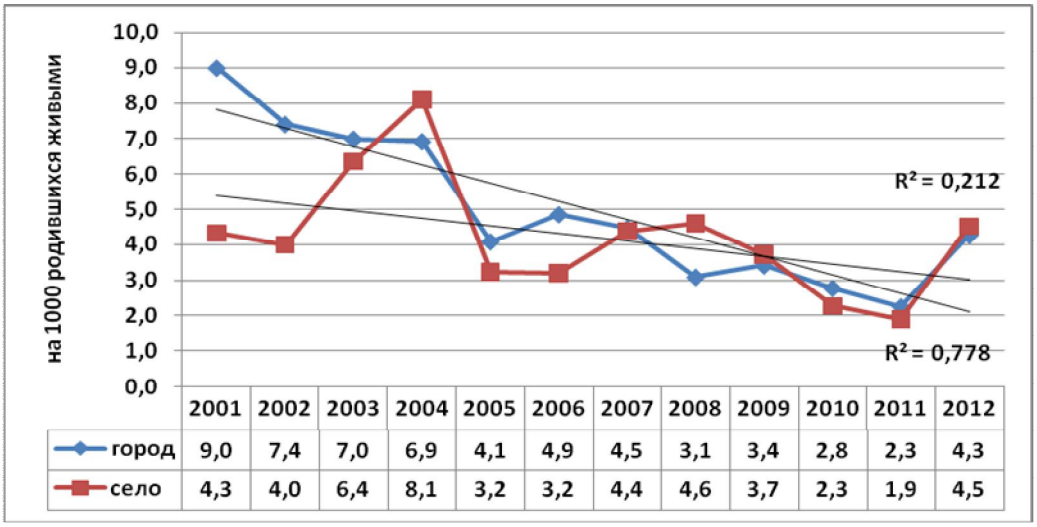
Рис. 3.22. Смертность новорожденных в РТ (на 1000 родившихся живыми)

Снижение неонатальной смертности сопровождалось неадекватным сокращением ее доли в структуре младенческой смертности – с 67,2% в 2001 г. до 45% в 2011 г. В 2012 г. этот показатель вновь резко увеличился до более реальных 66,9%.

Смертность новорожденных до 2003 г. в городе значительно (более, чем в 2 раза) превышала таковую в селе, но в дальнейшем эти показатели сблизились, особенно начиная с 2009 г. (рис. 3.23). Тенденция к снижению показателей смертности новорожденных имела достоверный характер в основном в городе.

Снижение смертности новорожденных в РТ произошло на 50,6%, почти от всех причин: от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, на 37,7% (в том числе от внутричерепной родовой травмы на 94,9%, и от синдрома респираторных расстройств на 36,5%) от врожденных аномалий на 76,1%, (Приложение 1, табл. 16). Показатели смертности от асфиксии, гипоксии и сепсиса имели значительные колебания по годам,

однако в итоге, в 2012 г. они были выше, чем в 2001 г. В связи с изменениями условий регистрации рождения и смерти детей, начиная с 2012, отмечен рост смертности новорожденных от перинатальных причин. По предварительным данным в 2013 году эта тенденция сохраняется.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
город	9,0	7,4	7,0	6,9	4,1	4,9	4,5	3,1	3,4	2,8	2,3	4,3
село	4,3	4,0	6,4	8,1	3,2	3,2	4,4	4,6	3,7	2,3	1,9	4,5

Рис. 3.23. Смертность новорожденных в городе и селе РТ (на 1000 родившихся живыми)

В структуре причин смертности новорожденных в 2001 г. основную часть (51,5%) составляли отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, на втором месте находился синдром дыхательных расстройств (30%), на третьем – внутричерепная родовая травма (11,5%), на четвертом – врожденные аномалии (7,9%). За анализируемый период ранговое распределение причин смерти не изменилось, однако увеличилась доля перинатальных причин до 63,5% и дыхательных расстройств до 37,7%. Вместе с этим, уменьшился удельный вес внутричерепной родовой травмы до 8,4% и врожденных аномалий до 3,7%.

Уровень неонатальной смертности в основном определяется смертностью детей в раннем неонатальном периоде.

Ранняя неонатальная смертность. Смертность детей в возрасте 0-6 дней имела положительную тенденцию, при этом сокращалось как

абсолютное число умерших детей, так и показатели на 1000 родившихся живыми. Так в 2011 г. по сравнению с 2005 годом число умерших сократилось с 113 до 85 человек и показатель с 3,04 до 1,69 на 1000 родившихся, соответственно.

Однако, в 2012 и 2013 гг. они значительно (более, чем в 2 раза) выросли, что объясняется, главным образом, переходом на новые критерии регистрации живо – и мертворождения. Это подтверждается увеличением числа мертворождений. Так, соотношение смертности в ранний неонатальный период к мертворождаемости составило 1:3 против 1:2 в предыдущие годы. При этом изменилась структура причин последний – увеличилась доля антенатальной гибели плода с 87,6% в 2005 г. до 90,8 в 2013 г. и соответственно сократилось число случаев гибели плода в родах – с 12,4% до 9,2%.

Произошло перераспределение умерших в возрасте 0-6 суток по весовым категориям: увеличилась доля среди них с весом 500-999 и 1000-1499. При этом исчез «провал» в весовой группе 1000-1499 в связи с потерей необходимости «переброса» умерших детей в категорию поздних выкидышей. Однако, это значительно не повлияло на соотношение умерших доношенных и недоношенных детей. На долю последних в 2005 г. приходилось 74,6%, в 2013 г. – 75,7%.

Установленны положительные тенденции в динамике ранней неонатальной смертности в отношении таких ее причин как врожденные аномалии (снижение на 38%), среди перинатальных причин – эндокринные, метаболические и другие нарушения, родовая травма (до полного отсутствия случаев), респираторный дистресс-синдром (Приложение 1, табл. 17). Следует обратить внимание на сохраняющийся уровень смертности от предотвратимых причин – инфекций, кровотечений плода и гемолитической болезни.

Изменилась и структура причин ранней неонатальной смертности – увеличилась доля респираторного дистресс-синдрома, инфекций

специфичных для перинатального периода, кровотечений плода. Так, если в 2005 г. первые ранговые места занимали РДС, врожденные аномалии и другие респираторные состояния новорожденного, то в 2013 г. на второе место вышли различные кровотечения новорожденного, врожденные аномалии переместились на 4-е место. Следует отметить, что сократилась не только доля случаев врожденных аномалий, но и родовой травмы, травм и отравлений новорожденного, которые в 2013 г. не регистрировались совсем.

Известно, что гибель детей в раннем неонатальном периоде в свою очередь определяется их смертностью в первые 24 часа после рождения. За период с 2011 г. по 2013 г. данный показатель в республике снизился с 47,5% до 31,9%. Однако не всегда это снижением может быть связано с положительными тенденциями, а может свидетельствовать о «перебросе» умерших в мертворожденные или поздние выкидыши. Анализ гибели детей в первые сутки после рождения по весовым категориям показал, что до введения новых критериев (2011 г.) дети, родившиеся с массой тела 1000-1499, составляли всего 1,8%, а в соседних весовых группах значительно выше: с массой тела 500-999 – 47,3% и 1500-1999 - 10,5%.

Более того, было установлено изменение соотношения умерших в первые сутки с массой тела 500-749 и 750-999. Если в 2011 г. на их долю приходилось 14% и 33,3%, соответственно, то в 2012 и 2013 гг. их доли сравнялись – по 18% в 2012 г., 21,2% и 17,3% в 2013.

Это свидетельствует о возможном «перебросе» умерших 500-749 в весовую группу до 500 г., так как по биологическим законам доля умерших с более низким весом должна быть больше, чем последующей весовой группы.

В последующие годы «провал» показателей в весовой группе 1000-1499 нивелировался, однако существенное снижение доли умерших новорожденных ЭНМТ в первые сутки после рождения (с 36% в 2012 г. до 28,5% в 2013 г.) также косвенно свидетельствует о возможном их «перебросе» в весовую категорию до 500 г.

Следует отметить, что смертность детей ЭНМТ за период 2005-2013 гг. снизилась с 593,0 до 243,2 на 1000 родившихся живыми (на 59%) как за счет отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (на 58,9%), так и врожденных аномалий развития (на 61,3%) (Приложение 1, табл. 18). В подавляющем большинстве случаев (более 96%) причиной гибели новорожденных с ЭНМТ являются перинатальные причины, более 3% приходится на врожденные аномалии.

Среди причин смерти относящихся к отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде, в 2005 г. преобладали дыхательные расстройства (дистресс) (91,8%), а все остальные случаи были связаны с внутриутробной гипоксией, асфиксией при родах (8,2%). К 2013 г. доля дыхательных расстройств сократилась до 48,1%, внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах стала составлять 15,4%. Были зарегистрированы врожденная пневмония (5,8%) и внутрижелудочковые кровоизлияния (3,8%). Прочие болезни перинатального периода составили 25%.

Постнеонатальная смертность. Смертность детей в возрасте 28-365 дней в РТ в 2005-2013 гг. снизилась на 34,3%, в основном за счет врожденных аномалий (на 48,7%), болезней органов дыхания (на 46,8%), травм, отравлений и других внешних причин (на 40,7%) (Приложение 1, табл. 19). Смертность детей данной возрастной группы от перинатальных причин снижалась до 2011 г., но затем увеличилась почти в 2 раза, что, несомненно, было связано с введением новых критериев регистрации рождения и смерти, и превысила уровень 2005 г. на 31,4%.

В связи с этим изменилась структура причин постнеонатальной смертности. Если до введения новых критериев (2005 г.) первое место занимали врожденные аномалии развития (26,8%), затем располагались болезни органов дыхания (16,9%), перинатальные причины (16,2%), травмы и отравления (12%), то в последующем (2013 г.) на первое место вышли болезни перинатального периода (32,4%), второе место заняли врожденные аномалии (20,9%), на следующих местах находились - болезни органов

дыхания (13,7%), травмы и отравления (10,8%).

По величине показателей смертности в различные периоды жизни детей, а также процентного соотношения причин смерти можно судить об уровне акушерско-педиатрической службы. Так, показатели смертности детей в постнеонатальный период свидетельствует об уровне как акушерской (отсроченная смертность), так и педиатрической службы. Значительная доля детей погибает в этот период от вполне управляемых причин.

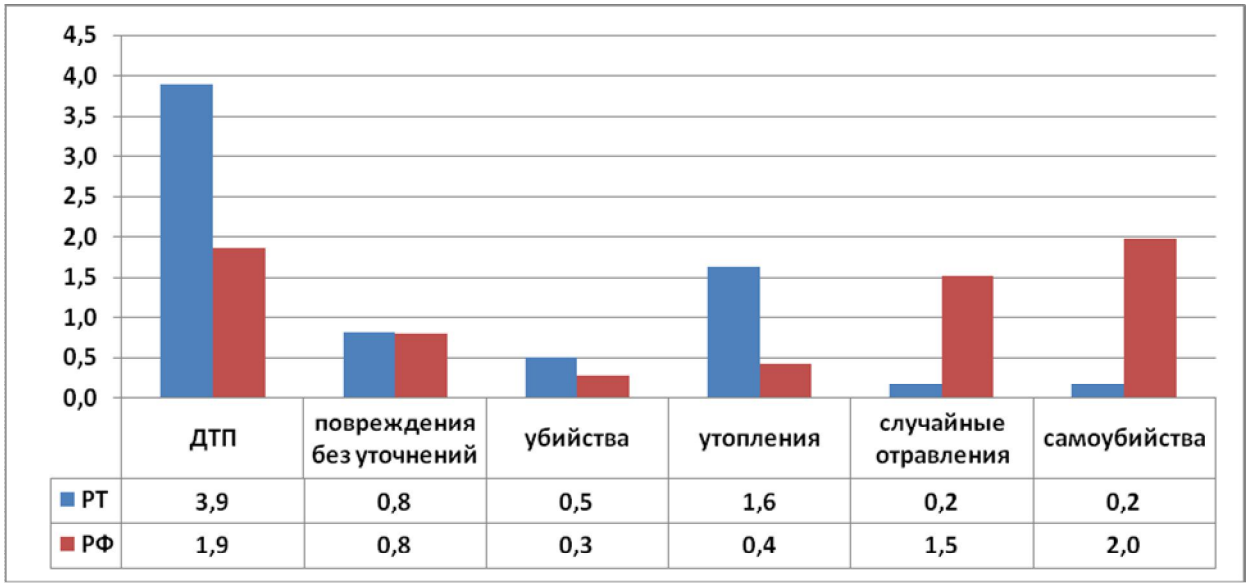
Смертность в возрасте 0-14 лет. Среди субъектов ПФО РТ относится к территориям с наименьшими показателями смертности детей в возрасте 0-14 лет. В возрастной группе детей 0-14 лет показатели смертности снижались до 2011 г. и составили 73,7 на 100 000 детского населения соответствующего возраста. В последующем 2012 г. произошел рост смертности детей данной возрастной группы (82,9), которая приблизилась к уровню 2005 г. (Приложение 1, табл. 20).

Среди всех причин максимальные темпы снижения смертности отмечались при болезнях системы кровообращения (на 57,2%). Значительно сократилось число случаев гибели детей при действии внешних причин (на 35,8%), врожденных аномалий (на 29%), неточно обозначенных состояний (на 26,8%). Более медленными темпами снижалась смертность от болезней нервной системы (на 16,7%) и органов дыхания (на 5,9%). Существенно выросла смертность от инфекционных заболеваний (на 74,7), болезней эндокринной системы (на 66,4%) и перинатальных причин (на 60,5%).

Несмотря на различные тенденции смертности от отдельных причин, структура причин смерти детей в возрасте 0-14 лет в 2013 г. в сравнении с 2005 г. не претерпела существенных изменений. Если исключить причины смерти, значимые на первом году жизни (перинатальные состояния и врожденные пороки), то травмы и отравления остаются ведущей причиной смерти детей до 14 лет включительно, определяя более 20% случаев гибели детей в этом возрасте, хотя их вклад к 2013 г. сократился (с 24,6% до 15,1%). Болезни органов дыхания по-прежнему находятся на 2-й позиции.

Увеличилась значимость инфекционных заболеваний, болезней эндокринной системы, которые переместились на более высокие ранговые места.

Среди всех внешних причин смерти детей данного возраста (в 2013 г. 102 случая) 25,5% приходится на различные виды транспортных несчастных случаев, 13,7% - на случайные утопления, 11,8% - случайные отравления, по 5,9% - на убийства, повреждения с неопределенными намерениями, 2,9% - на самоубийства. Следует обратить внимание, что в РТ смертность от ДТП, убийств и утоплений у детей в возрасте 0-14 лет выше, чем в России в целом (рис. 3.24).



	ДТП	повреждения без уточнений	убийства	утопления	случайные отравления	самоубийства
РТ	3,9	0,8	0,5	1,6	0,2	0,2
РФ	1,9	0,8	0,3	0,4	1,5	2,0

Рис. 3.24. Смертность от основных внешних причин детей в возрасте 0-14 лет в РТ и РФ, 2012 г. (на 100 000 населения соответствующего возраста)

По уровню смертности детей данного возраста от внешних причин РТ находится среди субъектов ПФО с низкими показателями.

Для исключения влияния смертности детей на первом году жизни на детскую смертность в целом был проведен анализ причин гибели детей в **возрасте от 1 года до 14 лет**. Установлено, что ее снижение происходит в основном за счет травм, отравлений (на 31,7%), врожденных аномалий (на 43%) (Приложение 1, табл. 21). Увеличилось число случаев смерти от

предотвратимых причин - инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания.

Среди причин смертности детей данного возраста наиболее распространенной, занимающей первое место, являются внешние причины. На втором месте находились врожденные аномалии, на третьем – новообразования. К 2012 г. новообразования как причина смерти стали занимать 2-е место, а 3-е место - болезни нервной системы.

Смертность детей в возрасте до 5 лет в РТ за последние 10 лет снизилась на 27,9% и достигла уровня 6,0 на 1000 новорожденных соответствующего года рождения. При этом достигнутый уровень является достаточно низким, т.к. по данным ВОЗ в экономически развитых странах этот показатель в среднем также составляет 6 промилле. Среди субъектов ПФО РТ по уровню смертности детей данного возраста относится к наиболее благополучным территориям и занимает одно из первых мест.

Показатель смертности детей до 5 лет имеет прямую коррелятивную связь с показателем младенческой смертности. Так, доля детей, умерших в возрасте до 1 года жизни от числа умерших в возрасте до 5 лет, составляет более 74% и в последние годы даже увеличилась – с 74,9%, в 2011 г. до 87,2% в 2013 г. Несмотря на подъем смертности детей данного возраста в 2012 г., в целом она имеет тенденцию к снижению за счет болезней органов дыхания (на 26,1%), врожденных аномалий (на 40,5%), травм и отравлений (на 47,1%).

В структуре причин смертности детей до 5 лет ведущие места, также как и в младенческой смертности, занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, (в 2013 г. 59,3% от всех причин) и врожденные аномалии (14,4%). Обращает внимание, что третьем месте находятся внешние причины смерти (8,2%) - травмы, отравления, несчастные случаи. Значительную долю составляют такие управляемые причины как болезни органов дыхания (6,6%) и инфекционные

заболевания (3,1%). Особенностью причинной структуры смерти детей до 5 лет является смертность от новообразований, доля которых превышает 2%.

Существенно меняется структура смертности детей **в возрасте 1-4** года, в которой первое ранговое место занимают уже травмы, отравления и другие внешние причины и они составляют 37,9%. А доля новообразований достигает в отдельные годы до 10 %.

Снижение смертности детей в данной возрастной группе происходит за счет большинства причин (Приложение 1, табл. 22). Однако отмечается рост случаев гибели детей от таких предотвратимых причин как инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов дыхания. Выросла смертность от болезней нервной системы.

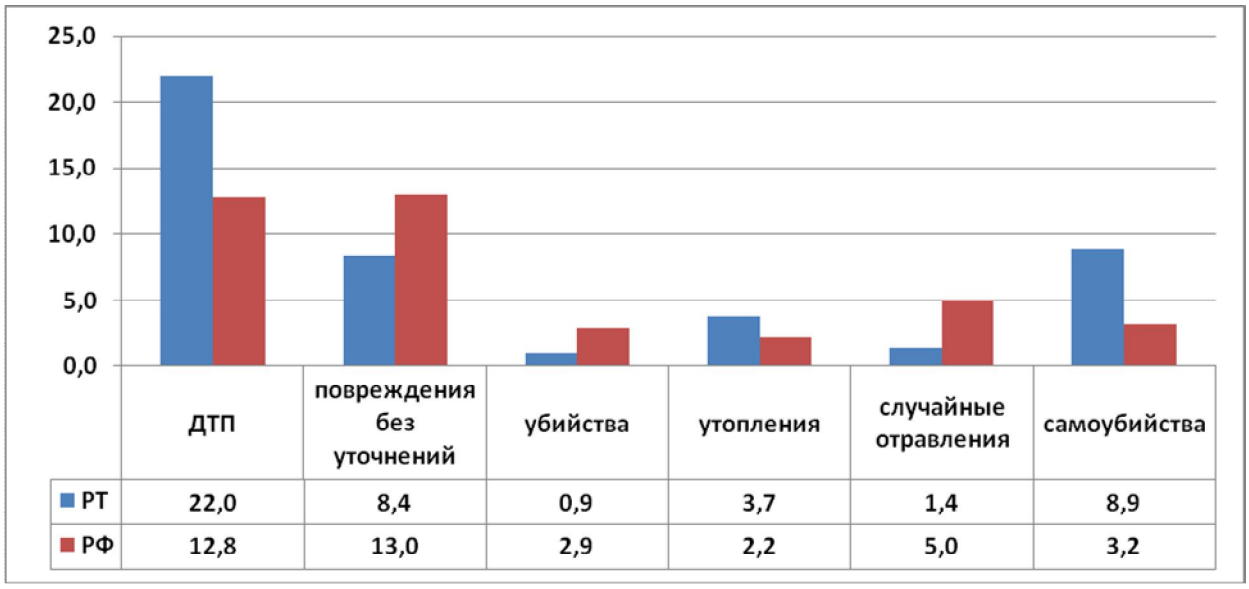
Смертность подростков в возрасте 15-19 лет. Смертность подростков (15-19 лет) в РТ значительно ниже, чем в РФ в целом. Так, в 2012 г. она составила 68,8, а в РФ – 81,2 на 100 000 населения соответствующего возраста. Снижение смертности (на 12,4%) в подростковом возрасте произошло от многих причин (Приложение 1, табл. 23). Наиболее значимым было снижение частоты случаев смерти подростков от травм и отравлений (на 17,3%), болезней системы кровообращения (на 29,3). Вместе с этим, повышается смертность от болезней органов дыхания (на 101,9%), органов пищеварения (на 61,6%), нервной системы (на 13,3%).

В сравнении с периодом детства, концентрация структуры причин смерти у подростков достигла своего максимума: более 76% (в 2012 г. – 73,6%) случаев смерти в этом периоде жизни определяется травмами и отравлениями, на фоне которых все остальные причины выглядят как мало значимые.

На втором ранговом месте находились болезни системы кровообращения, затем новообразования, болезни нервной системы. В 2012 г. на 2-е место вышли новообразования, а болезни кровообращения и нервной системы делили 3-е место. Следует отметить отсутствие

положительных сдвигов в отношении смертности подростков от болезней органов дыхания, пищеварения, нервной системы и новообразований.

По данным 2013 г. основными внешними причинами смертности подростков (148 человек) являются дорожно-транспортные происшествия, которые определяют более одной трети (38,5%) травматической смертности в этом возрасте, самоубийства, на долю которых приходится 16,5% от всех случаев травм, утопления (13,8%) и повреждения без уточнений (10,1%). Значимой внешней причиной смерти подростков являются случайные отравления (5,5%) и убийства (4,6%). Выше российских показателей в РТ смертность подростков от ДТП и самоубийств (рис. 3.25).



	ДТП	повреждения без уточнений	убийства	утопления	случайные отравления	самоубийства
РТ	22,0	8,4	0,9	3,7	1,4	8,9
РФ	12,8	13,0	2,9	2,2	5,0	3,2

Рис. 3.25. Смертность от основных внешних причин подростков в возрасте 15-19 лет в РТ и РФ, 2012 г. (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Таким образом, смертность детского населения в РТ снижается во всех возрастных группах и почти от всех причин. Рост ее показателей в 2012 г., как и в России в целом, связан с переходом на новые критерии регистрации рождения и смерти новорожденных. РТ относится к территориям с наиболее низкими показателями смертности среди субъектов Приволжском

федеральном округа. Уровень смертности детского населения в республике значительно ниже, чем в РФ в целом и приближается к данным по Европейскому региону в среднем. Наиболее высокие показатели смертности регистрируются в сельской местности и у мальчиков. Значительная доля случаев гибели детей происходит в возрасте до 1 года, что и определяет структуру причин смертности детского населения в целом.

За анализируемый период в РТ произошло значительное снижение младенческой смертности, уровень которой не только ниже, чем в России в целом и среди субъектов ПФО, но и стал сопоставим с показателями стран Европейского региона. Рост младенческой смертности в последние два года связан с изменением регистрации статистических показателей.

В структуре причин младенческой смертности первые ранговые места по-прежнему занимают перинатальные причины, врожденные аномалии развития. Вместе с этим произошли противоречивые изменения. С одной стороны, удалось существенно сократить потери от ряда предотвратимых причин, занимавших ведущие позиции в смертности детей до года - болезней органов дыхания, травм и отравлений. С другой стороны, их место заняли также предотвратимые в этих возрастах смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний.

С введением новых критериев регистрации рождения и смерти повысилась значимость причин смерти, связанных с выхаживанием новорожденных экстремально низкой массой тела, - отдельных состояний перинатального периода и болезней нервной системы. В связи с этим аналогичные изменения претерпели и составляющие младенческой смертности – ранняя неонатальная, неонатальная и постнеонатальная смертность. Выхаживание глубоко недоношенных новорожденных привело к значительному снижению их смертности.

Смертность детей в возрасте 0-14 лет не имеет существенной динамики, и ее структура определяется младенческой смертностью. Среди них ведущими являются перинатальные причины, травмы, отравления и

врожденные аномалии развития. Вместе с тем, увеличилась значимость инфекционных заболеваний, болезней эндокринной системы, которые переместились на более высокие ранговые места. Ведущими причинами смертности от внешних причин являются дорожно-транспортные происшествия.

При анализе смертности детей в возрасте от 1 года до 14 лет установлено снижение показателей в основном за счет травм, отравлений и врожденных аномалий. При этом новообразования как причина смерти стали занимать второе место.

Основными проблемами смертности детей в возрасте до 5 лет являются инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов дыхания, новообразования. Значительную долю среди причин смерти детей в возрасте 1-4 года составляют новообразования, травмы и отравления.

Смертность подростков РТ значительно ниже, чем в РФ в целом и в основном определяется смертностью от внешних причин. Среди причин травматической смертности подростков более одной трети приходится на дорожно-транспортного происшествия. Показатели смертности в возрасте 15-19 лет от ДТП и самоубийств превышают российский уровень. Значимыми среди причин смерти являются новообразования, болезни системы кровообращения и нервной системы. Растет гибель детей от болезней органов дыхания и пищеварения.

3.2.4. Комплексная оценка состояния здоровья

Анализ результатов диспансеризации детского и подросткового населения РТ показал, что за период 2001-2012 гг. имела место значительная динамика в распространенности многих заболеваний. В связи с этим изменилось их распределение по группам здоровья.

В РТ отмечался низкий уровень здоровых (1 группа здоровья) новорожденных. Доля этих детей постоянно сокращалась – с 7,1% в 2001 г. до 3,7% в 2012 г. (на 47,9%) (табл. 3.11). Следует отметить, что сокращение

здоровых новорожденных произошло за счет сельских детей: темпы снижения показателя в городе 10,3%, в селе – 47,8%.

Таблица 3.11

Распределение детей и подростков по группам здоровья в РТ (%)

Группы здоровья	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Новорожденные						
I группа	7,1	4,3	4,5	3,6	3,7	-47,9
II группа	87,9	91,1	91,2	92,4	91,7	4,3
III группа	5,0	4,6	4,3	4,0	4,6	-8,0
В возрасте до 1 года						
I группа	13,1	9,6	9,5	8,4	7,6	-42,0
II группа	81,1	85,4	85,5	86,9	87,9	8,4
III группа	5,1	5,0	5,0	4,7	4,5	-11,8
В возрасте 0-14 лет						
I группа	18,2	13,9	13,2	12,3	11,8	-35,2
II группа	70,1	73,9	74,2	75,4	74,7	6,6
III группа	11,7	12,2	12,6	12,3	13,5	15,4
В возрасте 15-17 лет						
I группа	12,8	12,6	11,9	10,8	10,6	-17,2
II группа	71,1	70,5	69,3	69,9	69,9	-1,7
III группа	16,1	17,0	18,8	19,3	19,5	21,1

Состояние здоровья детей первого года несколько лучше, чем новорожденных. Однако доля здоровых детей данного возраста за период 2001-2012 гг. сократилась с 13,1% до 7,6% (на 42%). Установлено, что снижение числа здоровых детей первого года жизни произошло за счет городских и сельских жителей – темпы снижения составляли соответственно 32,3% и 26,6%.

У детей в возрасте до 14 лет уровень состояния здоровья выше, чем у новорожденных и детей первого года жизни. Однако доля здоровых детей в

возрасте 0-14 лет за указанный период так же сократилась - с 18,2% до 11,8% (на 35,2%). Снижение числа здоровых детей в возрасте до 14 лет произошло более за счет сельских жителей – темпы снижения 43% против и 26%.

У подростков в возрасте 15-17 лет удельный вес здоровых детей меньше, чем у детей и снизился по сравнению с 2001 г. на 17,2% (10,6% против 12,8%). Сокращение I группы произошло почти в равной степени как в городе, так и в селе – на 17,2% и 23,8% и на 23,6% и 20%, соответственно.

Однако, данные последних лет (2010-2012 гг.) свидетельствуют о снижении темпов сокращения доли здоровых детей во всех возрастных группах.

Состояние здоровья детского населения РТ в начале 21 века характеризуется возвратом к положительной направленности его естественного движения, замедлением роста заболеваемости, стагнацией показателей инвалидности, снижением смертности, тенденцией снижения доли здоровых детей.

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

4.1. Сеть лечебно-профилактических учреждений

Медицинская помощь населению РТ оказывается в амбулаторно-поликлинической и стационарной сети. За последнее десятилетие произошли существенные изменения в ее структуре. До 2002 г. число детских медицинских учреждений в республике увеличивалось и достигло в данном году – 70 (из них 14 детских городских больниц и 18 детских поликлиник) (табл.4.1).

Таблица 4.1

Число детских амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений в РТ (абс.)

Типы учреждений	2001	2006	2008	2010	2012	2012/2001 темп прироста (снижения) %
Детская республиканская клиническая больница	1	1	1	1	1	-
Детские городские больницы	14	12	9	8	7	-50,0
Роддома	10	9	5	1	-	-
Перинатальный центр	1	1	1	1	-	-
Детские поликлиники	18	16	13	12	12	-33,3
Детские стоматологические поликлиники	7	7	7	6	5	-28,6
Детские санатории	11	11	8	7	4	-63,6
Дома ребенка	3	3	1	1	1	-
Молочные кухни	3	4	2	1	-	-
Всего	60	64	47	38	30	-50,0

В дальнейшем их число значительно сократилось и к 2012 г. составило всего 30 учреждений, что на половину меньше, чем в 2001 г. Число детских городских больниц уменьшилось на 50%, детских поликлиник - на 66,7%.

Сократилась сеть других типов детских медицинских учреждений: родильных домов, стоматологических поликлиник (на 28,6%), санаториев (на 63,6%), домов ребенка (на 66,7%).

За период с 2001 г. в РТ сократилось число учреждений, оказывающих скорую медицинскую помощь (СМП), – с 69 до 49 в 2012 г. (на 75,4%). Следует отметить, что это касалось в основном учреждений в сельской местности. Если в городе их число не изменилось (36), то в селе сократилось с 29 в 2001 до 13 в 2012 г. (на 55,2%). Вместе с этим, была введена еще одна больница скорой помощи (БСМП).

В структуре учреждений СМП основная часть приходилась на отделения СМП (в 2001 г. - 81,5%), меньшая на станции СМП (в 2001 г. -15,4%), больницы СМП составляли всего 3,1%. В 2012 г. данное соотношение изменилось: выросла доля отделений СМП до 87,8% и сократилась доля станций СМП до 6,1%. Больницы СМП стали составлять 6,1%. Следует отметить, что в сельской местности располагались только отделения СМП. За анализируемый период была сокращена сеть станций (ССМП) – на 70% и отделений скорой медицинской помощи (ОСМП) – на 18,9%, особенно интенсивно это происходило, начиная с 2006 г. Сокращались сельские ОСМП (на 55,2%), в городе, наоборот, произошло их увеличение (на 25%). В результате этих процессов число ОСМП, начиная с 2006 г., на селе стало меньше, чем в городе (в 2012 г. в 2,3 раза). В связи с указанными процессами сократилась доля сельских ОСМП с 54,7% в 2001 г. до 30,2% в 2012 г. и увеличилась доля городских ОСМП с 45,3% до 69,8%, соответственно.

За прошедший период в РТ изменилось состояние зданий детских лечебно-профилактических учреждений. Серьезные нарушения в 2001 г. имели 42,5% зданий, к 2012 г. их число сократилось до 26,5%. Среди них наибольшую долю составляют здания, требующие капитального ремонта, которая уменьшилась с 35,6% до 25%. Значительно реже детские медицинские учреждения требуют реконструкции и их доля сократилась – с

6,8% до 1,5%, соответственно. Следует отметить, что ни одно здание не находится в аварийном состоянии. Анализ динамики показателей, характеризующих состояние зданий лечебно-профилактических учреждений в РТ, показал уменьшение числа учреждений, требующих реконструкции на 77,9% и капитального ремонта на 29,8%.

В структуре учреждений, подлежащих капитальному ремонту, в 2008 г. доля детских больниц и самостоятельных поликлиник была одинаковой по 41,2%, на поликлиники в составе больниц приходилось 17,6%.

За прошедший период их структура изменилась, достоверно увеличилась доля самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений до 69,2% ($p<0,05$), сократилась доля больничных зданий до 30,8% ($p<0,05$). Удельный вес поликлиник в составе детских учреждений, требующих капитального ремонта не изменился (в 2012 г. – 19,2%).

Установлено, что не все указанные учреждения имели различные виды благоустройства. В 2012 г. водопровод был только в 95,6% зданий, горячее водоснабжение – в 88,2%, центральное отопление – в 95,6%, канализация – в 94,1% и телефонная связь – в 91,2% учреждениях.

Таким образом, в рамках реструктуризации в сети лечебно-профилактических учреждений РТ, оказывающих медицинскую помощь детям, проведено сокращение числа всех видов учреждений, в том числе располагающихся в сельской местности и проводится развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров, с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

4.2. Коечный фонд

В результате реформирования сферы здравоохранения, в частности реорганизации стационарной помощи и планомерного сокращения коечного фонда в РТ произошло сокращение числа коек круглосуточного наблюдения

для детского населения к 2012 г. по сравнению с 2001 г. на 25,3% (с 5 453 до 4 073 коек).

Параллельно снижалась и обеспеченность детского населения РТ койками. В 2012 г. этот показатель составил 67,2 на 10 000 населения, что в 1,5 раза меньше, чем в 2001 г. (рис. 4.1). При моделировании трендов был установлен высокий R^2 – 0,864.

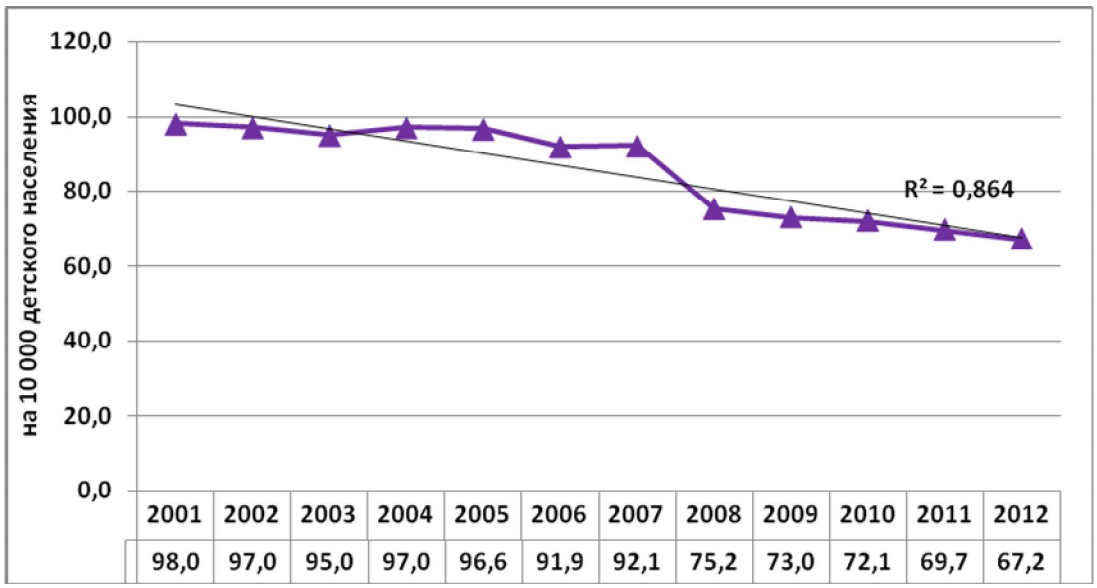


Рис. 4.1. Обеспеченность койками круглосуточного пребывания детского населения в РТ (на 10 000 детского населения)

Сокращалось число коек всех профилей, в первую очередь, педиатрических на 26,6%. На 12,6% стало меньше коек хирургического профиля, на 27,9% - других профилей.

Вместе с этим, несмотря на различную интенсивность сокращения коек, структура коечного фонда практически не изменилась. Основную часть составляли педиатрические койки – 60,1% в 2001 г. и 59,1% в 2012 г., на хирургические койки приходилось 28% и 27%, соответственно.

Обеспеченность педиатрическими койками сократилась на 15,2%, и в 2012 г. она составила 39,7 на 10 000 детского населения (табл. 4.2).

Примерно в той же степени уменьшилось число чисто педиатрических коек – на 15,4%. Наиболее значительно были сокращены

гастроэнтерологические (на 75,2%), гематологические (на 76,6%) и пульмонологические (на 40,2%) койки. Обеспеченность педиатрическо–соматическими койками и койками для недоношенных детей в 2012 г. стала меньше более чем на 20%, детскими эндокринологическими койками – на 17,2%. В РТ детских кардиоревматологических коек немного, в 2001 г. их было 0,69 на 10 000 населения соответствующего возраста. Число коек данного профиля к 2012 г. увеличилось до 0,83 на 10 000 детей (на 20,3%).

Таблица 4.2

Обеспеченность койками педиатрического профиля в РТ

(на 10 000 детского населения)

Профиль коек	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Педиатрического (терапевтического) профиля	46,8	41,6	41,8	41,2	39,7	-15,2
из них: педиатрические	33,1	29,1	29,9	30,1	28,0	-15,4
в том числе - педиатрические - соматические	28,7	23,0	23,5	23,6	22,4	-22,0
- для недоношенных детей	84,5	89,2	74,6	73,0	67,4	-20,2
- для грудных детей	2,25	10,9	8,62	8,54	-	
- кардиоревматологические	0,69	0,74	0,78	0,76	0,83	20,3
- гастроэнтерологические	2,66	1,85	1,9	1,37	0,66	-75,2
- аллергологические	1,6	1,9	1,7	1,67	1,5	-6,3
- эндокринологические	0,64	0,65	0,67	0,66	0,53	-17,2
- гематологические	1,07	0,49	0,4	0,27	0,25	-76,6
- нефрологические	2,17	2,37	2,58	2,51	2,23	2,8
- ревматологические	-	0,1	-	-	-	-
- пульмонологические		4,38	3,94	3,85	2,95	-40,2

Положительным моментом является рост показателя обеспеченности койками для грудных детей (почти в 4 раза). На прежнем уровне сохраняется

обеспеченность детского населения республики аллергологическими и нефрологическими койками.

В структуре коечного фонда педиатрического профиля в 2001 г. наибольшая часть приходилась на пульмонологические койки (14,9%) и койки для недоношенных детей (13%). Далее по мере убывания располагались койки гастроэнтерологического (8%), нефрологического (6,6%) и аллергологического (4,8%) профиля. На прежнем уровне сохраняется обеспеченность детского населения РТ койками хирургического профиля – темп прироста всего 1%. Были сокращены большинство видов детских хирургических коек: койки для торакальной хирургии на 70,6%, общей хирургии на 23,1%, нейрохирургические на 15,8%, урологические на 9,6% и ортопедические на 7% (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Обеспеченность койками хирургического профиля в РТ (на 10 000 детского населения)

Профиль коек	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Хирургического профиля	9,29	11,3	11,0	9,92	9,38	1,0
из них: - хирургические общие	3,6	4,01	3,53	2,83	2,77	-23,1
- нейрохирургические	0,76	0,74	0,59	0,74	0,64	-15,8
- торакальной хирургии	0,51	0,18	0,21	0,19	0,15	-70,6
- кардиохирургические	-	0,42	0,43	0,49	0,43	-
- сосудистой хирургии	-	0,07	0,12	0,12	0,08	-
- травматологические	1,6	1,49	1,61	1,43	1,78	11,3
- ожоговые	-	0,57	0,48	0,46	0,43	-
- ортопедические	0,43	0,97	0,76	0,71	0,4	-7,0
- урологические	1,57	1,49	1,59	1,59	1,42	-9,6
- стоматологические	0,1	0,34	0,35	0,29	0,33	230,0
- гнойной хирургии	0,71	1,02	1,3	1,08	0,94	32,4

Вместе с этим, на 32,4% увеличилась обеспеченность койками для гнойной хирургии, на 11,3% - травматологического и в 3 раза стоматологического профиля. Обеспеченность кардиохирургическими койками, койками для сосудистой хирургии, а также для ожоговых больных сохранилась на прежнем уровне.

Сохранилась и структура хирургических коек для детей. В 2001 и 2012 гг. первые ранговые места занимали общие хирургические, травматологические и урологические койки.

Среди специализированных коек других профилей были сокращены койки для больных туберкулезом (на 53,8%), инфекционные (на 30,4%), отоларингологические (27,4%) и офтальмологические (13,7%) койки. Вместе с этим, повысилась обеспеченность дерматовенерологическими койками на 38,5% и осталась прежней обеспеченность неврологическими, онкологическими и психиатрическими койками. Наибольшая часть среди указанных специализированных коек приходилась на инфекционные, неврологические и психиатрические койки.

Во всех регионах РТ обеспеченность детскими койками была не ниже республиканского уровня. Обращало внимание, что если в Казани отмечались наиболее высокие показатели обеспеченности койками педиатрического профиля, то в Набережных Челны они были стабильно самыми низкими среди всех регионов РТ (табл. 4.4). За период 2001-2012 гг. произошло сокращение коечного фонда в большинстве регионов РТ. Наиболее значимым этот процесс был в Казани (темп снижения 32,2%), Северо-Восточном (темп снижения 25,8%) и Юго-Восточном (темп снижения 22,6%) регионах. В Набережных Челны, Предволжском и Северо-Западном темпы снижения обеспеченности койками педиатрического профиля были существенно меньше – 10,9%, 10,1% и 8,3%. На 25,3% повысилась обеспеченность койками данного профиля в Закамском и практически не изменилась (темп прироста на 3,3%) – в Предволжском регионах.

Таблица 4.4

Обеспеченность койками педиатрического профиля в регионах РТ

(на 10 000 детского населения)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	33,1	29,1	29,9	30,1	28,0	-15,4
Казань	**46,9**	**38,7**	**36,9**	**35,2**	**31,8**	-32,2
Набережные Челны	**26,5**	**24,5**	**22,7**	**29,3**	**23,6**	-10,9
Северо-Западный р-н	47,2	32,7	35,0	34,4	43,3	-8,3
Северо-Восточный р-н	39,6	37,9	36,5	33,8	29,4	-25,8
Юго-Восточный р-н	46,8	40,9	40,7	38,3	35,6	-22,6
Закамский р-н	40,7	34,7	36,3	36,2	51,0	25,3
Предкамский р-н	33,4	29,4	32,0	33,5	34,5	3,3
Предволжский р-н	35,7	29,4	32,2	31,0	32,1	-10,1

В республике продолжается развитие стационарозамещающих технологий медицинской помощи детскому населению. **Стационары дневного пребывания** организованы, и работают во всех территориях республики и развернуты в учреждениях всех уровней. Число коек в них постоянно растет. За период 2011-2013 гг. количество коек дневного стационара для детей увеличилось на 146 единиц и составило 953, из них 432 койки - при стационарах, 488 - при АПУ и 33 койки – дневного стационара на дому. Всего в 2013 г. было пролечено 26395 детей (2012 - 22792 детей).

Деятельность стационара дневного пребывания детей характеризуется стабильными показателями: средняя длительность лечения одного больного в 2013 г. составила 11,9 дней (2011 - 11,8), оборот койки - 27,9 (2011 - 27,3) и средняя занятость койки 332 дня (2011 -321).

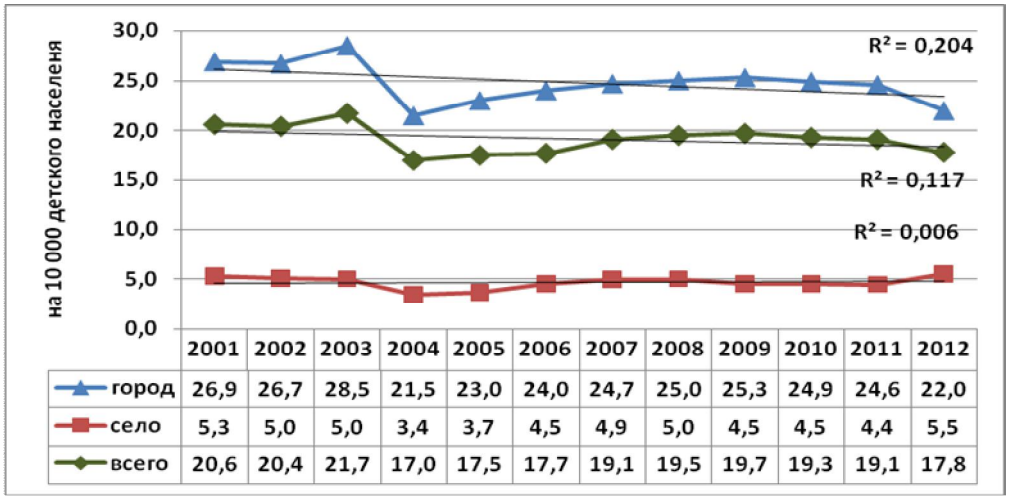
Таким образом, в РТ проведена оптимизация коечного фонда, направленная на сокращение неэффективно работающих круглосуточных коек и повышение интенсивности работы имеющихся, а также повышение их специализации, что одновременно сопровождалось развитием стационаро-

замещающих технологий. Во всех районах РТ, кроме г. Набережные-Челны, отмечается высокая обеспеченность педиатрическими койками.

4.3. Кадровый потенциал

Численность врачей всех специальностей педиатрического профиля в РТ за анализируемый период характеризовалась колебаниями от 1,3 тыс. до 1,4 тыс. человек. Максимальные значения регистрировались в 2003 г. – 1451, минимальные в 2012 г. – 1301 врачей всех специальностей. В целом произошло сокращение числа врачей педиатрического профиля на 10%.

Аналогичная направленность имела место в отношении обеспеченности врачебными кадрами педиатрического профиля. Данный показатель снизился на 13,6% (с 20,6 в 2001 г. до 17,8 в 2012 на 10 000 детского населения), однако, в связи с его значительными колебаниями по годам общая тенденция к снижению не была значимой, R^2=0,117 (рис. 4.2).



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
город	26,9	26,7	28,5	21,5	23,0	24,0	24,7	25,0	25,3	24,9	24,6	22,0
село	5,3	5,0	5,0	3,4	3,7	4,5	4,9	5,0	4,5	4,5	4,4	5,5
всего	20,6	20,4	21,7	17,0	17,5	17,7	19,1	19,5	19,7	19,3	19,1	17,8

Рис. 4.2. Обеспеченность врачами педиатрического профиля в РТ (на 10 000 детского населения)

Подавляющее большинство детских врачей находятся в городе и их доля в основном постоянна - 92-94%. В связи с этим имеют место существенные различия в обеспеченности городского и сельского населения педиатрическими кадрами в 4-6 раз. Сокращение численности врачей

педиатрического профиля в городе произошло на 18,2% (с 26,9 в 2001 г. до 22,0 в 2012 г. на 10 000 детского населения). По сравнению с 2001 г. обеспеченность детскими врачами в сельской местности к 2012 г. выросла на 7,5%. Однако указанные тенденции не были достоверными, так как при моделировании трендов выявлены низкие коэффициенты аппроксимации: в городе – 0,204, в селе – 0,006. Вместе с этим, в 2012 г. разрыв между показателями обеспеченности врачами педиатрического профиля детского населения города и села сократился до 4 раз.

В РТ среди всех врачей педиатрического профиля педиатры составляли 1,1-1,3 тыс. человек, при этом педиатров участковых насчитывалось около 700 человек, педиатров-неонатологов – 120-130 человек.

В структуре врачей педиатрического профиля наибольшую долю составляли врачи-педиатры (в 2001 г. 75,7%), далее стоматологи (9,8%), эндокринологи (7,8%), хирурги (4,5%), неонатологи (1%). Детские врачи других специальностей составляли менее 1%. За прошедший период структура врачебных кадров практически не изменилась. В 2012 г. врачи педиатры составляли 76,4%, стоматологи – 8,9%, эндокринологи - 8%, хирурги - 5,7%, неонатологи - 1%.

Снижение обеспеченности педиатрическими кадрами происходило за счет сокращения численности педиатров на 13,9%, неонатологов – на 38,1%, стоматологов – на 17,8%. В основном это были городские кадры (на 18,2%), в сельской местности имел место прирост показателя на 4,3% (табл. 4.5). И в городе и в селе сократилась обеспеченность детского населения неонатологами – на 18,5% и 25,8%. Снижается кадровый потенциал среднего медицинского персонала.

Положительным моментом является тенденция к повышению обеспеченности сельских жителей педиатрами и участковыми педиатрами.

Только половина врачебных кадров и несколько более 70% средних медицинских работников имели категорию. Доля детских врачей, имеющих категорию, сократилась (на 15,4%), в 2012 г. она составила 49,4% к общей

численности врачей данной специальности. Это произошло за счет педиатров и участковых педиатров. Наиболее высокие темпы снижения отмечались среди врачей сельской местности. Следует отметить, что за период 2001-2012 гг. на 21,3% увеличилась численность неонатологов, имеющих категорию.

Таблица 4.5

Обеспеченность медицинскими кадрами педиатрического профиля в РТ (на 10 000 детского населения)

Профиль кадров	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	20,6	17,7	19,5	19,3	17,8	-13,6
- педиатры	18,7	16,1	17,5	17,6	16,1	-13,9
- педиатры участковые	-	9,91	11,8	11,1	9,88	-
- педиатры-неонатологи*	38,93	34,2	30,3	27,4	24,1	-38,1
- эндокринологи	0,24	0,18	0,25	0,22	0,23	-4,2
- стоматологи	2,42	2,11	2,16	1,99	1,98	-17,8
- медсестры участковые	-	12,9	12,5	13,1	12,6	-
Город	26,9	24,0	25,0	24,9	22,0	-18,2
- педиатры	24,2	21,6	22,7	22,5	19,8	-18,2
- педиатры участковые	-	12,7	13,2	13,6	11,5	-
- педиатры-неонатологи*	37,8	45,4	37,1	30,9	30,8	-18,5
- медсестры участковые	-	16,0	15,2	15,9	14,7	-
Село	5,29	4,52	5,01	4,54	5,52	4,3
- педиатры	5,09	4,52	5,01	4,54	5,47	7,5
- педиатры участковые	-	4,29	4,92	4,44	5,14	-
- педиатры-неонатологи*	1,2	-	-	-	0,89	-25,8
- медсестры участковые	-	-	-	-	6,27	-

* на 10 000 детей в возрасте до 1 года

Если в целом доля медицинских сестер, имеющих категорию, находилась на одном уровне, то в городе она увеличилась, а в сельской

местности сократилась. В 2012 г. этот показатель составил 74,4%, 74,6% и 72,3%, соответственно.

Анализ показал, что число занятых должностей медицинских работников педиатрического профиля в лечебно-профилактических учреждениях РТ за 2001-2012 гг. практически не изменилось как в целом – темп снижения 1,8%, так в городе – 0,9%. В сельской местности этот процесс происходил более интенсивно – снижение на 14%, особенно среди неонатологов – на 71,4%. Число занятых должностей участковых педиатров увеличилось на 10,3% за счет сельских кадров (на 28%). Занятость должностей медицинских сестер в целом имеет направленность к снижению (на 5,7%), за счет городских учреждений (на 7,1%). В сельской местности наблюдается положительная динамика этого показателя (на 7,8%).

Аналогичные тенденции отмечаются в отношении численности физических лиц медицинских работников педиатрического профиля в лечебно-профилактических учреждениях РТ – темп снижения 2,9% (в городе на 3,6%, в селе – повышение на 4,3%). Выявлен прирост участковых педиатров (на 17,7%) и снижение неонатологов (на 10,9%). Имеет место тенденция к снижению физических лиц среднего медицинского персонала (на 6,6%).

Коэффициент совместительства медицинских работников педиатрического профиля в лечебно-профилактических учреждениях РТ, 2001-2012 гг. сохраняется практически на одном уровне (темп прироста - 1,3%). В 2012 г. он составил 1,58 ед., в городе несколько выше (1,61), чем в селе (1,2). Повышается уровень совместительства неонатологов – на 10,3%, при этом в селе интенсивнее, чем в городе – 24,3% против 10,3%. Следует отметить, что в сельской местности снизился коэффициент совместительства среди педиатров (на 18,4%) и участковых педиатров (на 17,9%).

Показатели укомплектованности медицинскими кадрами педиатрического профиля в РТ находятся стабильно на высоком уровне (темп снижения 0,1%). Это касается всех специальностей.

Укомплектованность сельскими педиатрическими кадрами ниже городских - 97,9% против 95,1% (2012 г.). Укомплектованность педиатрами и участковыми педиатрами в 2001 г. не превышала 85%, а медицинскими сестрами 91%. За анализируемый период произошли существенные изменения и укомплектованность медицинскими работниками указанных специальностей повысилась на 13,4%, 16% и 7%.

Динамика обеспеченности врачами педиатрического профиля в лечебно-профилактических учреждениях в регионах РТ имела разнонаправленные тенденции. Она снижалась в Казани на 29,3% (с 33,4 до 23,6 на 10 000 детского населения), Набережных Челны на 34,5% (с 20,3 до 13,3), Юго-Восточном регионе на 13,8% (с 15,9 до 13,7) и Северо-Восточном регионе на 8,3% (с 15,6 до 14,3) (табл. 4.6).

Таблица 4.6

Обеспеченность врачами педиатрического профиля в лечебно-профилактических учреждениях регионов РТ (на 10 000 детского населения)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	22,2	19,2	20,8	20,7	18,9	-14,9
Казань	**33,4**	**27,1**	**26,9**	**26,2**	**23,6**	-29,3
Набережные Челны	20,3	15,6	18,0	15,1	13,3	-34,5
Северо-Западный р-н	12,8	10,7	12,1	12,5	14,3	11,7
Северо-Восточный р-н	15,6	12,8	14,4	15,5	14,3	-8,3
Юго-Восточный р-н	15,9	14,2	15,6	15,2	13,7	-13,8
Закамский р-н	9,7	9,5	10,9	10,9	10,9	12,0
Предкамский р-н	8,7	7,6	10,0	10,7	11,4	31,5
Предволжский р-н	9,3	7,1	8,6	9,8	9,5	2,8

Прирост показателей был зарегистрирован в регионах, в которых в 2001 г. отмечались самые низкие показатели обеспеченности педиатрическими кадрами, - в Предкамском (на 31,5%), Закамском (на 12%) и Северо-Западном (на 11,7%). Однако положительная динамика указанных

показателей в перечисленных территориях не привела к уровню РТ в целом. Следует отметить, что стабильное превышение показателей республиканского уровня обеспеченности врачами педиатрического профиля отмечалось только в Казани.

Иная динамика в регионах наблюдалась в отношении обеспеченности участковыми врачами педиатрического профиля. За период 2001-2012 гг. почти во всех территориях РТ был зарегистрирован значительный рост данного показателя – в 1,5-3,2 раза (табл. 4.7). Исключение составили крупные города Казань и Набережные Челны, где темпы изменения показателей составляли (-) 2,6% и (+) 6,9%, соответственно. Стабильное превышение показателей республиканского уровня обеспеченности участковыми педиатрами отмечалось только в Казани и в отдельные годы в Набережных Челны и Юго-Восточном регионе.

Таблица 4.7

Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми в лечебно-профилактических учреждениях регионов РТ (на 10 000 детского населения)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	7,07	9,95	11,0	11,1	9,91	40,2
Казань	**11,7**	**12,8**	**13,2**	**13,6**	**11,4**	-2,6
Набережные Челны	**7,5**	**10,1**	**11,3**	9,5	8,02	6,9
Северо-Западный р-н	3,44	8,7	9,9	10,2	10,8	214,0
Северо-Восточный р-н	5,72	9,29	10,0	11,2	10,2	78,3
Юго-Восточный р-н	6,71	**10,3**	**11,5**	10,9	9,29	38,5
Закамский р-н	3,35	6,95	8,2	8,4	8,27	146,9
Предкамский р-н	2,51	7,0	9,6	9,6	9,55	280,5
Предволжский р-н	2,62	6,27	7,7	8,8	8,49	224,0

Самая низкая обеспеченность детского населения участковыми врачами в 2012 г. регистрировалась в Закамском регионе (8,27) и в Набережных

Челны (8,02).

Таким образом, в РТ во всех районах отмечается снижение обеспеченности детского населения врачами (педиатрами, неонатологами) и средним медицинским персоналом, что, возможно, связано с проводимыми преобразованиями в системе детского здравоохранения и значительным увеличением численности детского населения в последние годы. Вместе с этим, сохраняется достаточная укомплектованность врачебных должностей и невысокий коэффициент совместительства.

4.4. Первичная медико-санитарная помощь

Анализ деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений показал, что численность прикрепленного детского населения в возрасте 0-17 лет сократилась на 20,2% (с 932,5 тыс. в 2001 г. до 744,2 тыс. человек в 2012 г.) (табл. 4.8).

Таблица 4.8

Характеристика педиатрических поликлинических учреждений РТ (абс.)

Показатели	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Численность прикрепленного детского населения в возрасте 0-17 лет	932520	762166	723947	727680	744158	-20,2
В том числе в возрасте 0-1 года	38337	40057	47609	47304	51318	33,9
Мощность поликлиник	10419	10921	9304	8829	10462	0,4
Число врачебных участков	725	758	844	854	857	18,2

Вместе с тем, численность прикрепленных к поликлинике детей в возрасте до 1 года жизни значительно увеличилась – на 33,9% (с 38,3 тыс.до 51,3 тыс. человек). На 18,2% стало больше врачебных участков (с 725 до 857), однако мощность детских поликлиничеких учреждений практически не изменилась – темп прироста составил только 0,4%. В 2001 и 2012 г. было 10,4

тыс. посещений. Следует отметить, что все таки есть положительные тенденции в этом отношении, которые заключаются в том, что после постоянного снижения мощности детских поликлиник её уровень в 2012 г. вернулся к уровню начала века.

В связи с переходом на трехуровневую систему оказания медицинской помощи и организацией ряда специализированных центров произошли существенные изменения в отношени штатных должностей детских поликлинических учреждений. Так, было проведено сокращение штатных должностей многих специальностей: терапевтов подростковых кабинетов (на 87,1%), неонатологов (на 75%), подростковых психиатров (на 40,7%), подростковых психиатров участковых (на 55,6%), детских психиатров (на 20,1%), детских психиатров участковых (на 21,5%), фтизиатров (на 15,2%) и отоларингологов (на 13,6%). Вместе с этим, потребовалось расширение штатных должностей городских педиатров (в 3,3 раза), детских хирургов (на 22%) и эндокринологов (на 18,3%). Практически на прежнем уровне сохранились штатные должности педиатров, неврологов, офтальмологов.

Следует отметить, что сокращение штатных должностей в детских поликлиниках сопровождалось снижением посещаемости соответствующих специалистов детьми и подростками. Значительная часть посещений происходила в связи с заболеваемостью. На их долю в 2012 г. приходилось у педиатров в целом 45,6%, у участковых педиатров – 59,6%, у детских хирургов – 38,3%, у детских эндокринологов – 50%, у детских психиатров - 70,7%, у подростковых психиатров – 85,4%. Число посещений по заболеваемости увеличилось только у участковых педиатров с 1645119 до 2027916 (на 23,3%). В остальных случаях этот показатель снижался, что было связано с сокращением штатных должностей по соответствующим специальностям.

Важным показателем амбулаторно-поликлинической помощи является охват профилактическими осмотрами детского населения РТ, подлежащего периодическим осмотрам. Были установлены положительные тенденции в

этом отношении, особенно это касалось подростков. Так, число осматриваемых детей в возрасте 0-14 лет увеличилось только на 2,5% (с 44,7 до 45,8 тыс. чел.), подростков в возрасте 15-17 лет - на 26,7% (с 99,8 до 126,5 тыс. чел.). Отмечен высокий показатель охвата профилактическими осмотрами. Так, в 2012 г. у детей он составлял 99% (среди школьников – 99,7%), у подростков – 98,8% (среди школьников – 99,4%) и у детей первого года жизни – 100%.

Таким образом, в связи с переходом на трехуровневую систему и созданием специализированных центров первичная медицинская помощь детскому населению РТ характеризуется снижением числа штатных врачебных должностей различных специальностей и посещений амбулаторно-поликлинических учреждений при сохраняющейся их мощности и, как следствие, снижением числа лиц, получивших данную помощь. Характерен также н высокий показатель охвата профилактическими осмотрами детского населения всех возрастных групп.

4.5. Стационарная помощь

Одним из основных направлений развития системы здравоохранения в РТ была выбрана реорганизация стационарной помощи. Предпринята попытка, оптимизируя деятельность стационарных учреждений, перевести центр тяжести объемов медицинских услуг на первичную медицинскую помощь.

Стационарное лечение в настоящее время ежегодно получает почти 18 тыс. детей и подростков РТ. Основные показатели больничной помощи детскому населению РТ представлены в табл. 4.9.

Ретроспективный анализ динамики основных показателей больничной помощи за 2001-2012 гг. выявил низкий уровень использования коечного фонда и объемов стационарной помощи. Так, за указанный период число детей в возрасте 0-17 лет, поступивших в стационары, снизилось с 178136 до

166034 человек (на 6,8%). Среднее число дней занятности педиатрической койки в году находится на низком уровне (303-333 дней) и не имеет существенных положительных тенденций (прирост на 5,9%). С другой стороны среднее число дней пребывания больного на койке сократилось с 12, 1 до 9,1 (на 28,9%) и в связи с этим увеличился оборот койки с 23,6 до 30% (27,1%).

Таблица 4.9

Охват детского населения РТ стационарной помощью, использование коечного фонда

Показатели	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Число больных, поступивших в стационары	178136	171493	168778	166231	166034	-6,8
Показатель госпитализации на 100 детского населения	19,2	22,6	23,4	23,2	22,7	18,5
Среднее число дней занятности койки в году	303	333	330	303	321	5,9
Среднее число дней пребывания больного на койке	12,8	10,2	9,9	9,1	9,1	-28,9
Оборот койки	23,6	27,9	29,3	28,9	30,0	27,1

Вместе с этим, значительно увеличилось число госпитализированных детей в возрасте первого года жизни с 32932 до 43098 человек (на 30,9%). В соответствии с этим их доля среди всех поступивших детей выросла с 18,5% до 26%. Однако, уровень госпитализации на 100 детского населения не имел существенной динамики. Показатель госпитализации детей в возрасте 0-17 лет в 2001 г. составлял 19,2, а в 2012 г. – 22,7 на 100 населения соответствующего возраста, детей в возрасте до 1 года – 92,8 и 91,8, соответственно.

Среднее число дней занятости койки педиатрического (терапевтического) профиля в году увеличивалось не столь интенсивно с 290 до 320 дней (на 11,9%), что является недостаточным для оказания

качественной стационарной помощи детскому населению РТ (табл. 4.10).

Таблица 4.10

Средняя занятость койки педиатрического профиля в году в РТ (в днях)

Профиль коек	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Педиатрического (терапевтического) профиля	303	333	330	303	321	5,9
из них: педиатрические	290	328	327	304	320	10,3
в том числе - педиатрические - соматические	293	334	322	310	328	11,9
- для недоношенных детей	271	306	352	280	**286**	5,5
- для грудных детей	484	310	308	298	-	
- кардиоревматологические	327	362	355	362	370	13,1
- гастроэнтерологические	346	342	348	282	352	1,7
- аллергологические	348	308	356	337	360	3,4
- эндокринологические	316	385	385	317	401	26,9
- гематологические	342	335	352	332	376	9,9
- нефрологические	334	326	320	295	**300**	-10,2
- пульмонологические	326	362	321	283	344	5,5

Самые низкие показатели в 2012 г. отмечались в отношении работы коек для недоношенных детей (286 дней), нефрологических коек (300 дней). Занятость других специализированных коек для детей в основном увеличивалась, за исключением нефрологических коек, которая за анализируемый период сократилась на 10,2%. Выросла занятость эндокринологических (на 26,9%) кардиоревматологических (на 13,1%) и гематологических (на 9,9%) коек. Следует отметить, что показатель занятости коек для недоношенных детей являлся не только самым низким, но и не имел существенной тенденции к росту (на 5,6%). Практически не

менялась интенсивность использования пульмонологических коек (прирост на 5,5%).

На прежнем уровне сохранялась занятость детских хирургических коек. К 2012 г. она стала составлять 330 дней (табл. 4. 11).

Таблица 4.11

Средняя занятость койки хирургического профиля в году в РТ (в днях)

Профиль коек	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Хирургического профиля	303	344	330	310	322	6,3
из них: - хирургические общие	284	341	317	354	330	16,2
- нейрохирургические	234	317	312	282	317	35,5
- торакальной хирургии	394	319	343	278	**228**	-42,1
- кардиохирургические	-	303	263	183	**231**	-23,8
- сосудистой хирургии	-	491	604	226	359	-26,9
- травматологические	330	371	310	323	294	-10,9
- ожоговые	-	258	294	263	**284**	10,1
- ортопедические	348	373	303	221	387	11,2
- урологические	301	364	350	324	360	19,6
- стоматологические	323	405	446	383	308	-4,6
- гнойной хирургии	321	323	371	311	341	6,2

В целом за весь период показатель занятости хирургической койки увеличился на 16,2%. Это произошло за счет роста занятости нейрохирургических (на 35,5%) урологических (на 19,6%) и ортопедических (на 11,2%) коек. Наблюдалась самая низкая занятость коек торакальной хирургии (228 дней) и кардиохирургических (231 дней) коек. При этом, указанный показатель не имеет положительных тенденций в своей динамике. Занятость коек торакальной хирургии сократилась на 42,1%, кардиохирургических - на 23,8%.

Сохранялась недостаточность занятости детских онкогематологических коек – в 2012 г. 284. Снизилось использование отоларингологических коек -

на 10,5%. С другой стороны, отмечался рост использования инфекционных коек - на 69,7%, дерматовенерологических коек – на 33,7% и офтальмологических – на 18,3%. Практически не изменилась занятость детских психиатрических, неврологических коек и коек для детей больных туберкулезом. Важно, что, несмотря на неравномерность использования коечного фонда педиатрического профиля, оборот специализированных коек увеличился (табл. 4.12).

Таблица 4.12

Оборот койки педиатрического профиля в году в РТ (человек в год)

Профиль коек	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Педиатрического (терапевтического) профиля	23,6	27,9	29,3	28,9	30,0	27,1
из них: педиатрические	23,4	28,0	29,7	29,4	31,1	32,9
в том числе - педиатрические - соматические	24,6	30,7	32,5	31,9	34,1	38,6
- для недоношенных детей	15,1	17,4	18,7	20,2	18,9	25,2
- для грудных детей	34,9	21,5	24,6	23,6	-	-
- кардиоревматологические	21,8	25,8	26,4	28,1	30,6	40,4
- гастроэнтерологические	25,6	24,7	28,3	24	32,6	27,3
- аллергологические	28,1	29,2	35,2	34,1	36,1	28,5
- восстановительного лечения	-	-	-	-	13,2	-
- эндокринологические	34,2	28,2	32,9	29,8	36,3	6,1
- гематологические	13,1	18,1	24,2	25,2	27,5	109,9
- нефрологические	24,0	24,8	25,6	25,7	26,0	8,3
- пульмонологические	23,8	31,7	26,6	26,8	33,0	38,7

Так, оборот педиатрических (терапевтических) коек за период 2001-2012 гг. вырос с 23,6 до 30 человек в год (на 27,1%), хирургических – с 33 до 42,1 (на 27,6%). Среди педиатрических коек наиболее интенсивно увеличился оборот кардиоревматологических (на 40,4%), пульмонологических (на 38,7%), педиатрических соматических (на 38,6%) и более чем в 2 раза

гематологических коек.

Почти на одну треть вырос оборот аллергологических (на 28,5%) и гастроэнтерологических (на 27,3%) коек и на одну четверть оборот коек для недоношенных (на 25,2%) детей. В 2012 г. самый низкий показатель оборота был зарегистрирован на койках для недоношенных детей – 18,9 человек в год, что, возможно, связано с особенностями течения заболеваний у данной категории детей. Высокий показатель оборота койки имел место на койках эндокринологического (36,3 человек в год), аллергологического (36,1) и пульмонологического (33,0) профиля.

Работа детских хирургических коек повышалась еще более интенсивно. Так, почти в 2 раза увеличился оборот нейрохирургических и ортопедических коек (табл. 4.13). На 44,6% вырос оборот урологических коек, на 40,1% - оборот коек для торакальной хирургии, на 37,4% - оборот травматологических коек. Этот показатель сократился только в отношении детских хирургических стоматологических коек с 42,5 до 32,8 человек в год (на 22,8%).

Следует отметить высокий уровень оборота общих хирургических коек (в 2012 г. 59,3 человека в год), коек для торакальной хирургии (56,6), урологических коек (41,8) и коек для гнойной хирургии (41,1). Со спецификой течения заболеваний связан относительно низкий оборот кардиохирургических (25,5) и ожоговых (25,3) коек.

За период 2001-2012 гг. вырос оборот и других специализированных коек: инфекционных (в 2,4 раза), дерматовенерологических (на 55,1%), офтальмологических (на 39,9%), психиатрических (на 37,2%) и неврологических (на 30%). Практически на одном уровне находился средний показатель оборота коек для детей больных туберкулезом – в 2001 г. 2,8, в 2012 г. 3,0 человека в год. При этом данный показатель являлся самым низким среди всех специализированных коек. Самая высокая интенсивность работы койки регистрировалась в отношении инфекционного профиля – 55,9 человек в 2012 г.

Таблица 4.13

Оборот койки хирургического профиля в году в РТ (человек в год)

Профиль коек	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Хирургического профиля	33,0	38,1	39,6	41,2	42,1	27,6
из них: - хирургические общие	43,8	50,7	51,2	58,4	59,3	35,4
- нейрохирургические	18,6	28,7	29,1	31,0	36,7	97,3
- торакальной хирургии	40,4	49,4	50,1	72,5	56,6	40,1
- кардиохирургические	-	23,4	27,2	25,4	25,5	-
- сосудистой хирургии	-	31,9	58,4	28,6	32,2	-
- травматологические	21,4	30,8	29,7	34,6	29,4	37,4
- ожоговые	-	21,9	26,6	22,7	25,3	-
- ортопедические	13,7	22	21,8	22,3	31,0	126,3
- урологические	28,9	36,6	36,7	37,1	41,8	44,6
- стоматологические	42,5	45,9	50,5	39,8	32,8	-22,8
- гнойной хирургии	33,8	36,1	41,8	41,5	41,1	21,6

Средняя длительность лечения в стационарах педиатрического профиля в РТ в 2001-2012 гг. сокращалась в основном за счет больных инфекционными заболеваниями – темп снижения на 31% (табл. 4.14).

Интенсивно сокращались сроки пребывания в стационаре больных заболеваниями органов пищеварения (на 24,3%), органов дыхания (на 21,3%), травмами и отравлениями (на 24,3%), болезнями мочеполовой (на 19,5%), нервной системы (на 19,3%), крови и кроветворных органов (на 18,3%). Реже средняя длительность пребывания в стационаре увеличивалась. Это касалось больных с осложнениями беременности и родов (прирост на 24%), психическими расстройствами (на 14,1%), эндокринными заболеваниями (на 11,4%). Самое продолжительное лечение в стационаре требуют больные с психическими расстройствами (в 2012 г. 29,1 дней), наименьшее – больные с осложнениями беременности и родов (6,2 дня), болезнями системы кровообращения (6,7 дня) и болезнями органов

пищеварения (7,8 дня).

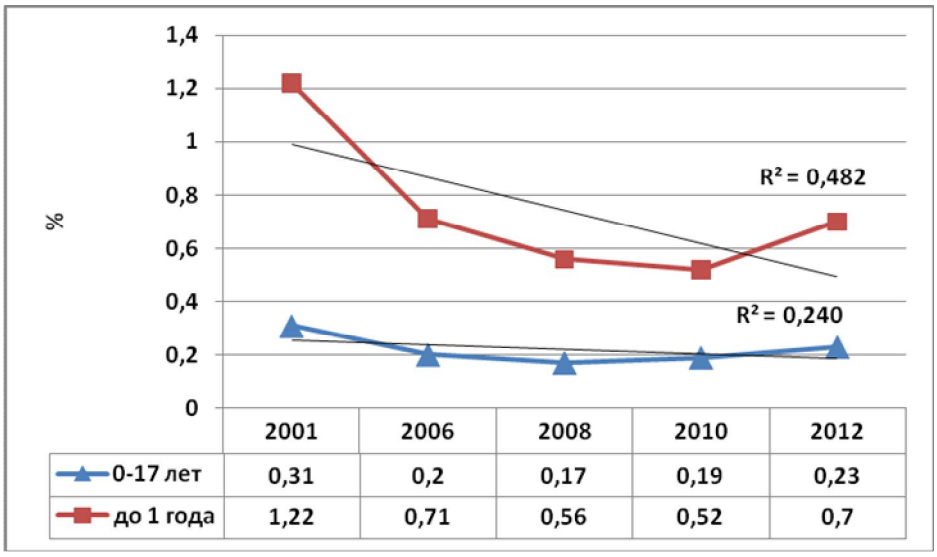
Таблица 4.14

Средняя длительность лечения в стационарах педиатрического профиля в РТ (в днях)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	12,8	10,2	9,9	9,1	9,1	-28,9
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	12,6	11,1	10,0	9,4	8,7	-31,0
новообразования	14,8	13,7	13,3	12,7	11,2	-24,3
болезни крови, кроветворных органов	15,3	15,2	12,9	13,1	12,5	-18,3
болезни эндокринной системы	10,5	13,4	11,8	11,1	11,7	11,4
психические расстройства	25,5	34,3	37,4	29,8	29,1	14,1
болезни нервной системы	14,5	12,8	12,5	11,6	11,7	-19,3
болезни глаза и его придаточного аппарата	9,5	9,8	10,2	9,4	8,7	-8,4
болезни уха и сосцевидного отростка	11,0	10,3	9,8	8,8	9,1	-17,3
болезни системы кровообращения	11,0	8,1	7,2	6,8	6,7	-39,1
болезни органов дыхания	10,8	9,3	9,3	8,2	8,5	-21,3
болезни органов пищеварения	10,3	8,7	8,3	7,9	7,8	-24,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	10,1	8,5	9,1	8,7	8,6	-14,9
болезни костно-мышечной системы	14,7	13,6	12,8	12,2	12,8	-12,9
болезни мочеполовой системы	11,8	11,2	10,9	9,9	9,5	-19,5
осложнения беременности и родов	5,0	6,3	6,6	6,9	6,2	24,0
отдельные состояния перинатального периода	9,6	9,8	9,3	9,0	8,8	-8,3
врожденные аномалии (пороки развития)	12,7	12,5	11,5	10,5	10,9	-14,2
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10,1	9,1	8,7	7,5	8,1	-19,8

Одним из показателей стационарной помощи является больничная летальность. В 2001 г. в больницах РТ погибло 496 детей в возрасте 0-17 лет, в последующие годы их число интенсивно сокращалось, однако в 2012 г. вновь увеличилось до 377. В целом за анализируемый период число умерших детей в стационарах сократилось на 24%. Наибольшее число случаев смерти детей приходилось на детей в возрасте первого года жизни, доля которых составляла более 80%. Число детей, умерших в возрасте до 1 года жизни, с 2001 г. сократилось с 406 до 303 человек (на 25,4%).

Показатели больничной летальности детского населения в возрасте 0-17 лет за указанный период снизились на 25,8% (с 0,31 до 0,23 на 100 детей выбывших из стационара), а детей первого года жизни на 42,6% (с 1,22 до 0,7) (рис. 4.3). Однако при моделировании трендов было установлено, что тенденция к снижению больничной летальности достоверна только для детей в возрасте первого года жизни – коэффициент аппроксимации был 0,482.



	2001	2006	2008	2010	2012
0-17 лет	0,31	0,2	0,17	0,19	0,23
до 1 года	1,22	0,71	0,56	0,52	0,7

Рис. 4.3. Больничная летальность в детских стационарах РТ (%)

Снижение больничной летальности детей в возрасте 0-17 лет отмечалось в Предкамском (на 85%), Северо-Западном (на 58,3%) и Закамском (на 31,3%) районах (табл. 4.15). Следует отметить, что в ряде территорий данный показатель увеличился довольно значительно: в Набережных Челны в 2 раза,

в Казани и Северо-Восточном регионе на 57,1%. Выше республиканских показателей больничная летальность в Набережных Челны. Аналогичные тенденции отмечались в отношении больничной летальности детей первого года жизни (табл. 4.16).

Таблица 4.15

Больничная летальность детей в возрасте 0-17 лет в регионах РТ (%)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	0,31	0,2	0,17	0,19	0,23	-25,8
Казань	0,05	0,14	0,16	0,15	0,22	57,1
Набережные Челны	0,07	**0,22**	**0,23**	**0,24**	**0,45**	104,5
Северо-Западный р-н	0,15	0,12	0,1	0,12	0,05	-58,3
Северо-Восточный р-н	0,11	0,14	0,16	0,12	0,22	57,1
Юго-Восточный р-н	0,06	0,13	0,13	0,14	0,14	7,7
Закамский р-н	0,06	0,16	**0,19**	0,08	0,11	-31,3
Предкамский р-н	-	0,2	0,04	0,1	0,03	-85,0
Предволжский р-н	0,03	0,06	0,15	0,06	0,07	16,7

Таблица 4.16

Больничная летальность детей первого года жизни по регионам РТ(%)

Регионы РТ	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Республика Татарстан	1,22	0,71	0,56	0,52	0,7	-42,6
Казань	0,63	0,51	0,47	0,51	**0,81**	28,6
Набережные Челны	0,91	**0,84**	**0,94**	**0,85**	**1,56**	71,4
Северо-Западный р-н	0,41	0,35	0,37	0,16	0,16	-61,0
Северо-Восточный р-н	0,63	0,55	0,5	0,3	0,71	12,7
Юго-Восточный р-н	0,5	0,42	0,32	0,32	0,31	-38,0
Закамский р-н	0,72	0,69	**0,68**	0,18	0,39	-45,8
Предкамский р-н	0,99	**0,98**	0,13	0,19	0,06	-93,9
Предволжский р-н	0,37	0,31	**0,59**	-	0,23	-37,8

Практический интерес представляет анализ динамики больничной летальности от различных причин. Установлено значительное снижение гибели детей в стационаре от основных причин: врожденных аномалий (на 82,4%), болезней органов дыхания (на 60%), отдельных состояний перинатального периода (на 55,4%), новообразований (на 48,4%) и инфекционных заболеваний (на 41,7%). Показатели больничной летальности от болезней нервной системы имели значительные колебания от 0,02% до 0,16% и к 2012 г. увеличились по сравнению с 2001 г. на 45,5%, в 7 раз повысились показатели летальности от травм и отравлений.

Структура причин больничной летальности детского населения за указанный период изменилась незначительно. Так, в 2001 г. и в 2012 г. наибольшая доля среди причин приходилась на отдельные состояния перинатального периода – 56,5% и 65%, соответственно. Второе место занимали врожденные аномалии (19,4% и 11,4%), третье – травмы и отравления (5,8% и 5,3%). В связи с снижением летальности детей в возрасте 0-17 лет от болезней органов дыхания они переместились на шестое место (4,4% и 2,9%), а их место заняли новообразования (4,2% и 4,5%). На 7-м месте в 2001 г. находились инфекционные заболевания (3%), в 2012 г. – болезни нервной системы (4,3%).

Важным показателем качества медицинской помощи в стационаре является больничная летальность детей в возрасте до 1 года. Так как больничная летальность детского населения определяется в основном гибелью детей первого года жизни, то структура госпитальной летальности последних была аналогичной.

Первые места в 2001 г. и 2012 г. занимали отдельные состояния перинатального периода (69% и 80,9%, соответственно) и врожденные аномалии развития (20,4% и 11,2%). На третьем месте в 2001 г. находились болезни органов дыхания (3,4%), в 2012 г. – болезни нервной системы (3%). Инфекционные болезни стабильно находятся на 4-м месте – 2% и 1,3%, соответственно.

Таким образом, стационарная помощь детскому населению РТ имеет как положительные, так и негативные тенденции. Сокращается число госпитализированных больных, регистрируется низкий уровень использования коечного фонда и объемов стационарной помощи. Вместе с этим, снижение среднего числа дней пребывания детей в стационаре сопровождается увеличением оборота койки.

В последние годы снижается больничная летальность детей во всех возрастных группах детского населения.

4.6. Скорая медицинская помощь

В соответствии с ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст.32 п. 2) скорая помощь относится к отдельному виду медицинской помощи.

Последние годы в РТ, несмотря на сокращение станций (отделений) скорой помощи, число бригадо-смен для детей достоверно увеличилось с 40 до 46 (на 15%) (табл. 4.17).

Таблица 4.17

Характеристика службы СМП для детского населения в РТ (%)

Показатели	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Число бригадо-смен	40	48	48	48	46	15,0
Доля от всех врачебных смен	10,3	16,1	17,5	20,3	22,5	2,2
Доля от специализированных врачебных смен	32,5	50,0	46,2	47,1	51,7	1,6
Нагрузка на 1 бригадо-смену в год, обслуженных лиц	1 164	1 174	1 033	1 072	1 222	5,0
Нагрузка на 1 бригадо-смену (6 часов), обслуженных лиц	3,19	3,22	2,83	2,94	3,35	5,0

Увеличивалось число врачебных смен для детей, что привело к росту их доли как среди всех врачебных смен с 10,3% до 22,5% (в 2,2 раза), так и

среди специализированных – с 32,5% до 51,7% (в 1,6 раза). Сокращение службы скорой помощи не привело к уменьшению числа детей обслуженных при выездах - 1 164 чел. в 2001 г. и 1 222 в 2012 г. (темп прироста на 5%) нагрузка на 1 бригадо-смену в год. Соответственно нагрузка на 1 бригадо-смену в 6 часов составила 3,19 и 3,35(темп прироста на 5%).

Таким образом, служба скорой помощи а РА сокращается, что не снижает доступность и качество первичной медицинской помощи.

Резюмируя материалы, изложенные в настоящей главе, можно констатировать, что в результате реорганизации системы детского здравоохранения, внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям произошло:

- сокращение числа маломощных амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, с одновременным развитием специализированной помощи и стационарзамещающих технологий;

- сокращение коечного фонда за счет педиатрических (соматических), общих хирургических, инфекционных (туберкулезных) коек;

- сокращение педиатрического кадрового потенциала: снижение обеспеченности детского населения врачами (педиатрами, неонатологами) и средним медицинским персоналом с сохранением достаточной укомплектованности врачебных должностей и невысокого коэффициента совместительства;

- снижение числа штатных врачебных должностей различных специальностей и посещений амбулаторно-поликлинических учреждений при сохраняющейся их мощности с одновременным созданием специализированных центров;

- сокращение службы скорой помощи (станций, отделений), особенно в сельской местности, которое не привело к уменьшению числа детей обслуженных при выездах и значительному увеличению нагрузка на 1 бригадо-смену в год.

Вместе с этим, возник ряд проблем, требующих особого внимания:

- отрицательная динамика по данным профилактических осмотров в состоянии здоровья детского населения всех возрастных групп (особенно проживающих в сельской местности) - снижение доли здоровых детей и увеличение с III группой здоровья;

- недостаточное использование коечного фонда и объемов стационарной помощи;

- отсутствие достоверного снижения больничной летальности детей первого года жизни на фоне положительной динамики летальности детского населения в целом.

ГЛАВА 5. ИТОГИ МОДЕРНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

(по данным социологических исследований)

Модернизация подразумевает процесс усовершенствования и обновления объектов здравоохранения, приведение их в соответствие с новыми требованиями, нормами, техническими условиями, показателями качества и повышения уровня профессионализма медицинских работников. Основное внимание уделяется менеджменту, информатизации медицинских учреждений, современным технологиям подготовки кадров, межведомственной интеграции. Приоритеты модернизации едины для всей страны, однако их реализация зависит от внутрисистемных и внесистемных особенностей здравоохранения субъекта Российской Федерации [208].

Эффективность модернизации определяется не только количеством вложенных средств, но и отношением производителей и потребителей медицинских услуг к ее результатам в виде повышения качества и доступности медицинских услуг для пациентов, улучшения условий труда, возможности создавать и развивать новые технологии и корпоративную культуру медицинских учреждений для медицинского персонала [53].

Организаторам здравоохранения, менеджерам среднего звена (главным и старшим медицинским сестрам) для выявления проблемных зон внутреннего и внешнего характера в деятельности медицинских коллективов необходима оценка ситуации глазами производителей и потребителей медицинских услуг. С этой целью целесообразно проводить социологические опросы.

Инструментарием проведенного социологического опроса являлись анкеты, разработанные специалистами отдела социальной педиатрии ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» с нашим участием.

Изучено отношение глав муниципальных образований РТ к

здравоохраннной стратегии территории, результатам модернизации и приоритетам, связанным со здоровым образом жизни.

Оценка доступности и качества медицинской помощи врачами-педиатрами, работающими в поликлинике и стационаре, родителями детей, обратившимися в амбулаторные и стационарные учреждения, осуществлялась по следующим критериям:

- отношение участников опроса к качеству организации медицинской помощи детскому населению;

- информированность о показателях деятельности медицинской организации;

- материально-техническая оснащённость учреждения;

- отношение медицинского персонала к труду и основные факторы мотивации успешной медицинской деятельности;

- определение наиболее информативных критериев оценки деятельности врачей-педиатров.

Анализ полученной информации был использован Минздравом РТ и главами муниципальных образований региона при подготовке ряда нормативных документов, направленных на совершенствование медицинской помощи детскому населению.

5.1. Итоги и задачи деятельности органов муниципальной власти

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" изложил содержание в параграфах 6 и 7 Статьи 17 полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья населения:

«§6 - реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в соответствии с законом субъекта Российской Федерации;

§7 - создание благоприятных условий в целях привлечения медицинских

работников и фармацевтических работников для работы в медицинских организациях в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в течение пяти лет (2007 - 2012 гг.) проводилась в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». Начиная с 2013 года, данная оценка проводится в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.08.2012 № 1199.

Указ Президента РФ № 607 от 28 апреля 2008 г. «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов», определил перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления в части здоровья населения, зависящих от деятельности здравоохранения, оснащенности медицинских учреждений и внедрения современных организационных технологий. Указом Президента РФ №1384 от 14.10. 2012 г. «О несении изменений в Указ Президента РФ № 607 от 28 апреля 2008 г. «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» перечень показателей был расширен.

Сфера ответственности муниципальных органов власти в части здоровья населения получила также развитие в нормативных актах Минздрава РФ по проведению модернизации детского здравоохранения, разработки порядка и стандартов оказания медицинской помощи.

С целью выявления проблемных зон в создании здоровьесберегающей среды была разработана анкета «Об охране здоровья, состоянии и проблемах детского здравоохранения» (для руководителей муниципальных образований: главы, заместители, специалисты).

В РТ насчитывается 45 муниципальных образований. В опросе приняли участие руководители 32 муниципальных образований с общей численностью населения 2.181035 человек, в том числе детского 409637, что составляет 18,8%. Средний возраст респондентов составил 44,7±12 лет. Среди них 17 мужчин и 15 женщин. Образование у всех - высшее.

Представлял интерес о предшествующем месте работы руководителей, так как это может влиять на приоритеты выбора медико-организационных мероприятий в муниципальном образовании. Из числа опрошенных 11 работали ранее в системе образования, 9 - в здравоохранении, 4 - в спорте, в СМИ и промышленности работало по два опрошенных, в муниципальном управлении и системе социальной защиты по одному человеку.

Анкета включала 10 вопросов. Первые два касались типа муниципального образования и численности проживающего населения.

Муниципальные образования представлены двумя типами поселений: городские округа (гг. Казань и Альметьевск) с общей численностью населения 1376569, в т. числе детского 246823 (17,9%), остальные 30 – муниципальные районы, в которых проживает 804466 человек, 162814 (20,2%) дети.

Третий вопрос анкеты касался проблем, наиболее актуальных для муниципальных образований. Они были сведены в таблицу и респондентам следовало отметить три наиболее актуальные проблемы и ранжировать их по степени значимости (табл.5.1).

Необходимо подчеркнуть, что абсолютное большинство опрошенных руководителей на первое место поставили экономическое развитие территории (51,7%), на второе и третье - социальную поддержку уязвимых групп населения, соответственно –35,5% и 23,1%.

Обеспечение доступности и качества услуг здравоохранения на первое место поставили четверо, на второе – пятеро, на третье - четверо руководителей муниципальных образований. Часть опрошенных не ответила на этот вопрос.

Таблица 5.1

Ранговое распределение наиболее актуальных проблем для муниципального образования

Перечень проблем	Ранг		
	1	2	3
1.Экономическое развитие территории	15		
2.Развитие дорожного хозяйства и транспорта	1		
3.Социальная поддержка уязвимых групп населения	3	11	6
4.Обеспечение доступности и качества услуг здравоохранения	4	5	4
5.Обеспечение доступности и качества услуг образования	-	2	3
6.Обеспечение доступности и качества жилья	4	6	4
7.Развитие сферы жилищно-коммунальных услуг	2	6	4
8.Развитие физкультуры и спорта, оздоровление образа жизни	-	1	5

Следующий вопрос касался удовлетворенности населения медицинской помощью. Здесь респондентам было предложено 3 варианта: удовлетворяет полностью, удовлетворяет частично, не удовлетворяет. Следует особо подчеркнуть, что удовлетворены полностью только 46,8% респондентов, а остальные удовлетворены частично (в том числе «не удовлетворены»- 1 ответ).

Вопрос является ключевым в анкете. С позиции руководителей, судить об эффективности работы педиатрической службы в муниципальном образовании следует на основе данных о динамике заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения, которые являются основой для разработки системы мер по поддержанию и укреплению здоровья. Однако, ответы на последующие вопросы анкеты показали, что под удовлетворенностью респондентами понимается только обеспеченность медицинским кадрами, их квалификация, удобное для населения время работы медицинских учреждений, их оснащенность, а не базовые маркеры.

Значительные изменения в здравоохранение Республики внесла модернизация здравоохранения, треть средств из которых, была направлена

в детское здравоохранение. Однако, только по мнению трех глав (г. Казань, Кайбицы, Сабы), модернизация позволила полностью решить вопросы, связанные с укреплением материально-технической базой учреждений здравоохранения, что составило 9,4% от числа опрошенных. Остальные респонденты, т.е. абсолютное большинство, ответили, что модернизация здравоохранения только частично позволила укрепить материально-техническую базу педиатрических учреждений и обеспеченность их медицинскими кадрами.

Для оценки обеспеченности кадрами была предложена следующая шкала: обеспечены полностью (86-100%), обеспечены удовлетворительно (70-85%), обеспечены неудовлетворительно - менее 70%.

Ситуация с обеспеченностью медицинскими кадрами выглядит следующим образом (рис. 5.1).

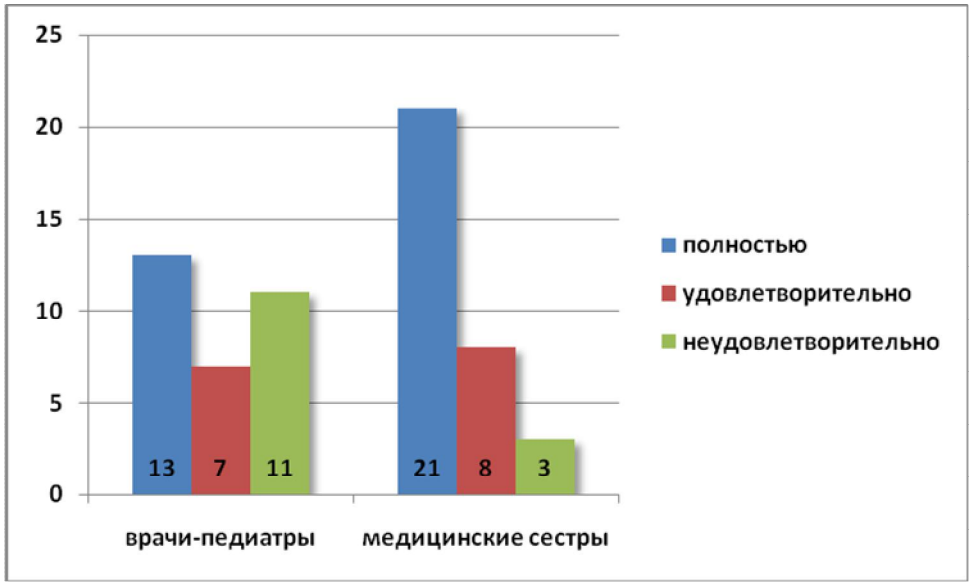


Рис. 5.1. Обеспеченность муниципальных образований врачами-педиатрами и медицинскими сестрами (абс.)

Обеспечены врачами полностью 11, обеспечены удовлетворительно 7 и неудовлетворительно 11 муниципальных образований.

Несколько лучше обстояла ситуация с укомплектованностью средним

медицинским персоналом: обеспечены полностью- 21, удовлетворительно-8, неудовлетворительно- 3 муниципальных образования. При этом г. Казань и Менделеевский район неудовлетворительно обеспечены как врачами педиатрами, так и медицинскими сестрами.

Вопрос анкеты «На основании каких данных вы судите о ситуации со здоровьем детского населения и состояния здравоохранения в вашем муниципальном образовании» содержал пять вариантов ответов, которые распределились следующим образом (табл. 5.2).

Таблица 5.2

Оценка ситуации со здоровьем детей и состоянием здравоохранения в муниципальном образовании (%)

Вариант ответа	Оценка здоровья детского населения	Оценка состояния здравоохранения
На основании личных наблюдений	31,3	28,1
На основе официальных отчетов специалистов муниципального здравоохранения	43,7	40,6
Путем обмена мнениями с другими главами муниципальных образований	-	-
Получаю сведения из СМИ	6,2	6,2
На основании оценки населения/ по результатам опросов	18,8	25,1

Как видно из таблицы, оценка состояния здоровья населения и здравоохранения осуществляется руководителями муниципальных образований преимущественно на основании официальных отчетов специалистов муниципального здравоохранения.

Второе место занимает вариант «на основании личных наблюдений», затем следует оценка на основании опросов населения и на последнем месте – сведения из СМИ.

Обращают на себя внимание следующие моменты.

1. Состояние здоровья детского населения и работу учреждений здравоохранения большинство глав МО оценивает не на основе официальных отчетов специалистов муниципального здравоохранения,

которые базируются на данных государственной статистики и отражают целый спектр показателей: заболеваемость, инвалидность, смертность, укомплектованность учреждений кадрами и т.д.

2. Из числа респондентов 28,1% человек оценивают здоровье детского населения на основании личных наблюдений. Мы уже отмечали, что из числа опрошенных руководителей муниципальных образований ранее 9 человек работали в здравоохранении. Поэтому с высокой долей вероятности можно предположить, что именно они так и ответили.

3. Никто из опрошенных не оценивает ситуацию в своем муниципальном образовании, путем обмена мнениями с другими главами. Это может свидетельствовать о том, что здоровье детского населения не входит в круг приоритетных задач респондентов.

Подтверждением вышеизложенного служит ответ на вопрос «Что по вашему мнению сильнее всего влияет на качество и доступность оказания медицинской помощи детскому населению» (табл. 5.3).

Таблица 5.3

Ранговое распределение причин, влияющих на доступность и качество медицинской помощи

Перечень показателей доступности и качества мед. помощи	Ранг					
	1	2	3	4	5	6
Материально-техническая база детского медицинского учреждения	8	5	8	6	3	1
Отношение родителей к здоровью детей	8	9	3	5	4	1
Профилактика болезней с самого раннего возраста	7	6	8	5	3	1
Квалификация медицинского персонала	5	7	6	7	2	3
Возможность для медицинского персонала своевременно повышать квалификацию	-	1	3	5	15	5
Наличие интернет-ресурса в медицинском учреждении и у населения	1	-	2	1	3	23

Респонденты по степени важности от 1 до 6 ранжировали различные

варианты ответов.

Первые три места среди причин, влияющих на доступность и качество медицинской помощи, по мнению большинства респондентов занимают в порядке убывания: материально-техническая база детского медицинского учреждения (21 респондент), отношение родителей к здоровью детей (20 опрошенных) и профилактика болезней с самого раннего детства.

Следуют отметить, что причины вторая и третья не имеют прямого отношения к доступности и качеству медицинской помощи.

Квалификация медицинского персонала занимает четвертое место, а возможность для медицинского персонала своевременно повышать квалификацию – пятое место. И это при том, что 11 из 32 муниципальных образований неудовлетворительно (менее 70%) обеспечены кадрами врачей-педиатров.

Требует объяснения тот факт, что 23 респондента поставили информатизацию на последнее место. А ведь модернизация здравоохранения включала в себя внедрение современных информационных систем в здравоохранение и занимала второе место по объему финансирования в Программе модернизации здравоохранения РТ на 2011-1012 гг. (Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10 марта 2011 г. N 179). На информатизации в здравоохранении был сделан также особый акцент в докладе Министра здравоохранения РФ 24 апреля 2014 г. на коллегии, посвященной итогам работы отрасли в 2013 году. В частности было отмечено, что важнейшим компонентом всех организационных мероприятий является системная информатизация отрасли.

Выявленное недопонимание (игнорирование) руководителями важности деятельности социального сектора муниципального образования потребовало проведения соответствующей организационной и пропагандистской реакции со стороны исполнительной власти Республики.

С этой целью для глав администрации и/или лиц, отвечающих за социальную политику в муниципальных образованиях целесообразно

проводить обучающие семинары, направленные на разъяснение здравоохранной стратегии в регионе, которая во многом определяется здоровым образом жизни детского населения. Оценка этого критерия главами МО неоднозначна (рис. 5.2).

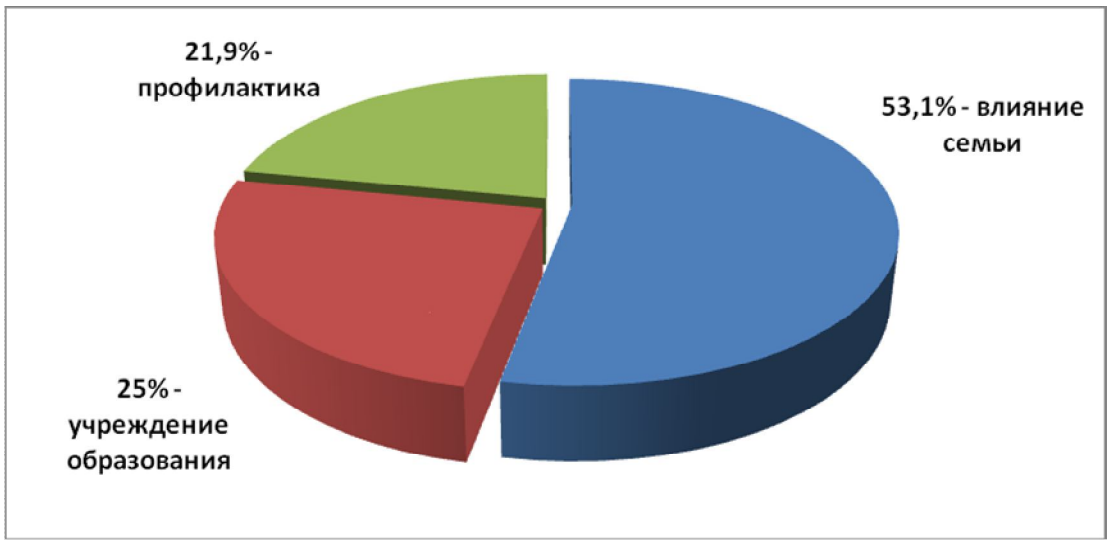


Рис. 5.2. Место преимущественного формирования навыков здорового образа жизни

Приведенное на рисунке распределение ответов в определенной степени соответствует профессиональным знаниям и опыту предыдущей работы респондентов, из которых 20 человек до прихода в сферу муниципального управления работали в системе образования и здравоохранения. Остальные 12 респондентов ранее работали в области спорта, СМИ, промышленности и системы социальной защиты населения.

Результаты анкетирования позволяют сделать следующие выводы.

1. Среди приоритетов деятельности глав муниципальных образований здоровье детского населения занимает четвертое место. Предпочтение отдается экономическому развитию региона и социальной поддержке уязвимых групп населения.

2. Более 50% опрошенных считают, что население удовлетворено качеством и доступностью медицинской помощи. В то же время, проблемы с

обеспеченностью врачами-педиатрами существуют в 11 муниципальных образованиях, где их укомплектованность ниже 70%. Повышение квалификации медицинских кадров и организация их постдипломного образования не находятся в сфере контроля руководителей муниципальных образований.

3. Оценка эффективности модернизации здравоохранения территории оценивается главами муниципальных образований только с позиции укрепления материально-технической базы и кадровой обеспеченности. В качестве базовых критериев эффективности педиатрической службы ими не рассматриваются основные показатели здоровья детей: заболеваемость, инвалидность и смертность.

4. Межведомственный характер по организации мер, направленных на формирование здорового образа жизни детского населения, требует от Минздрава РТ более адресной работы с главами муниципальных образований по продвижению современных технологий профилактики болезней и охраны здоровья детского населения.

5.2. Детские врачи о результатах и проблемах модернизации

5.2.1. Краткая характеристика кадрового медицинского состава России, Приволжского ФО и РТ

Цель опросов врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров РТ - определить их роль и место в процессе модернизации здравоохранения, конечным результатом которой должны стать снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения при имеющихся ресурсах.

Исходя из постулата, что кадры - решающее звено в решении задач модернизации здравоохранения, мы посчитали необходимым сравнить ситуацию с медицинскими кадрами в Российской Федерации и Республике Татарстан.

Из данных, представленных в таблице 5.4, видно, что обеспеченность врачами в Республике статистически достоверно ниже, чем по РФ (P<0,05), при этом показатели деятельности педиатрической службы (заболеваемость, инвалидность и смертность), представленные в главе 3 нашего исследования, свидетельствуют о наличии позитивного тренда в регионе на протяжении последних пяти лет.

Таблица 5.4

Численность врачей на 10000 населения по субъектам РФ

Территория	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Российская Федерация	46,8	48,6	50,1	51,2	49,1
Приволжский ФО	45,5	46,7	47,2	48,1	46,2
Республика Татарстан	44,3	44,0	44,2	44,2	41,9

Наиболее многочисленной группа медицинских работников представлена лицами в возрасте 25-54 года. Она составляет соответственно в разрезе представленных возрастных групп- 79,9; 77,9; 77,2; 77,0% в общей численности медицинских работников. Статистически достоверных данных, касающихся различий в возрасте мужчин и женщин, не выявлено. При этом неуклонно увеличивается средний возраст лиц, занятых в здравоохранении.

Квалификация врачебного персонала Российской Федерации представлена в табл. 5.5.

В структуре аттестованных городских врачей преобладают специалисты с высшей категорией. Их количество за 8 лет возросло с 26 до 30%. В то же время на 5% сократилось количество специалистов с первой квалификационной категорией и на 2% со второй, что косвенно может свидетельствовать о сокращении численности молодых специалистов в отрасли, с одной стороны, и недостаточном внимании кадровых служб медицинских учреждений.

Иная ситуация в сельской местности. Здесь количество специалистов с высшей категорией вдвое ниже, чем в целом по России (P<0,05), однако,

процентное соотношение врачей с первой и второй квалификационной категорией не отличается от суммарного количества лиц, работающих в отрасли.

Таблица 5.5

Распределение врачей по квалификационным категориям в РФ (%)

Имеют квалификационную категорию:	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Всего врачей				
высшую	26	29	29	30
первую	21	18	17	16
вторую	7	5	5	5
Из них работающие в организациях, расположенных в сельской местности				
высшую	13	17	17	16
первую	24	21	20	17
вторую	6	5	4	4

Ситуация, связанная с категорийностью врачей в РТ представлена в табл. 5.6. В РТ на 01.01. 2013 года работало 12414 врачей, в том числе, 11594 в городе, 820 в сельской местности.

Таблица 5.6

Распределение численности врачей по квалификационным категориям (%)

Квалификационная категория	Всего врачей n=12414	Город n=11594	Село n=820
Высшая	26,0	26,9	13,0
Первая	11,7	11,7	10,7
Вторая	4,3	4,5	2,0
Не имеют категории	58,0	56,9	74,3

Показатели категорийности, в целом, по республике ниже данных по РФ: имели высшую категорию- 26%, первую-11,7%, вторую-4,3% специалистов. Однако, в разрезе сельской местности мы имеем совсем

другую картину: категорийность по РФ составляет 37% против 25,7% по селу РТ ($p \geq 0,05$). Особенно неблагоприятна картина по врачам второй категории, показатель ниже среднероссийского в два раза. Можно предположить, что данная диспропорция отрицательно сказывается на закреплении врачей в сельской местности Республики.

Категория специалиста свидетельствует не только о его квалификации, но и оказывает влияние на размер заработной платы, которая среди факторов мотивации высокоэффективного труда занимает ведущее место. По данным Росстата (табл.5.7) номинальная заработная плата работников здравоохранения имеет как позитивный тренд в части ее увеличения, так и выраженные региональные особенности.

Таблица 5.7

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения по субъектам Российской Федерации (в руб.)

Территории	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Российская Федерация	1370,9	5905,6	15723,8	17544,5	20640,7
Приволжский ФО	1110,5	4281,3	11328,5	12718,3	15105,3
Республика Татарстан	1406,9	3990,7	11464,9	14265,2	17032,3

Заработная плата в РТ занимает срединное значение между показателем по РФ и ПФО. По данным за 2012 год она на 12,7% выше, чем по Приволжскому ФО, но практически, на столько же отстает от средней по Российской Федерации.

Приведенные показатели по РТ по сравнению с РФ свидетельствуют о наличии медицинских (укомплектованность кадрами, их квалификация) и социальных (возраст медицинского персонала, размер заработной платы) региональных особенностях, оказывающих влияние на профессиональную мотивацию производителей медицинских, а также на качество и доступность медицинской помощи.

5.2.2. Точки зрения врачей детской поликлиники

В опросе принял участие 61 специалист в возрасте от 21 до 74 лет и старше. Основная группа респондентов – врачи в возрасте 36-55 лет - 42 человека (68,8%), затем следуют лица в возрасте 56 и более лет -14 человек (22,9%); молодые специалисты 21-34 лет составили всего 5 человек (8,3%). Средний возраст опрошенных врачей – педиатров составил 49,2 года, что на семь лет превышает усредненные данные по возрасту работников здравоохранения в РФ.

Стаж специалистов в определенной степени является критерием профессиональной компетенции. Среди опрошенных стаж до 10 лет был отмечен у пяти специалистов (8,2%). Основную группу составили лица, работающие по специальности более 20 лет (55,8%), затем следовали врачи со стажем работы 11-20 лет (36,0%).

Опрос выявил высокую квалификацию врачей-педиатров, работающих в первичном звене здравоохранения. Так, высшую квалификационную категорию имел каждый второй респондент (49,2%), первую - каждый четвертый (26,2%), вторую - три специалиста (5%). Не имели квалификационной категории 19,6% респондентов, в том числе половина из них со стажем работы более 20 лет. Последний факт вызывает озабоченность.

Отсутствие квалификационной категории при наличии необходимого стажа работы может оцениваться, как маркер профессиональной компетентности специалиста, и этот критерий целесообразно внести в шкалу оценки деятельности медицинского персонала.

Важнейшей составляющей модернизации здравоохранения является оценка врачебным сообществом доступности и качества медицинской помощи, как результата модернизации (рис. 5.3)

Из данных, представленных на диаграмме, видно, что только 60,7% респондентов оценивали положительно результаты модернизация в отношении повышения удовлетворенности населения доступностью и

качеством медицинской помощи детям. Отрицательное мнение высказали 13,1% врачей, причём, все они имели стаж работы более 10 лет и имели, за исключением одного специалиста, высшую или первую квалификационную категорию. Обращает на себя внимание и то, что практически каждый четвертый (26,2%), затруднился ответить на поставленный вопрос.

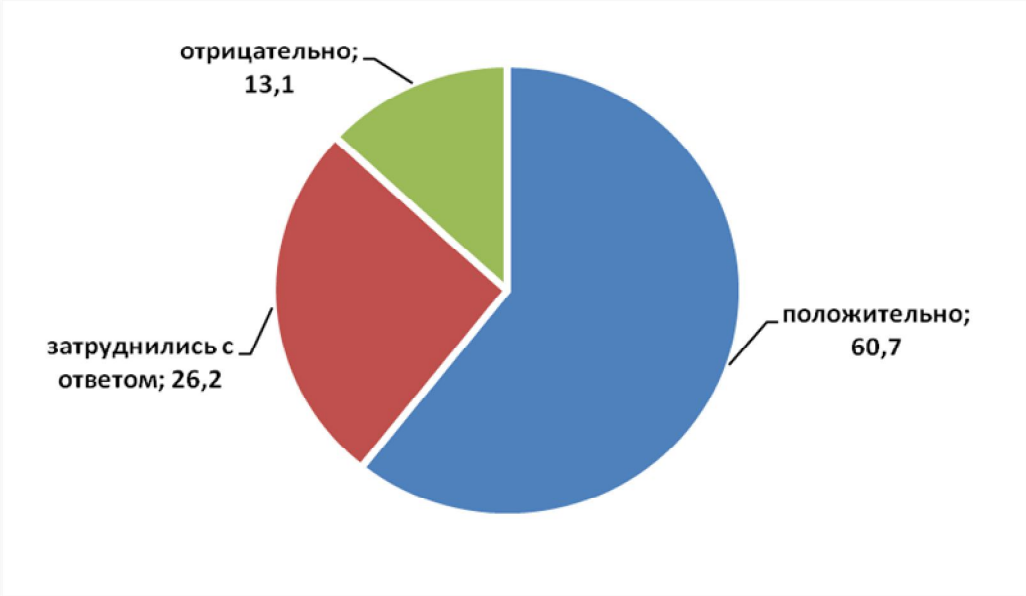


Рисунок 5.3. Оценка врачебным сообществом результатов модернизации здравоохранения (%)

Полученные ответы позволяют предположить следующее:

- ожидания почти 40% опрошенных специалистов, связанные с модернизацией здравоохранения, не были восприняты, как факторы, позитивно влияющие на эффективность взаимодействия потребителей и производителей медицинских услуг;

- информатизация здравоохранения (наличие сайта медицинского учреждения и возможность родителей оставить запись о качестве работы специалиста, электронная запись на прием, переход на электронную амбулаторную карту и т.п.) потребовали овладения новыми навыками работы, к чему респонденты не были подготовлены;

- внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи не

укладывается в традиционную патерналистическую модель отношений врач-ребенок-семья и требует их трансформации в модель информированного сотрудничества или партнерства.

Приоритетной составляющей модернизации здравоохранения являлась разработка порядков и стандартов медицинской помощи. Как показал опрос, абсолютное большинство респондентов (91,8%) указали на внедрение в деятельность их учреждения новых порядков и стандартов оказания медицинской помощи детям. Указанную информацию можно считать одним из важных итогов модернизации здравоохранения в регионе.

Анализ мнений врачей детской поликлиники о результатах внедрения в учреждении информационных технологий (табл.5.8.) позволяет сделать вывод о том, что информационная среда детских учреждений весьма динамично развивается. Об этом свидетельствует наличие сайта, электронная запись на прием, возможность выхода из кабинета врача в интернет. Вместе с тем обращает на себя внимание следующая ситуация: если на возможность выхода в интернет из кабинета врача указали 47,5% респондентов, то возможность поддерживать контакт с семьей ребенка через интернет - только 21,3% опрошенных.

Таблица 5.8

Внедрение в детской поликлинике информационных технологий

Наличие информационных технологий	да		нет	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Сайт поликлиники	42	68,8	19	31,2
Электронная запись детей на прием	59	96,7	2	3,3
Электронная амбулаторная карта	29	47,5	32	52,5
Возможность в кабинете выхода в интернет	29	47,5	32	52,5
Возможность поддерживать контакт с семьей ребенка с помощью электронной почты	13	21,3	48	78,7

Выявленная ситуация, позволяет предположить, что информатизация до настоящего времени не привнесла в должном объеме инноваций в

систему отношений врач-пациент-семья с помощью электронных средств. С одной стороны, это свидетельствует о недостаточной мотивации и подготовке к такому взаимодействию со стороны медицинского персонала, а с другой, об отсутствии нормирования и оплаты подобного вида коммуникаций в системе ОМС.

Выявленная нами проблемная зона не является только региональной особенностью. Однако, пути ее решения могут иметь выраженный региональный аспект и иметь следующий алгоритм.

1. Нормирование данной услуги и ее стоимость могут стать предметом деятельности Республиканского информационно-аналитического центра.

2. После разработки предложений, проведения организационного эксперимента в поликлиниках - (базах исследования) г. Казани тариф на услугу должен быть согласован с тарифной комиссией территориального фонда обязательного медицинского страхования как составная часть оплаты законченного случая обращения пациента в поликлинику.

Не вызывает сомнения, что важной информацией об итогах модернизации здравоохранения являются мнения поликлинических врачей о изменениях по месту их работы (табл. 5.9).

Таблица 5.9

Оценка итогов модернизации здравоохранения

Результаты модернизации	да		нет	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Улучшилась материально-техническая база поликлиники	33	54,1	28	45,9
Установлено новое диагностическое оборудование	28	45,9	33	54,1
Расширились лечебные возможности поликлиники	17	27,9	44	72,1
Увеличилась заработная плата врачей	36	59,0	25	41,0
Увеличилась заработная плата медицинских сестер	18	29,5	43	70,5

Представленные в таблице данные свидетельствует о том, что половина

респондентов отмечает положительные перемены, связанные с модернизацией: улучшение материально-технической базы, обновление приборного парка. В то же время большинство респондентов (72,1%) не связывают эти перемены с расширением лечебных возможностей учреждения.

Таким образом, можно заключить, что материально-техническая база (эстетическая среда) поликлиники, возможность углубленных инструментальных и лабораторных исследований не оценивается персоналом с позиций, как факторы, влияющие на результаты работы с пациентом. Причина данного феномена, вероятно, лежит в том, что главная мотивационная составляющая работы врача в виде повышения заработной платы отмечена лишь 59% врачей и 29,5 % медицинских сестер.

По-видимому, материальный фактор определяет и результаты ответа об удовлетворенности респондентов своей работой (рис. 5.4). Приведенный в диаграмме материал однозначно свидетельствует о том, что проблема повышения оплаты труда медицинских работников продолжает оставаться острой социальной проблемой.

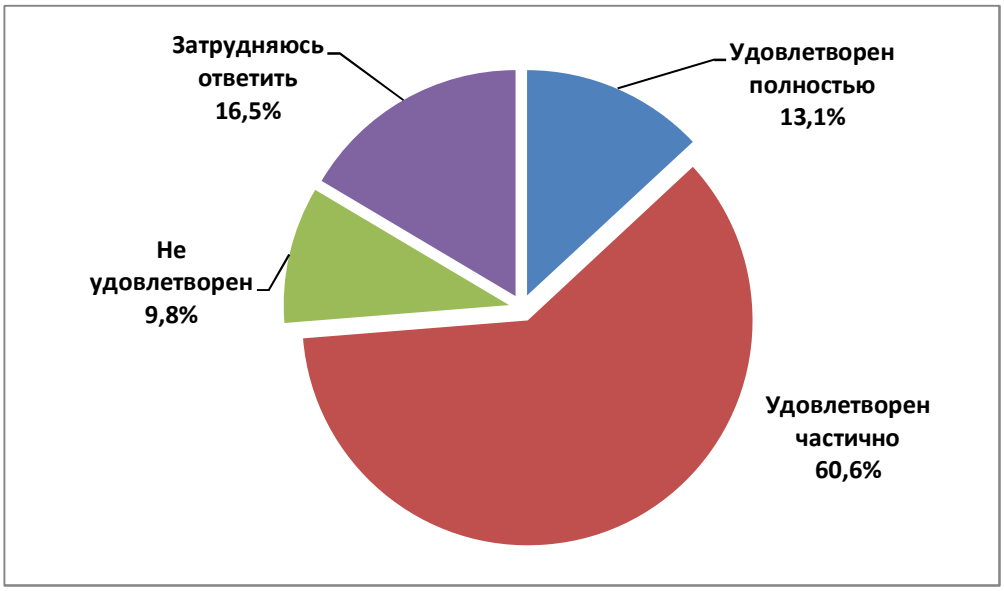


Рис. 5.4. Удовлетворенность респондентов работой

Ориентация Минздрава РФ на создание единой профилактической

среды в педиатрии, под которой понимается комплекс информационных, физических, социальных и экономических факторов, обеспечивающих здоровый образ жизни и профилактику хронических неинфекционных заболеваний, требует не только изменения отношения участкового педиатра к профилактической работе, но и конкретных маркеров ее эффективности, «привязанных» к возрастным особенностям детей и группам здоровья.

В соответствии с этими требованиями в анкету был внесен вопрос: «Укажите, какой % рабочего времени занимает профилактическое направление в Вашей работе» (табл.5.10).

Таблица 5.10

Затраты рабочего времени педиатра на профилактическую работу

% от рабочего времени	% от числа опрошенных
До 10	33
11-20	17
21-30	25
Более 30	25

Данные таблицы позволяют, на наш взгляд, сделать следующий вывод: кратный разброс времени, затрачиваемого на профилактическую работу, свидетельствует как об отсутствии стандартов профилактической работы, так и ее адекватной оценки.

Ожидается, что в создание единой профилактической среды в педиатрии внесут свою лепту и вновь созданные Центры здоровья для детей.

На это был ориентирован следующий вопрос анкеты «Смогут ли открывшиеся центры здоровья для детей изменить ситуацию с профилактикой болезней у детей в лучшую сторону» (рис. 5.5).

Полученные ответы, свидетельствуют о том, что эти новые структурные подразделения поликлиник большинством врачей (57,4%) не воспринимаются в качестве эффективного инструмента профилактики. Следовательно, необходимы срочные организационные меры по адаптации

этой новой структуры в систему профилактической педиатрии.

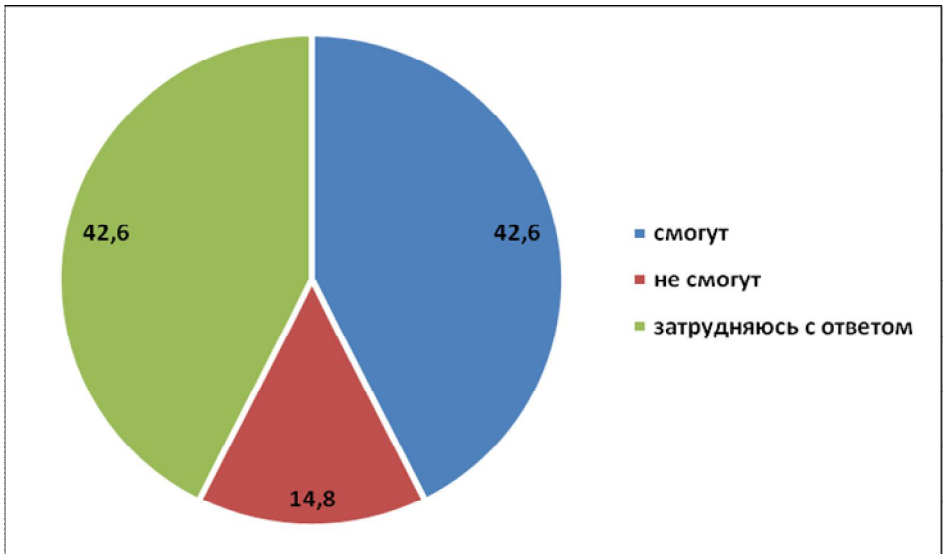


Рис. 5.5. Оценка респондентами роли центров здоровья в системе профилактики (%)

Последний вопрос анкеты «Какими критериями следует преимущественно руководствоваться при оценке качества работы врача-педиатра» получил неоднозначную оценку респондентов (табл. 5.11). Только на 2 варианта ответов было получено более половины положительных ответов: время затраченной на профилактическую работу - 38 врачей (62,3%) и качество диспансеризации - 41 специалист (67,2%). Сами опрошенные не предложили критериев оценки эффективности их труда.

Таким образом, анкетирование врачей амбулаторно-поликлинических учреждений позволяет сделать следующие выводы:

1. Социологический опрос врачей- педиатров относительно итогов модернизации детского здравоохранения позволил выявить проблемные зоны организационного, методического и информационного характера. К ним относятся:

- отсутствие интеграции вновь созданных центров здоровья для детей с действующими профилактическими подразделениями поликлиник;

- внедрение в практическую деятельность порядков и стандартов

оказания медицинской помощи, на что указали 91% респондентов, не оказало положительного влияния на повышение мотивации к труду;

Таблица 5.11

Критерии качества работы врача-педиатра

Критерии качества работы врача-педиатра	да		нет	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Распределение детей по группам здоровья	23	37,7	38	62,3
Время, затраченное на профилактическую работу	38	62.3	23	37,7
Выявление факторов риска неинфекционных заболеваний	15	24,6	46	75,4
Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями	25	41,0	36	59,0
Качество диспансеризации	41	67,2	20	32,8
Количество на участке детей с повышенным весом (дефицитом массы тела)	6	9,8	55	90,2
Предложите другие, наиболее эффективные критерии	0	0	0	0

- модернизация здравоохранения и повышение заработной платы не оказали решающего влияния на мотивацию к труду врачей первичного звена;

- в Республике отсутствует унифицированная методика оценки качества работы врачей-педиатров, сами же респонденты были не готовы предложить информативные критерии.

Полученная информация может служить основой для принятия следующих управленческих решений на уровне Минздрава РТ.

1. Подготовка распоряжения о разработке научно-обоснованной методики оценки работы врача-педиатра. Для этого создается временный научный коллектив, включающий сотрудников кафедр управленческого профиля медицинских ВУЗов г. Казани, специалистов Минздрава Республики, ряд главных врачей и представителей Союза педиатров России в РТ. Апробация методики оценки может быть проведена в поликлинических учреждениях- базах проведенного исследования.

2. Поручение республиканскому медико-аналитическому центру подготовить предложения для Фонда обязательного медицинского страхования по учету и оплате дистанционных интернет-консультаций врачами –педиатрами родителей.

3. Рекомендовать главным врачам детских поликлиник шире использовать сайты учреждений для изучения мнения родителей о качестве и доступности медицинских услуг формирования позитивного отношения к здоровому образу жизни в семье.

5.2.3. Результаты опроса врачей стационара

Для опроса врачей стационара была разработана специальная анкета, включающая 22 вопроса. Часть из них, касающаяся результатов модернизации здравоохранения и мотивации персонала, дублировала вопросы, на которые отвечали врачи первичного звена, что сделало возможным сравнить их готовность работать в условиях перемен, вызванных модернизацией здравоохранения.

В опросе приняло участие 76 человек (табл. 5.12).

Таблица 5.12

Распределение врачей стационара и поликлиники по возрасту

Возрастная характеристика врачей (лет)	стационар		поликлиника	
	Абс.	%	Абс.	%
21-34	19	25,0*	5	8,3
35-55	45	59,2	42	68,8
56-74	12	15,8	14	22,9

*межгрупповые различия достоверны, $p \leq 0,001$

Основная возрастная группа врачей стационара, как и в поликлинике была представлена лицами 36-55 лет -45 человек (59,2%), затем следовали респонденты в возрасте 21 -35 лет -19 человек (25%), в возрасте 56-74 года 12-(15,8%). Обращает внимание, что каждый четвертый врач стационара находится в возрастной группе 21-34 года, что в структуре опрошенных в

три раза выше, чем в поликлинике.

Средний возраст врачей стационара составил 44,2 года, что на 7 лет меньше, чем у специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения.

Распределение специалистов по стажу работы также свидетельствует о наличии молодежи. Численность респондентов со стажем 0-10 лет составила в стационаре 18 человек (23,7%), что в 3,6 раза превышает данную возрастную группу в поликлинике (P≤0,001). Абсолютное большинство опрошенных 58 человек (76,3%) имели стаж работы 20 и более лет . Следует отметить, что процентное соотношение специалистов имеющих квалификационную категорию и ее не имеющих в стационаре и поликлинике вполне сопоставимо. Так, не имели квалификационной категории 19,7% врачей поликлиник и 25% врачей стационара. Таким образом, три четверти врачей стационара имеют квалификационные категории.

Внутри групп опрошенных в части наличия квалификационной категории выявлена некоторая разница. Так высшую категорию имели 58% врачей стационара и 49,2% поликлиники, а первую -15,8 % врачей стационара и 26,2% врачей поликлиник.

Определенное различие в возрасте опрошенных специалистов в поликлинике и стационаре не помешали получить практически совпавшие ответы относительно удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи детям в результате модернизации. Положительный ответ дали 59% респондентов, а 41% ответили отрицательно, либо затруднялись ответить.

На вопрос «Внедрены ли в Вашем учреждении порядки и стандарты оказания медицинской помощи детям» положительно ответили 72,4% респондентов, что практически на 20% меньше, чем в поликлинике (92%). Число лиц ответивших отрицательно или затруднившихся ответить на вопрос составило 27,6% против 8% в поликлинике (p≤00,5).

Следующий блок вопросов касался информатизации учреждения (табл.

5.13).

Таблица 5.13

Внедрение информационных технологий в стационаре

Наличие информационных технологий	да		нет	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Информационный сайт больницы	73	96,0	3	4,0
Электронная запись детей на консультации специалистов стационара	57	75,0	19	25,0
Электронная история болезни ребенка	25	32,9	51	77,1
Возможность выхода в интернет в кабинете	33	43,4	43	56,6
Возможность поддерживать контакт с семьей ребенка с помощью электронной почты	16	21,0	60	79,0

Из полученных ответов на первые два вопроса врачи стационара и поликлиники преимущественно ответили «да». Из этого следует, что наличие информационного сайта учреждений и электронная запись пациентов на прием к специалистам являются приоритетами внедрения системы электронного здравоохранения.

На возможность поддерживать контакт с семьей ребенка с помощью электронной почты указало вдвое меньше респондентов (16) , чем имеющих выход в интернет (33), что может быть связано и с отсутствием интернет - ресурса у пациентов.

Далее следуют наличие электронной истории болезни. Здесь безусловное лидерство за поликлиниками, где наличие электронных амбулаторных карт подтвердило почти половина опрошенных (47,5%), против 33% врачей стационара.

При наличии выхода из кабинета в интернет появляется возможность дистанционных форм обучения врачей, интернет-консультаций пациентов т.д. В этом отношении возможности врачей стационара и поликлиники примерно равны, соответственно 43,4% и 47,5%.

Следующий вопрос анкеты касался оценки ситуации, связанной с модернизацией в больнице (табл. 5.14).

Таблица 5.14

Оценка итогов модернизации здравоохранения

Результаты модернизации	да		нет	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Улучшилась материально-техническая база поликлиники	57	75,0	19	25,0
Установлено новое диагностическое оборудование	60	79,0	16	21,0
Расширились лечебные возможности поликлиники	45	59,2	31	40,8
Увеличилась заработная плата врачей	13	17,1	63	82,9
Увеличилась заработная плата медицинских сестер	8	10,5	68	89,5

На первый и второй вопрос утвердительно ответили три четверти (75%) и практически 80% опрошенных врачей стационара против 54% и 46% специалистов поликлиники. Утвердительно ответили на вопрос о расширении лечебных возможностей больницы 60% врачей против 28% в поликлинике ($p \leq 0,05$), что косвенно подтверждает приоритет финансирования модернизации стационарных учреждений.

Мотивационная составляющая, связанная с оплатой труда врачей по результатам опроса, явно превалирует в поликлинике, что и отметили более половины (59%) респондентов против 17% врачей в стационаре. Скорее всего, различия в оценке труда врачей стационара и первичного звена связана с изменением оплаты в поликлинике, в отличие от которой стационары практически с 1993 года, работая в системе ОМС, являются зарабатывающей структурой.

Ситуация с повышением заработной платы медицинских сестер (оценка глазами врачей) и в стационаре, и в поликлинике позволила получить статистически достоверные различия. Так, положительно оценили ситуацию 10,5 врачей стационара и 30% врачей поликлиники ($P \leq 0,05$). Считают, что модернизация ничего не изменила в оплате труда врачей 14,2 % врачей стационара и почти вдвое больше -26,2% врачей поликлиники ($P \leq 0,05$). Можно предположить, что материальный фактор также определяет и

результаты ответа респондентов об удовлетворенности своей работой (рис. 5.6).

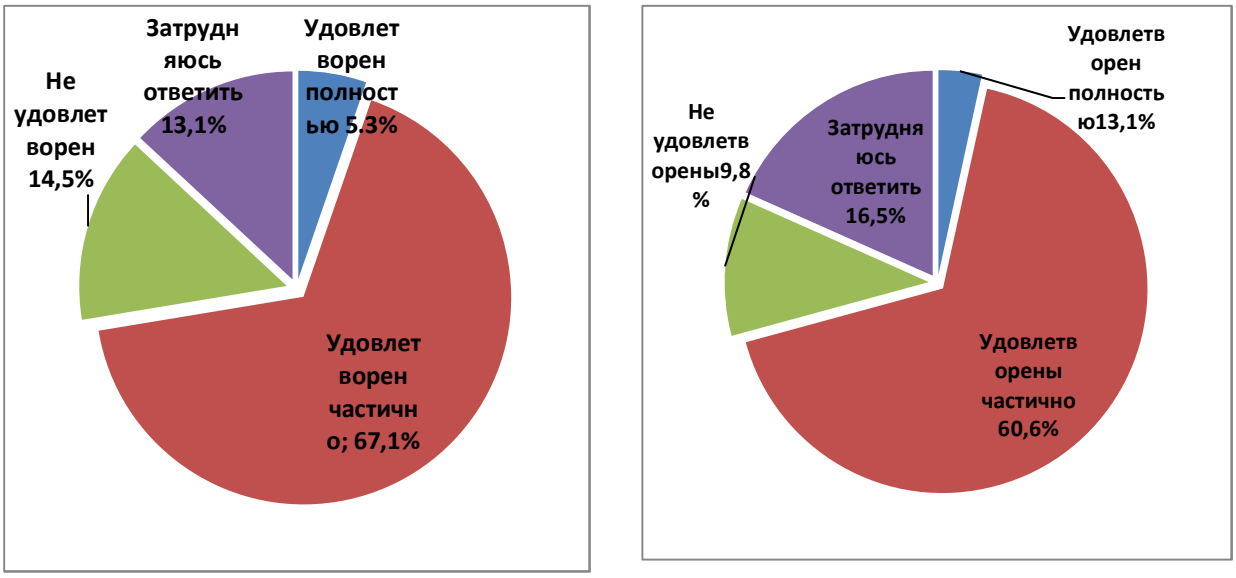


Рис. 5.6. Сравнительная характеристика удовлетворенности работой врачей стационара и поликлиники

На обеих диаграммах видно, что в структуре опрошенных абсолютно преобладают лица, испытывающие частичную удовлетворенность своей работой -67,1% в стационаре и 60,6% в поликлинике. Численность респондентов, не удовлетворенных работой, кратно превышает удовлетворенных полностью – в стационаре 14,5% против 5,3%, а в поликлинике соответственно 9,8% против 3,1%. Затруднились ответить на вопрос относительно удовлетворенности работой 13,1% врачей стационара и 16,5% поликлиники.

Полученные данные позволяют высказать предположение, что неблагополучие, связанное с кадровой политикой в отрасли, носит системный характер. Возраст, стаж работы, наличие или отсутствие квалификационной категории, условия труда, новое оборудование сами по себе не влияют на удовлетворенность персонала работой.

Повышение профессиональной и экономической мотивации работников медицинских организация является в настоящее время задачей номер один не только для руководителей органов здравоохранения и медицинских учреждений, но и самого профессионального медицинского сообщества, которое должно формировать новые требования к уровню квалификации врачей и медицинского персонала, соблюдению этических норм медицинской деятельности, преодолению коррупции. Профессиональные врачебные ассоциации должны играть решающую роль в проведении сертификации медицинских работников, выделении и поощрении наиболее компетентных специалистов, освобождении от наименее квалифицированных работников.

В этой связи в РТ особое внимание уделяется расширению хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений путем преобразования бюджетных учреждений в организационно-правовую форму автономных учреждений и в форму государственных, муниципальных автономных некоммерческих организаций;

Следующий блок вопросов касался знания врачебным персоналом основных показателей деятельности РДКБ, результативность которых на рынке медицинских услуг через причастность к достигнутым результатам формирует корпоративную культуру медицинского учреждения.

В нашем исследовании под корпоративной культурой понимается совокупность моделей поведения, которые приобретены медицинской организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавшие свою эффективность и разделяемые большинством членов организации.

С этих позиций, респондентам было предложено оценить ряд показателей деятельности стационара, которые бы свидетельствовали о лидерстве РДКБ на рынке медицинских услуг РТ. В их число вошли доступность стационарной помощи, оценка структуры коечного фонда, выполнение плана койко-дней, отношение к разработанным порядкам и

стандартам медицинской помощи, внедрение высокотехнологических методов лечения.

Стационарная помощь детям в РДКБ по мнению абсолютного числа 84% респондентов доступна.

Однако, уже следующий вопрос, касающийся оценки рациональной структуры коечного фонда больницы по профилям отделений, не получил однозначной оценки. Утвердительно ответил на этот вопрос только каждый третий врач (34%), а остальные (66%) ответили нет или затруднились с ответом. Выявленная ситуация свидетельствует о том, что врачи РДКБ недостаточно информированы о структуре учреждения, целесообразности имеющейся дифференциации коечного фонда, а, следовательно, эффективности его работы. Подтверждением этого является ответ на вопрос, касающийся одного из основных показателей работы стационара-выполнения плана койко-дней. На этот вопрос утвердительно ответили 64,4% специалистов. При этом, почти половина респондентов - 47,4% ответил нет или затруднились ответить.

Ответы на вопрос: «Выполняется ли плановый норматив нагрузки на медицинских работников в Вашем учреждении», практически корреспондировались с предыдущим: «да»- 59%, нет и затруднились ответить- 41% опрошенных.

Разработка стандартов лечения пациентов для стационаров третьего уровня ориентирована на интенсивные методы лечения и новые технологии, что должно способствовать сокращению дней требования ребенка на койке. В этой связи был задан вопрос «Необходимо ли сокращение средней длительности лечения больных в Вашем учреждении?». Полученные ответы свидетельствуют о том, что 73,7% относятся к этому либо отрицательно, либо затруднились ответить на данный вопрос.

С одной стороны, это дает основание предположить, что абсолютное большинство врачей стационара не связывает свою заработную плату с количеством и качеством пролеченных больных, так как деньги в системе

ОМС «идут за пациентом». С другой стороны, врачи «связаны» тарифом на конкретную патологию, которым определяется стандарт лечения и его продолжительность.

Выявленная ситуация становится основанием для рекомендации руководству РДКБ ежегодно анализировать работу койки в отделениях различного профиля и в случае внедрения более совершенных методов обследования, лечения, применения медикаментов нового поколения, пересматривать тарифы и утверждать их для оплаты в республиканском фонде обязательного медицинского страхования.

Корпоративная культура медицинского учреждения включает также знание врачебным коллективом таких показателей работы стационара, как больничная летальность и частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, что напрямую связано с квалификацией персонала, своевременностью и качеством диагностики и лечения, участием в работе патологоанатомических конференций. При ответе на эти два вопроса показали свою неосведомленность, т.е. «затрудняюсь ответить», соответственно по 46,0% респондентов.

В тоже время, вопрос «Оцените результативность проводимой высокотехнологичной помощи детям в Вашем учреждении» показал, что 75% респондентов владеют ситуацией и отмечают эффективность этого направления деятельности. Дальнейший анализ ответов на этот вопрос свидетельствует о том, что высокотехнологичные методы лечения используются не во всех отделениях РДКБ, на что указали 9 респондентов, а 5 затрудняются ответить, что составило 18,4% от числа опрошенных.

Разработка в России порядков направления детей с хронической патологией в стационары третьего уровня, к которым относится РДКБ, предполагает выполнение стандарта обследования ребенка перед направлением в стационар и регистрацию на госпитализацию в электронном режиме. Это позволяет регулировать потоки детского населения на госпитализацию в РТ.

При наличии разработанных и утвержденных порядков, а также их соблюдения, претензии к оформлению пациентов в поликлинике должны быть минимальны. Однако, на необходимость улучшения качества обследования пациентов в поликлинике указало абсолютное большинство врачей стационара- 72,6%. Не имели претензий к подготовке пациентов на госпитализацию лишь 11,7%, затрудняются ответить15,7% респондентов.

Качество обследования в амбулатории влияет на длительность пребывания пациента на дорогостоящей койке круглосуточного пребывания. Поэтому на вопрос о необходимости мер по улучшению преемственности между поликлиникой и стационаром были получены ответы, симметричные предыдущему-: «да»- 72,4%, «нет»-11,8%, «затрудняюсь ответить»-15.8%.

В последнее время активно дискутируется вопрос о роли и месте 204 Центров здоровья для детей, организованных в Российской Федерации. Два из них развернуты на базе поликлиники №7 и РДКБ. Оба учреждения явились базами нашего исследования. В этой связи мы сочли целесообразным включить вопрос относительно эффективности их деятельности в анкету врачей поликлиники и стационара.

Врачи стационара более оптимистичны в части оценки их деятельности. Так, 64,5% считают, что данные подразделения смогут изменить ситуацию с профилактикой болезней у детей в лучшую сторону. Противоположное мнение лишь у 7,9% опрошенных и затрудняются ответить на этот вопрос 27,6% респондентов. В тоже время, положительно оценили ситуацию только 42,6% врачей поликлиники ($p \leq 0,05$).

Для оценки качества работы врача-педиатра было предложено 5 критериев (табл. 5.15)

На предложение, касающегося самостоятельно предложить наиболее эффективные критерии оценки работы врача-педиатра специалисты не откликнулись.

Таблица 5.15

Критерии оценки работы врача-педиатра (%)

Перечень критериев	Рейтинг полученных ответов
Качество диспансеризации	54,0
Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями	34,2
Результаты профилактических осмотров	30,3
Распределение детей по группам здоровья	21,5

По такой же схеме (рейтинговое распределение) мы представляем ответы на вопрос о перечне факторов, влияющих на качество медицинской помощи в РДКБ (табл. 5.16).

Таблица 5.16

Перечень и ранговое распределение факторов, влияющих на качество медицинской помощи (%)

Факторы	Рейтинг полученных ответов
Материальные стимулы	88,1
Знания по специальности	75,0
Морально-психологические стимулы	64,4
Материально-техническое оснащение учреждения	57,8
Знания по организации здравоохранения	27,6
Наличие методики оценки качества медицинской помощи	26,3

Никто из опрошенных не предложил критериев, необходимых для улучшения качества работы медицинского персонала.

В этой связи следует сказать, что мы намеренно не включили в перечень такие критерии, как внедрение высоких технологий, обучение в симуляционных классах, развитие системы электронного здравоохранения, создание мобильных/передвижных профилактических бригад, организацию стационаров одного дня и т.п., ожидая, что респонденты предложат их сами.

Таким образом, полученные результаты социологического опроса позволили выявить следующие позитивные изменения и проблемные зоны медико-организационного, технологического и информационного характера.

1. Врачи первичного звена здравоохранения и стационарной помощи позитивно оценивают результаты модернизации учреждений здравоохранения в части укрепления материально-технической базы и приобретения современного оборудования.

2. Модернизация здравоохранения автоматически не привнесла коренных изменений в отношении врачебного сообщества к ценностям, связанным с профессией врача: авторитет, признание, профессиональное мастерство и т.п. Об этом свидетельствует следующее:

- на первое место среди ценностей специалисты поставили материальные стимулы;

- низка удовлетворенность трудом у врачей поликлиники и стационара;

- на предложение дать собственные рекомендации по критериям оценки труда врача-педиатра и меры по улучшение качества работы никто из 137 врачей не откликнулся.

3. В учреждениях здравоохранения параллельно с укреплением материально-технической базы и оснащением их современным технологическим оборудованием следует уделить больше внимания корпоративной культуре, которая ориентирована на создание моделей поведения включающих не только морально-этические принципы , но и знание основных показателей деятельности стационара.

4. Опросы медицинского персонала позволяют выявить проблемные зоны в организации работы учреждения, к которым в первую очередь относится удовлетворенность трудом, знание основных показателей деятельности и стратегии развития учреждения.

5. Для создания имиджа одного их лучших детских медицинских учреждений страны РДКБ целесообразно внести изменения в сайт учреждения, который должен стать инновационной профилактической

площадкой продвижения медицинских услуг детскому населению РТ.

6. Целесообразно ускорить разработку критериев оценки работы медицинского персонала всех уровней. Она может базироваться на моделях конечных результатов работы специалиста и обязательно включать оценку профессионального сообщества (профессиональные ассоциации) и социологические опросы родителей, отражающие удовлетворенность приемом, лечением, рекомендациями. Гласность оценок и профессиональный рейтинг специалиста могут поддерживаться сайтом лечебного учреждения.

7. Основной задачей сайтов медицинских учреждений является кардинальное изменение информационной среды в системе отношений потребители-производители медицинских услуг и создание положительного имиджа медицинских организаций и специалистов. В этой связи в штатном расписании информационно аналитического центра РТ необходимо предусмотреть должность специалиста аналитика-консультанта по сайтам медицинских учреждений.

5.3. Оценка итогов модернизации детского здравоохранения родителями

В соответствии с задачей исследования, результаты модернизации детского здравоохранения РТ оценивались родителями детей. Было опрошено 383 человека, в том числе 211 - в поликлинике и 172- в стационаре.

Цель проведенного социологического опроса родителей:

- понять их роль и место в процессе предотвратимости потерь здоровья детского населения;

- оценить результативность модернизации здравоохранения;

- получить информацию о проблемных зонах работы учреждений и использовать эту информацию для принятия медико-организационных решений.

5.3.1. Результаты социологического опроса посетителей поликлиники

Опрос осуществлялся по специально разработанной анкете (Приложение 4) . Анкета, состояла из 24 вопросов, которые были разбиты на три раздела. Первый включал 11 вопросов отражавших возраст ребенка, частоту и повод обращения в поликлинику, доступность и качество медицинской помощи. Второй «Степень удовлетворенности работой поликлиники и медицинского персонала» состоял из 8 вопросов. Третий раздел «Здоровый образ жизни» был представлен 5 вопросами. Опросами были охвачены различные группы родителей. Наиболее многочисленная часть респондентов состояла из родителей детей 1-4 года - 88 человек (41,6%), затем следовали родители детей 5-9 лет -50 (23,6%), 10-14 лет -32 (15,0%). Дети в возрасте до 1 года составили 29 человек (13,7%). Наименьшая по представительству группа респондентов - родители подростков 15-17 лет -13 (6,1%).

Частота посещений, сделанных ребенком в году, предшествующем опросу (табл.5.17), косвенно свидетельствовала о качестве работы поликлиники в системе ОМС, в рамках которой Программой госгарантий определена их частота (не менее 8 посещений в год).

Таблица 5.17

Частота обращений поликлиники в году, предшествующим опросу

Частота визитов в год	Абсолютное количество	%
1-3	63	29,7
4-6	66	31,2
7-9	33	15,6
10 и более	31	14,6
Не посещали поликлинику	18	8,5

Из приведенных данных видно, что 18 детей поликлинику по сведениям родителей не посещали. В этой связи мы посмотрели возрастной диапазон

таких детей. Выяснилось, что это пациенты в возрасте до года. В связи с тем, что опрос проводился в ноябре 2013 года, дети указанного возраста в предшествующем году еще не родились. Абсолютное большинство опрошенных детей посещали поликлинику 1-3 и 4-6 раз. В общей сложности они составили 129 человек (61,1%). Вдвое меньше было число детей, посещавших поликлинику 7-9, 10 и более раз – 64 (30,3%).

Полученные ответы позволяют утверждать, что потоки детей в поликлинику формируются преимущественно по обращаемости, связанной со здоровьем ребенка. Подтверждением этого является анализ поводов для обращения (табл. 5.18).

Таблица 5.18

Поводы обращения в детскую поликлинику

Повод обращения	Абсолютное кол-во	%
Лечебно-диагностический	136	64,4
Диспансерное наблюдение	17	8,0
Профилактическое посещение	44	21,0
Реабилитация	4	1,9
Прочие поводы	10	4,7

Из представленных в таблице данных видно, что более половины посещений - 64,4% приходится на долю нездоровых детей. Профилактические посещения составили в структуре визитов всего 21%.

Мы проанализировали возрастной состав детей, обратившихся за профилактическими услугами в территориальную поликлинику, и установили, что более половины посетителей относились к возрастной группе 1-4 года – 52,3%, в возрасте 5-9 лет – каждый пятый -20,5%.

Следует обратить внимание на группу детей в возрасте до года. Из 29 пациентов с профилактической целью, на момент опроса, посетил врача только каждый пятый ребенок. Профилактический визит не является ведущим поводом обращения к врачу и в возрастных группах 10-14 и 15-17

лет, в которых с профилактической целью обратилось по 3 подростка.

Таким образом, основной поток на прием в поликлинику по-прежнему формируется за счет больных детей. Профилактические посещения составляют лишь пятую часть в общей структуре и представлены в основном детьми возрастной группы 1-4 года, что может быть связано с направлением ребенка в дошкольное образовательное учреждение.

Модернизация здравоохранения включает развитие системы электронного здравоохранения (электронная очередь, интернет–запись на прием к врачу, электронная история болезни) и направлена, в первую очередь, на повышение доступности медицинской помощи. Ключевым критерием удовлетворенности населения является время ожидания приема врача (табл. 5.19).

Таблица 5.19

Время ожидания приема врача

Время ожидания приема	Абсолютное кол-во	%
Попали на прием сразу	59	27,9
Время ожидания до 1 часа	144	68,3
Время ожидания до 2-х часов	8	3,8
Время ожидания более 2- х часов	0	0

Результаты опроса свидетельствуют о том, что 96,2% респондентов попадают к врачу-педиатру в течение часа, что, с одной стороны, свидетельствует о четкой работе регистратуры и эффективности электронной записи на прием, а с другой, о достаточно высокой укомплектованности территориальной поликлиники участковыми врачами-педиатрами и врачами специалистами.

Подтверждением сказанному являются ответы респондентов на вопрос, касающийся возможности попасть на прием к врачу- специалисту (рис.5.7).

Следует отметить, что более половины детей (58,3%) попадают на прием к врачу-специалисту в день обращения или на следующий день. В то

же время 41,7% опрошенных отметили, что детям на прием к врачу-специалисту можно попасть только через несколько дней после назначения.

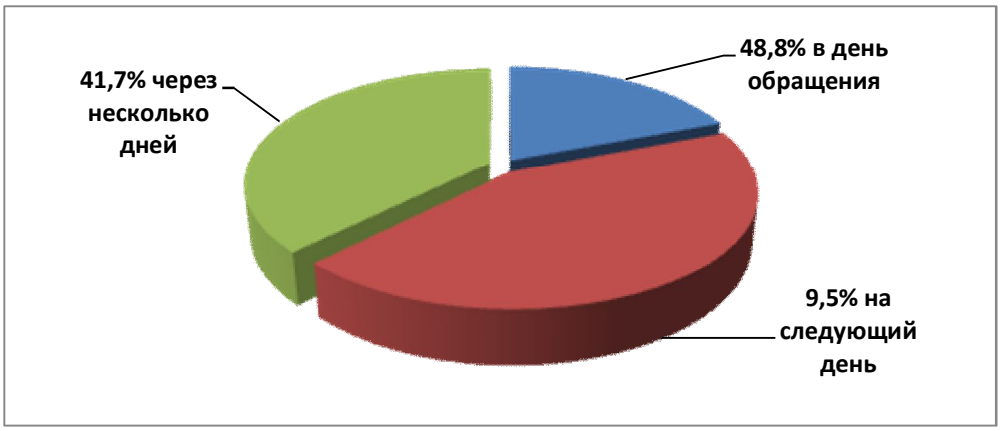


Рис. 5.7. Структура обращений к узким специалистам

Причины, по которой ребенок не мог попасть к узкому специалисту в день назначения или на следующий день, свидетельствуют об информационных и организационных упущениях (рис. 5.8).

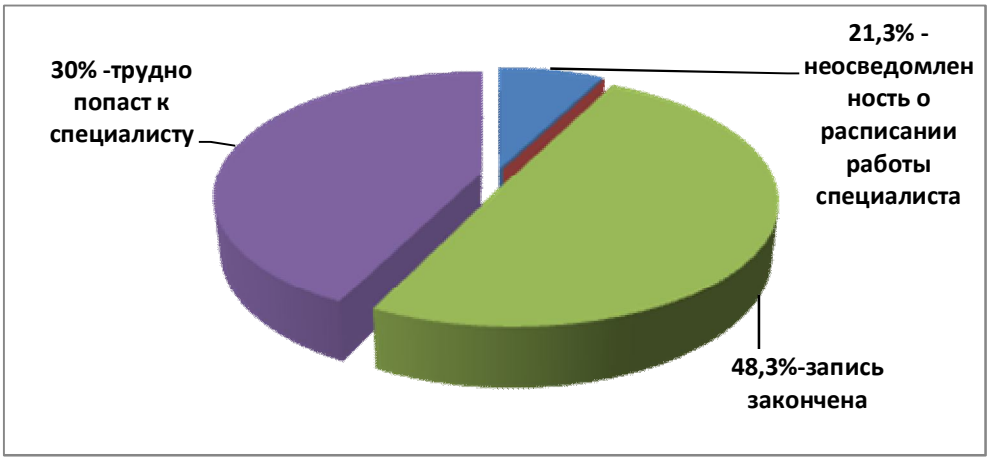


Рис. 5.8. Основные причины, препятствующие попаданию на прием к узкому специалисту

Неосведомленность о расписании работы специалиста поликлиники отметил каждый пятый респондент (причина информационного характера). Не смогли попасть к врачу-специалисту в день обращения практически

половина детей в связи с тем, что запись была закончена . Причина «трудно попасть к специалисту», которую отметили 30% родителей, скорее всего, имее организационный характер.

Для оптимизации потоков пациентов к врачам-специалистам и в параклинические подразделения поликлиники можно предложить два пути.

1. Выделить медицинскую сестру-администратора (менеджера), которая будет помогать посетителям поликлиники определить оптимальный маршрут посещения необходимых специалистов.

2. Включить в должностные обязанности медицинских сестер поликлиники обязанности администратора и поручить выполнять эту работу по скользящему графику.

Следующий вопрос анкеты касался перечня врачей, к которым трудно попасть на прием (табл. 5.20). Наибольшая проблема внутри поликлиники связана с приемом врача-невролога. Он явно доминирует среди других специалистов, что и отметили 19,4% респондентов; затем следуют эндокринолог, отоларинголог, хирург, уролог.

Таблица 5.20

Перечень специалистов поликлиники, к которым трудно попасть на прием

Перечень специалистов	Абсолютное кол-во	%
Невропатолог	41	19,4
Эндокринолог	29	13,7
Отоляринголог	28	13,3
Хирург	26	12,3
Уролог	4	1,9
Другие специалисты (впишите)	83	39,4

Последнюю графу вопроса «другие специалисты, впишите какие) отметили – 39,4% респондентов, однако никто из них не указал специальность врачей.

Ответ на следующий вопрос: «Какими платными медицинскими услугами для ребенка Вы пользуетесь» позволил частично прояснить ситуацию.

Опыт получения платных медицинских услуг имели 100 родителей. Первое место занимали консультативные услуги -56%, затем следовали диагностические - 31%, лечебные - 12%, услуги нетрадиционной медицины - 1 пациент. Реабилитационными медицинскими услугами вне поликлиники никто не пользовался. Основной причиной обращения в хозрасчетные медицинские учреждения 90 респондентов из 100 связывало с отсутствием в поликлинике необходимого диагностического оборудования.

Следует обратить внимание на то, что позитивные изменения в поликлинике, связанные с модернизацией здравоохранения, отметили только половина респондентов, а 22,7% считали, что изменений в лучшую сторону не произошло; почти столько же затруднились ответить на этот вопрос 24,1%. Изменения в худшую сторону отметили 3,3% респондентов.

Улучшение в оказании качественной медицинской помощи пациенты связывали с повышением доброжелательности и внимания со стороны медицинского персонала, возможностью выбора врача, расширением спектра медицинских услуг.

В рамках новой модели организации работы врача первичного звена, предложенной ВОЗ в 2006 году, отмечается, что основное внимание врач должен направлять не только в отношении ведущей болезни или случившегося заболевания, а выстраивать свои отношения с пациентом (его семьей) ориентируясь на их потребности в отношении здоровья. Эта новая парадигма работы участкового врача, так как возрастно-половая дифференциация детей, социальный статус, образование и здоровьесберегающее поведение родителей становятся основой в системе взаимоотношений: ребенок-врач-семья. В этой связи респондентам был задан ряд вопросов, направленных на изучение мнения потребителей медицинских услуг о степени удовлетворенности работой медицинского персонала и

учреждения в целом.

Ключевой фигурой в детской поликлинике является участковый педиатр. От его знаний и навыков, авторитета в глазах родителей во многом зависит формирование здорового образа жизни ребенка в семье (рис 5.9). Следует отметить, что работой своего участкового врача было удовлетворено полностью абсолютное большинство респондентов 72%, удовлетворены частично- 21,3%, не удовлетворены и затруднились с ответом 7,7% респондентов.

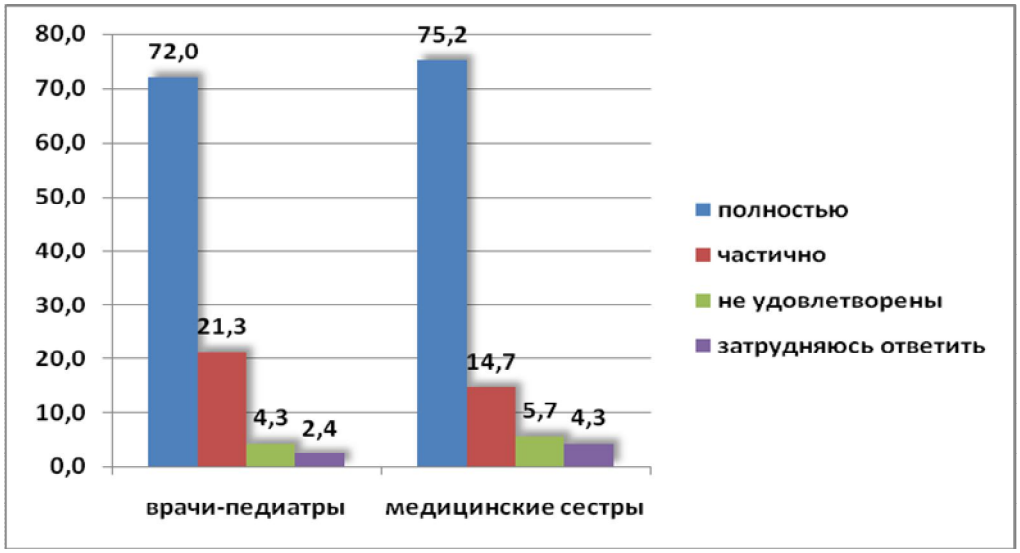


Рис. 5.9. Удовлетворенность работой врача и медицинской сестры (%)

В связи с тем, что участковый врач работает с сестринским персоналом нами была изучена оценка удовлетворенности трудом этой категории медицинских работников.

Задача медицинского коллектива лечебно-профилактического учреждения заключается в удовлетворении ожиданий пациентов поликлиники. Однако, следует обратить внимание, что каждый пятый респондент не отметил полной удовлетворенности от контакта с производителями медицинских услуг, что преимущественно было связано с ожиданием приема специалистов, нетактичным отношением врача или его квалификацией. В части обслуживания врачом на дому респонденты

претензий не высказали.

Ответы были сопоставимы с результатами опроса врачей: 75,3% респондентов полностью удовлетворены работой медицинской сестры, 14,7% частично, остальные 5,7% респондентов затруднились дать оценку работы медицинской сестры. Не удовлетворены работой медицинской сестры 4,3% респондентов, что связано с отсутствием постоянной медицинской сестры, несвоевременным выполнением назначений врача, нетактичным отношением.

Оценку деятельности поликлиники в целом, предварял вопрос относительно удовлетворенности работой параклинических и вспомогательных служб (лаборатория, рентгеновский кабинет, регистратура, физиотерапевтический кабинет, кабинет функциональной диагностики и т.д.): Опрос выявил достаточно высокий уровень организации работы параклинических служб поликлиники, работой которых удовлетворено полностью 64,4% респондентов, не удовлетворены 8,0%, остальные 27,6% затруднились с ответом.

Данный раздел анкеты завершался оценкой деятельности детской поликлиники в целом. Следует отметить, что полностью удовлетворены работой 81%, не удовлетворены 4,2% посетителей, остальные 14,8% затруднились ответить на этот вопрос.

Полученные результаты целесообразно использовать при оценке работы поликлиник глазами пациентов. Однако, для унификации полученных данных целесообразно ввести три дифференцированных по уровням категории оценок (специалист, подразделение, поликлиника в целом): высокая степень удовлетворенности (86-100%); средняя степень удовлетворенности (70-85%). Низкая удовлетворенность –69% и менее.

Заключительный вопрос данного раздела анкеты: «Что следует изменить в деятельности детской поликлиники с целью улучшения качества и доступности первичной медицинской помощи?» включал варианты ответов, отражающие перечень планируемых Минздравом Республики мероприятий,

направленных на совершенствование ее деятельности (табл. 5.21).

Таблица 5.21

Приоритеты развития амбулаторно-поликлинической педиатрической помощи, по мнению родителей

Перечень приоритетов	Абсолютное кол-во	Рейтинговое распределение (%)
Электронная запись на прием к врачу	108	55,0
Удобный информативный сайт поликлиники	104	31,0
Контакт с участковым врачом и медицинской сестрой в режиме онлайн	103	12,0
Укомплектованность поликлиники узкими специалистами	102	0
Вывести поликлиники в отдельные здания с первых этажей жилых домов (укрепление материально-технической базы)	37	1,0
Открыть детские поликлиники в шаговой доступности для населения микрорайона	36	1,0

Ответы респондентов дают представление о том, что приоритеты модернизации амбулаторно-поликлинической помощи выбраны верно. Наибольшее число ответов относится к поддержке инноваций, связанных с электронным здравоохранением: электронная запись на прием, удобный для населения информационный сайт, позволяющий родителям общаться не только с врачом, но и друг с другом, возможность общения с медицинскими работниками в режиме он-лайн (дистанционные консультации).

Заключительный раздел анкеты «Здоровый образ жизни» включал вопросы, направленные на выявление проблемных мест в организации здоровьесберегающего поведения в семье. В первую очередь, нас интересовало мнение родителей относительно того, где преимущественно дети должны приобретать навыки здорового образа жизни (табл.5.22).

Результаты опроса свидетельствуют о том, что взять на себя ответственность полностью готовы только 59,7% респондентов.

Делегировали ответственность на врача-педиатра 11,8%, а почти столько же на образовательные учреждения -10,4%; на средства массовой

информации возложили ответственность 1,4%, а 16,6% опрошенных считают, что приобретение навыков ЗОЖ это зона ответственности родителей, педагогов, медицинских работников и СМИ.

Таблица 5.22

Лица, ответственные за приобретение детьми навыков здорового образа жизни

Перечень лиц ответственных за приобретение детьми навыков ЗОЖ	Абсолютное кол-во	Рейтинговое распределение (%)
Семья ребенка	126	59,7
Врач-педиатр	104	31,0
Педагоги образовательных учреждений	103	12,0
Средства массовой информации	102	0
Все перечисленные вместе	37	1,0

Последние два вопроса касались деятельности Центров здоровья для детей (ЦЗ). О создании этой структуры знали 82 респондента (38,8%).

Из их числа посетили ЦЗ только 19 человек, из которых были полностью удовлетворены визитом14, а 5 частично.

Таким образом, опрос родителей детей – посетителей поликлиники показал следующее.

Абсолютное большинство опрошенных пациентов считает, что в ходе модернизации здравоохранения повысилась доступность и качество медицинской помощи. Это касается сокращения очередей на прием к участковому врачу, доступности консультаций врачами-специалистами, удовлетворенностью работой медицинского персонала, удобством и своевременностью предоставления медицинских услуг и их непрерывностью (наличие постоянного врача и медицинской сестры, места получения услуг).

Модернизация амбулаторно-поликлинической помощи в РТ не привнесла изменений в систему отношений врач-ребенок-семья. Свидетельством этого является приоритет обращаемости в поликлиники по

поводу болезни ребенка или ее обострения, отсутствие системы формирования здорового образа жизни детей в трети семей опрошенных родителей и готовность делегировать эти полномочия врачам, педагогам и СМИ. Использование возможностей социальных сетей и сайта поликлиники по формированию единой профилактической среды будет способствовать предотвратимости потерь здоровья детского населения на основе самосохранительного поведения семьи.

Приоритеты модернизации амбулаторно-поликлинической помощи в РТ выбраны верно. Это касается:

- развития электронного здравоохранения (запись на прием в электронном режиме, сайт, повышающий информационные возможности поликлиники, электронная амбулаторная карта пациентов);

- укомплектованности поликлиник врачами – специалистами, укрепления материально-технической базы;

- насыщения учреждений современным диагностическим оборудованием.

Для унифицировнной оценки деятельности поликлиник глазами родителей детей предлагается ввести три дифференцированных по уровням категории оценок (специалист, подразделение, поликлиника в целом): высокая степень удовлетворенности (86-100%) - 5 баллов; средняя степень удовлетворенности (70-85%) - 3 балла. Низкая удовлетворенность – 69% и менее -1 балл. Данную шкалу можно включить в перечень критериев оценки деятельности амбулаторного медицинского учреждения.

5.3.2. Оценка итогов модернизации детского здравоохранения родителями в стационаре

Опрос родителей в количестве 172 человека осуществлялся по специально разработанной анкете, включающей 31 вопрос (приложение 5).

Возрастной диапазон находившихся на стационарном лечении детей представлен в табл. 5.23.

Таблица 5.23

Возрастной диапазон детей, лечившихся в стационаре – базе исследования

Возрастной диапазон (годы)	Абсолютное кол-во	%
До года	28	16,5
1-4	63	36,3
5-9	65	37,8
10 и более	16	9,4

В связи с тем, что родители с детьми в возрасте 0-4 года находятся в стационаре, мы разделили респондентов на 2 группы: 91 человек (53%) – родители детей в возрасте 0-4 года и 81 (47%) родители детей других возрастных групп, находившихся на лечении самостоятельно.

Данное распределение позволило более объективно оценить работу стационара –как «изнутри», так и «из вне» - в ходе посещений ребенка родителями и со слов пациента.

Сведения о количестве госпитализаций ребенка в течение последних двух лет (данный срок определялся началом модернизации здравоохранения и связанными с нею результатами) в определенной степени свидетельствовали о тяжести заболевания.

Большинство детей находилось на стационарном лечении в течение указанного периода один раз – 62,8%, два раза – 17,5%, три и более раза - 19,7% детей. Возрастной диапазон детей находившихся на стационарном лечении представлен на рис. 5.10.

В основном это дети в возрасте 5-9 лет- (56,6%); 1-4 года- (29,4%), 10-14 лет - (8,1%) и до года – (5,9%). Дети поступали в стационар по экстренным 54% и плановым показаниям - 46%.

Время ожидания плановой госпитализации также свидетельствует о доступности стационарной медицинской помощи. Были госпитализированы в день направления 40,7% детей. Время ожидания госпитализации до двух

недель указало практически половина респондентов 48,2%, от двух недель до месяца ожидали 11,1%. Данная ситуация требует углубленного изучения возраста пациентов, места жительства, диагноза и причин продолжительного ожидания. Можно предположить, что для некоторых классов болезней в РТ не определены порядки направления детей в стационар третьего уровня, что не может не отражаться на сроках госпитализации.

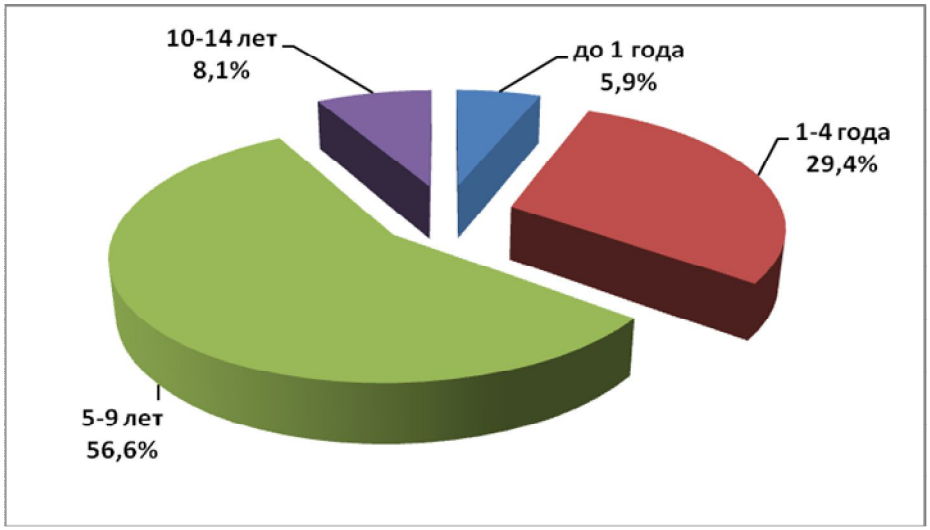


Рис. 5.10. Возрастная структура детей, лечившихся в стационаре 3 и более раза

Данные об оценке организации приема пациентов в приемном отделении больницы представлены в табл. 5.24.

Таблица 5.24

Оценка работы приемного отделения РДКБ

Критерии оценки	Абсолютное кол-во	%
Удовлетворены полностью	106	62,6
Частично	41	23,8
Не удовлетворены	8	4,6
Затрудняюсь ответить	17	9,9

Полученные результаты свидетельствуют о наличии проблемных зон в

работе приемного отделения, о чем можно судить по силу лиц удовлетворенных частично, не удовлетворенных и затруднившихся ответить- 38,3% респондентов.

Однако, эти данные недостаточно информативны без изучения причины неудовлетворенности (табл. 5.25).

Таблица 5.25

Причины неудовлетворенности работой приемного отделения

Критерии оценки	Абсолютное кол-во	%
Длительное ожидание врача	25	37,8
Квалификация врача	14	21,2
Нетактичное отношение	8	12,2
Невнимательность, торопливость при приеме	16	24,3
Длительное ожидание перевода в отделение	3	4,5

Полученные ответы свидетельствуют о том, что организация работы приемного отделения больницы требует постоянного контроля за организацией приема пациентов и культурой общения с ними со стороны заведующего данным подразделением.

Данные, представленные в табл. 5.25, в определенной степени, опровергаются ответами на вопрос анкеты, в соответствии с которым были получены иные ответы (рис. 5.11).

Были смотрены врачом приемного покоя в течение первых 30 минут 61,6% пациентов, от 30 минут до одного часа ожидал осмотра каждый четвертый ребенок. Более одного часа ожидали осмотра врача 12,8% пациентов. Нужно отметить, что все дети, поступившие в экстренном порядке, были осмотрены врачом приемного покоя в течение первых 30 минут.

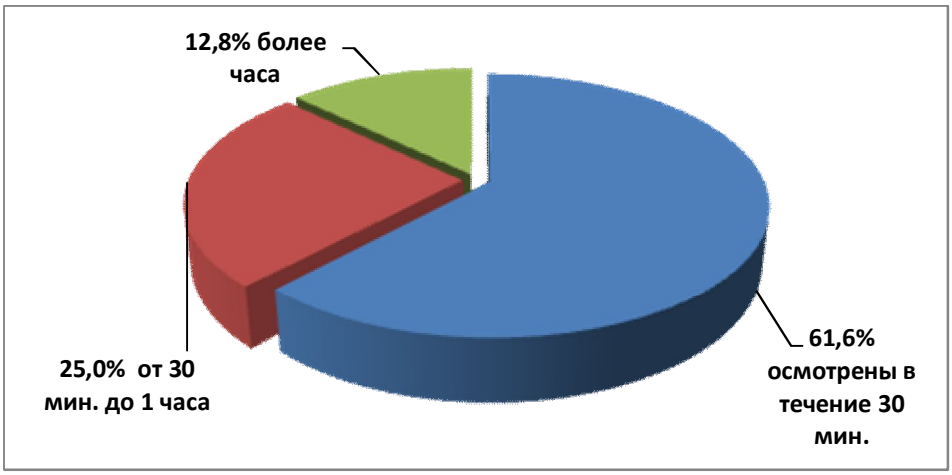


Рис. 5.11. Время ожидания врача в приемном покое

Неудобства, связанные с пребыванием детей в стационаре пациенты сглаживают посредством получения дополнительных платных услуг (рис. 5.12).

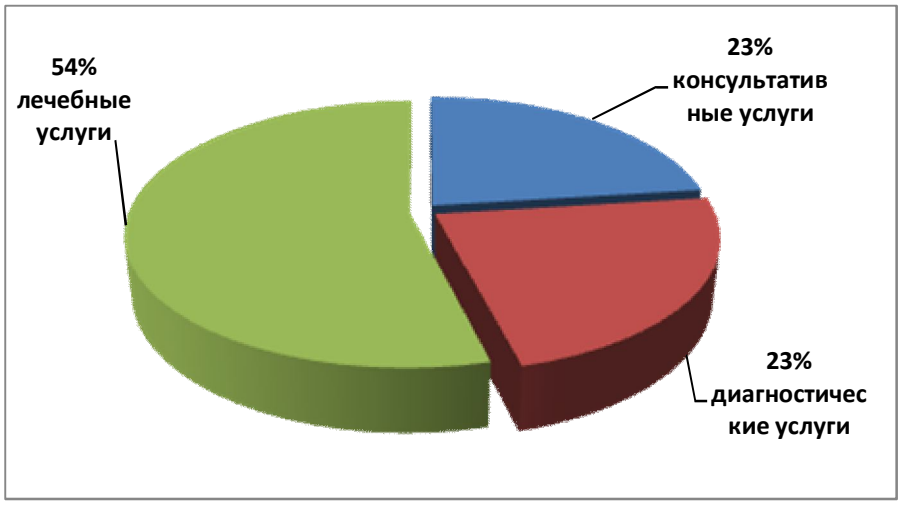


Рис. 5.12. Перечень услуг, оплачиваемых в стационаре

Так 26 родителей (15,0%) указали, что они оплачивали услуги, находившихся на стационарном лечении детей, в том числе консультативные и диагностические распределились поровну - 23% случаев, а лечебные услуги составили 54%. В 88% случаев платность была связана с длительностью ожидания очереди на госпитализацию.

В связи с борьбой с коррупцией в здравоохранении респондентам был

задан вопрос: «по чьей инициативе они пользовались платными услугами в период пребывания в стационаре»: 31% родителей ответили, что по инициативе врача, а 69% по собственной инициативе.

Оказание платных медицинских услуг в лечебно-профилактическом учреждении не является противозаконным актом, если их перечень н входит в программу государственных гарантий, тарифы, квалификация специалистов, время и место оказания услуг, утверждены приказом вышестоящего органа управления здравоохранения. Установлено, что 77% респондентов внесли деньги в больничную кассу на основе договора, заключенного между ними и администрацией больницы, 8% в виде пожертвований, оставшиеся 15% респондентов заплатили специалистам наличными.

Не обращались в страховую медицинскую организацию за возмещением понесенных убытков 92,3% родителей, 7,3% обратившимся за возмещением денежных средств было отказано.

Затем, респонденты оценивали качество медицинской помощи в стационаре. Можно было предположить, что родители, находящиеся с детьми в стационаре, будут более критично оценивать работу стационара, но мы получили статистически достоверную обратную картину (табл. 5.26). Достоверность различий ответов респондентов стационара и поликлиники не вызывает сомнений.

Таблица 5.26

Оценка родителями качества медицинской помощи в стационаре (%)

Характеристика родителей	Оценка качества медицинской помощи в стационаре			
	Удовлетворен полностью	Удовлетворен частично	Не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
Находились в стационаре с ребенком n=91	61,5*	27,5*	2,0*	7,7
Не находились в стационаре n=81	70,4	16,0	4,9	8,6

*межгрупповые различия достоверны, $p \leq 0,05$

Столь оптимистичная картина изменилась при обработке вопроса о причинах неудовлетворенности медицинской помощью в стационаре. На «узкие места» в организации медицинской помощи обратили внимание 22% пациентов (табл. 5.27).

Таблица 5.27

Причины неудовлетворенности медицинской помощью в стационаре

Критерии оценки	Абс. кол-во	%
Условия пребывания в стационаре	6	15,8
Нетактичное отношение медицинского персонала	2	5,3
Трудности получения консультации врача-специалиста	5	13,2
Отсутствие необходимых медикаментов	10	26,4
Недостаточная полнота обследования и лечения	4	10,5
Отсутствие информационных и образовательных материалов для родителей	8	21,0
Другие причины (питание, платные услуги, преемственность с поликлиникой)	3	7,8

Среди указанных лидируют причины связанные с медикаментозным и информационным обеспечением, бытовые условия в стационаре, трудности с консультациями узких специалистов и недостаточная полнота диагностического обследования и лечения. Если к этому числу прибавить 36 родителей с оценкой «затрудняюсь ответить», то получится, что 74 респондента (43%) не ощутили комфорта от контакта с медицинским учреждением.

Далее была изучена удовлетворенность работой лечащего врача и медицинской сестры стационара (рис. 5.13).

Установлено, что 76,7% респондентов удовлетворены работой врача, удовлетворены частично - 14,6%, не удовлетворены работой врачебного персонала 2,3%, затруднились ответить на этот вопрос 6,4% респондентов.

Ответы на следующий вопрос анкеты позволили выяснить причины неудовлетворенности работой врачебного персонала. Они связаны не с квалификацией, а недостаточным информированием родителей о состоянии

ребенка в 40% случаев, проводимым обследованием и лечением в 34%, недостаточным вниманием к ребенку – в 15,8%, невнимательностью и торопливостью при осмотре ребенка- в 10,2% случаев.

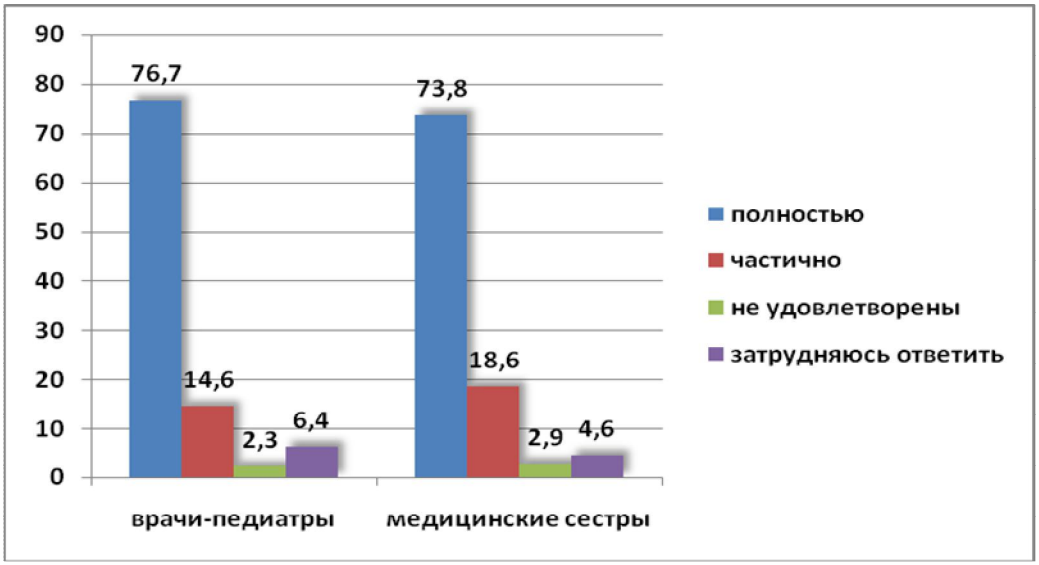


Рисунок 5.13. Удовлетворенность работой врачей и сестринского персонала (%)

Таким образом, ведущими причинами неудовлетворенности родителей во время пребывания ребенка в стационаре являются их недостаточное информирование и торопливость врачей при осмотре ребенка. Эти же причины являются ведущими и при оценке работы врачей приемного покоя.

Следующий вопрос анкеты был направлен на изучение удовлетворенности работой медицинских сестер стационара. Абсолютное число респондентов 73,8% были удовлетворены их работой. Нельзя забывать, что в поле зрения родителей попадает медицинских сестер в 2,5 раза больше, чем врачей, при этом частично не удовлетворены их работой 18,6% респондентов, не удовлетворены 2,9%, затруднились ответить на вопрос 4,6% опрошенных, что сопоставимо с данными полученными при опросе об оценке работы врачей. В качестве основной причины –15,3% респондентов назвали недостаточное наблюдение за ребенком, 10 5,8% обратили внимание на нетактичное поведение сестринского персонала, 2,9% отметили несвоевременное и не в полном объеме выполнение назначений

врача.

Высоко оценили респонденты качество лечебного питания: хорошее-52,9%, удовлетворительное - 41,3%, неудовлетворительно - 5,8%.

Важное значение в стационаре придается санитарному состоянию отделений. Как хорошее его оценили 68,0%, удовлетворительно 28,5%, неудовлетворительно - 3,5%. В связи с тем, что уборка помещений в РДКБ осуществляется клиниговой фирмой контроль за ее работниками целесообразно вменить в должностные обязанности сестер-хозяек отделений.

Респонденты достаточно высоко оценили результаты лечения детей (рис. 5.14).

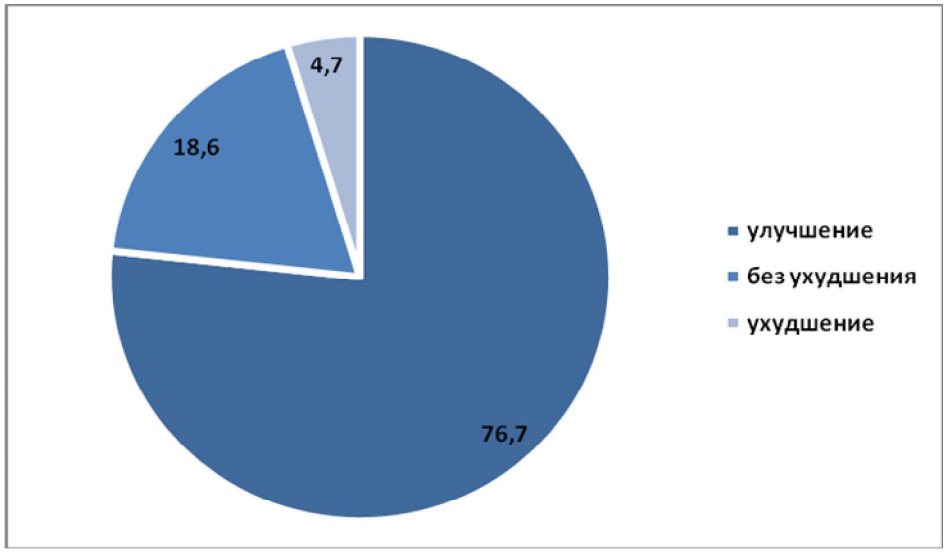


Рис. 5.14. Оценка результатов лечения респондентами (%)

Так, 76,7% респондента отметили, что здоровье детей улучшилось, выписаны без улучшения 18,6%, ухудшение здоровья отметили 4,7% родителей.

Ответы на завершающий вопрос анкеты завершалась вопросом: «Что, по Вашему мнению, необходимо совершенствовать в деятельности стационара для обеспечения качественного оказания медицинской помощи?» представлены в табл.5.28.

Было получено 225 ответов. Как и следовало ожидать, на первое место респонденты поставили обеспеченность медицинским персоналом и

оборудованием - 27,5%.

Таблица 5.28

Пути совершенствования стационарной помощи по мнению родителей

Критерии оценки	Абс. кол-во	%
Обеспеченность медицинским персоналом и оборудованием	60	27,5
Совершенствование межличностных отношений врач-пациент	44	19,4
Удобство и своевременность предоставления информационных услуг	40	17,6
Результативность медицинских вмешательств (изменения в состоянии ребенка)	30	13,3
Непрерывность медицинской помощи (поликлиника-стационар-поликлиника)	24	10,5
Квалификация врача	22	9,6
Комфортабельность пребывания в стационаре	5	2,1

Следующим по значимости предложением являются межличностные отношения между производителями и потребителями медицинских услуг - 19,4%. Скорее всего, причиной этого являются межличностные отношения, по прежнему, укладывающиеся в патерналистическую модель –«делайте только то и только так, как я сказал». Это подтверждается неудовлетворенностью пациентов информационным обеспечением -17,6%.

Доступность интернет-информации различного содержания и качества ставит перед медицинским сообществом необходимость выстраивания отношений на основе моделей информированного сотрудничества или партнерства. Данное обстоятельство целесообразно учитывать администрации учреждения и организовать специальные обучающие тренинги для врачей и медицинских сестер.

Респонденты обратили внимание на результативность медицинских услуг в 13,3% случаев. Рекомендация относительно улучшения преемственности между стационаром и поликлиникой в 10,5% случаев полностью совпадает с оценкой ситуации, выявленной при опросе врачей стационара.

Предложение о повышение квалификация медицинского персонала

также вошло в перечень пожеланий. Отработка в РТ системы дистанционного повышения квалификации, создание республиканского симуляционного центра позволит влиять на данный критерий качества медицинской помощи.

Таким образом, проведенный социологический опрос родителей детей, получающих медицинские услуги в поликлинических и стационарных учреждений позволил выявить следующее:

1. Развитие электронного здравоохранения в РТ позитивно влияет на доступность медицинской помощи и удовлетворенность ею пациентами.

2. Приоритеты модернизации детского здравоохранения в Республике, направленные на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранение и оснащение их современным оборудованием, получили высокую оценку родителей, которые связывают эти перемены с повышением качества медицинской помощи и более эффективным лечением.

3. Опросы родителей позволяют выявлять проблемные зоны организационного, информационного, технологического характера в работе медицинских учреждений и своевременно принимать меры по их устранению.

4. Отношения между производителями и потребителями медицинских услуг занимают важное место в системе организации медицинской помощи, так как ожидания пациентов и возможности системы здравоохранения не всегда совпадают. С этих позиций необходимо более активно обучать медицинский персонал современным технологиям межличностных коммуникаций.

5. Интернет-технологии накладывают весьма действенный отпечаток на формирование общественного мнения о работе медицинских учреждении и коллективов. В этой связи следует больше внимания уделять сайту лечебного учреждения, помещая на нем материалы, отражающие пожелания потребителей медицинских услуг и меры принятые администрацией по их выполнению.

ГЛАВА 6. НОВЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

6.1. Модернизация детского здравоохранения как условие и база трансфера инновационных медико-организационных технологий

Достижению большинства положительных результатов в системе охраны здоровья детского населения региона послужила реализация программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан в 2011-2012 годы», в рамках которой предусмотрено направление средств в объеме 3 571 978,4 тыс. рублей на развитие учреждений детства и родовспоможения (34,2% от общего объема финансирования Программы).

Разработке республиканской программы модернизации предшествовал аудит эффективности использования имеющихся ресурсов, который выявил существенные резервы, связанные с качеством больничного менеджмента, ограничением информационных ресурсов, слабой материально-технической базой и приборным оснащением, кадровым дефицитом. Разрыв в показателях здоровья (заболеваемость, инвалидность и смертность) детей, проживающих в больших, малых городах и сельских районах свидетельствовал о проблемах, связанных с доступностью и качеством медицинской помощи, квалификацией медицинского персонала.

На основе полученной информации была разработана республиканская модель организации медицинской помощи детям, основанная на зональной ответственности центров высоких медицинских технологий. Это позволило сконцентрировать внутрисистемные ресурсы здравоохранения и обеспечило трансфер современных медицинских технологий, в том числе жителям сельских районов.

Было выделено 3 зоны ответственности: Казанская - 374310 детей, Набережно-Челнинская - 236202 и Альметьевская - 113598 детей.

Базовыми учреждениями в каждой зоне были определены детские больницы с перинатальными центрами. Значительная часть запланированных средств в ходе модернизации была направлена на укрепление их материально-технической базы, что позволило приблизить специализированную помощь к детскому населению, внедрить новые алгоритмы оказания неотложных и плановых медицинских услуг, улучшить условия пребывания и сократить количество дней пребывания пациентов в стационарах.

За 2 года проведен капитальный ремонт и оснащение современным медицинским оборудованием ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, ГАУЗ «Закамская детская больница с перинатальным центром» г. Набережные Челны, оснащение оборудованием ГАУЗ «Альметьевская детская городская больница с перинатальным центром», продолжаются работы по реконструкции ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром» г. Нижнекамска, 10 крупных детских поликлиник, в том числе три - в межмуниципальных центрах, получили диагностическое оборудование.

Учитывая переход на новые критерии живорождения, введены 30 дополнительных коек реанимации новорожденных и недоношенных детей, в рамках программы оснащено современным лечебно-диагностическим оборудованием 20 отделений и палат реанимации новорожденных в родильных домах и отделениях центральных районных больниц. Закуплено 6542 ед. оборудования.

6.1.1. Создание инновационной модели детской региональной больницы

Организационно-методическим центром оказания педиатрической помощи является Детская республиканская клиническая больница (ДРКБ) (748 коек, в том числе 52 – реанимационные), общая стоимость модернизации которой составила 263 млн. рублей. Были реконструированы и

капитально отремонтированы лечебные корпуса, введено в эксплуатацию 1 645 единиц новейшего медицинского оборудования и техники.

С целью повышения эффективности оказания медицинской помощи детскому населению в 2013 г. к ДРКБ была присоединена Детская городская больница №2 г. Казани и вновь построенная крупнейшая в республике детская поликлиника «Азино». Таким образом, с учетом имевшихся ранее подразделений была создана инновационная модель детской региональной больницы, включающей: а) стационар экстренной медицинской помощи и высоких технологий, б) «больницу-спутник» по долечиванию и в) амбулаторно-поликлинические подразделения первого, второго и третьего уровня оказания педиатрической помощи.

К концу 2013 г. сформировалась новая структура управления учреждением, состоящая из шести обособленных подразделений, которые являются полноценными стратегическими бизнес-единицами. Во главе каждого из них находится руководитель, контролирующий все процессы внутри своей структуры и выстраивающий регламент взаимодействия с другими подразделениями клиники.

В области управления персоналом в учреждении внедрена и функционирует служба менеджмента качества, успешно реализуются проекты «Бережливое производство» и «Наставничество».

Реконструкция приемно-диагностического отделения (ПДО) больницы включала новую логистику движения пациентов, развертывание реанимационных коек, противошоковой палаты, операционных, дополнительных смотровых кабинетов и установку диагностического оборудования, в том числе КТ и ЯМР томографов. Это позволяет начать оказание экстренной помощи уже в приемном отделении, куда ежегодно обращается около 50 тыс. пациентов, причем, доля экстренных составляет 55%, реанимационных обращений - до 8%.

В 2013 г. сохранилась общая тенденция увеличения обращений в приемное отделение (табл. 6.1). За год в приемно-диагностическое отделение

обратилось 60 086 детей (2012 г. - 50 708), 51,8% были госпитализированы. Среди них доля экстренных госпитализаций составила 75,2% и реанимационных больных - 9%.

Таблица 6.1

Показатели работы приемного отделения ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Количество обращений в приемное отделение ДРКБ	43624	50708	60080
Из них экстренных обращений Доля экстренных обращений в %	28339 (65,0%)	36668 (72,3%)	45197 (75,2%)
Доля госпитализированных (в %)	58,8	50,9	51,8

В соответствии с **современными стандартами оказания специализированной реанимационной помощи** детям Республики Татарстан, в ПДО ДРКБ созданы все условия для оказания экстренной медицинской помощи: противошоковая палата с реанимационным модулем, операционный блок, оснащенный современным оборудованием и круглосуточный пост **Республиканского реанимационно-консультативного центра (РКЦ)**. Сформирована единая база пациентов по обращениям, организована обратная связь в режиме он-лайн с отделениями анестезиологии и интенсивной терапии медицинских учреждений республики. Все это позволило интегрировать все детские учреждения РТ в единое информационное поле с использованием, как корпоративной сотовой связи, так и технологии удаленного мониторинга, реализовав, таким образом, концепцию круглосуточного мониторинга за показателями жизнеобеспечения пациентов в критическом состоянии. В рамках работы РКЦ за период 2013 г. выполнено 3692 консультации (в 2012 г. - 2 623), осуществлено 1 416 (в 2012 г. - 1 256) выездов реанимационных бригад для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи детям, произведена 981 транспортировка пациентов по республике и г. Казани (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Показатели работы РКЦ ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Консультации по телефону	1463	2623	3692
Выезды по РТ	1309	1306	1416
Транспортировано детей	927	1131	981

Больница активно помогает коллегам из соседних регионов, доставляя тяжелых пациентов из региональных детских больниц в ДРКБ для проведения высокотехнологичных операций. В 2013 г. благополучно доставили из соседних республик Марий-Эл, Чувашии, Удмуртии, из Ульяновской и даже Оренбургской областей 6 детей, в крайне тяжелом состоянии.

Создана программа по ведению реанимационно-консультативной карты пациента, доступ к которой осуществляется с любого рабочего места с выходом в интернет, в т. ч. и с мобильных устройств (планшеты, смартфоны, с реанимобиля). Организована работа по ведению консультаций в режиме конференц-связи с использованием телемедицинских технологий, что позволило вывести работу на новый более качественный уровень. За 2013 г. осуществлено 560 таких консультаций.

В рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011-2012 годы» в деятельность детских учреждений здравоохранения было внедрено 7 федеральных **стандартов медицинской помощи** детям (больным инсулинозависимым сахарным диабетом, пневмонией, бронхиальной астмой, острым перитонитом, артритом, при переломе большеберцовой кости). Всего в 2012 году пролечено 1506 детей в соответствии со стандартами. Показатель соответствия оказанной медицинской помощи федеральным стандартам составил 91%.

В ДРКБ внедрено 37 **новых методов диагностики и лечения**, позволяющих существенно повысить уровень и качество оказываемой

помощи детям. Доля эндоскопических операций достигла до 17% от общего количества операций на брюшной полости, в т. ч. лапароскопических аппендэктомий – 85%, перитонитов - до 93%, что позволило снизить длительность пребывания на койке на 15%. В эндоваскулярной хирургии проведено 40 операций по окклюзии труднодоступных сосудистых опухолей, что в два раза сократило длительность пребывания больного на койке. Применение кинезиотерапии в отделении пульмонологии позволило снизить применение антибактериальных препаратов на 20% у больных с муковисцидозом. В отделении хирургии раннего возраста выполняются торакоскопические вмешательства у детей с минимальным весом (1500 граммов). Впервые разработан и внедрен патогенетический метод лечения гидроцефалии при внутриутробных инфекциях, лечение спастических синдромов у детей посредством имплантации электростимуляторов спинного мозга, реконструктивно-пластические операции у детей со сложными пороками развития черепа с применением биодеградируемых фиксирующих материалов.

Модернизированы операционные блоки, отделения реанимации, отделения реанимации новорожденных, патологии новорожденных, хирургии раннего возраста. В составе отделения онкогематологии развернут компьютерный класс с возможностью дистанционного обучения маленьких пациентов.

Во всех лечебных отделениях созданы условия для **интенсификации лечебного процесса** (подводка кислорода, организация палат интенсивной терапии, пневмопочта) и оптимальные условия для комфортного пребывания ребенка и мамы (организованы игровые зоны в больнице, функционируют комнаты матери и ребенка в приемном отделении, консультативных поликлиниках, созданы игровые площадки на территории больницы). Мамы во время пребывания в стационаре с ребенком обеспечиваются трехразовым питанием, созданы условия для свободного посещения детей, находящихся в реанимационных отделениях.

Интенсификация лечебно-диагностического процесса в рамках модернизации позволила изменить подходы к пребыванию пациентов и их родителей в ДРКБ: а) сократилась длительность пребывания больного в круглосуточном стационаре с 12,8 дней в 2001 г. до 9,1 дней в 2012 г., б) увеличились объемы **стационарзамещающих технологий**, ориентированные на семью, при которых семья пациента не испытывает дискомфорта при получении медицинской помощи в условиях дневного лечения в клинике.

Основное приоритетное направление ДРКБ – это развитие и совершенствование **высокотехнологичных видов медицинской помощи** (ВМП), расширение её профилей и объемов. ВМП детям республики оказывалась как за счет средств федерального бюджета (по 5 профилям), так и за счет средств республиканского бюджета (по 9 профилям). В целом по высоким технологиям было пролечено 1676 детей в 2011 г. и 1772 - в 2013 г., в том числе за счет федеральных квот – 579 и 640 пациентов, соответственно (табл. 6.3).

Таблица 6.3

Количество пациентов, получивших высокотехнологичную помощь в ГАУЗ «ДРКБ М3 РТ»

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.
За счет Федеральных квот	579	813	640
За счет республиканских квот	1097	896	1132
Всего	1676	1709	1772

Активно внедрялись новые высокотехнологичные методы лечения. Работа хирургической службы строилась в тесном сотрудничестве с кафедрами детской хирургии, ЛОР, офтальмологии, нейрохирургии Казанского государственного медицинского университета.

Таким образом, в РТ создана инновационная модель региональной (республиканской, областной) детской клинической больницы, отвечающей

требованиям к высокоспециализированному стационарному звену в современной многоуровневой системе оказания медицинской помощи населению.

6.1.2. Информационные технологии в модернизации амбулаторно-поликлинической службы

По многим направлениям **информатизации** поликлиническое отделение ДРКБ было выбрано пилотной площадкой в РТ для реализации проекта «Безбумажная больница».

С развитием электронных ресурсов здравоохранения связана доступность медицинской помощи для детей. Это позволяет выстроить новую логистику взаимодействия между ребенком и поликлиникой. Работа в регистратуре новой поликлиники полностью автоматизирована. Современные IT - технологии позволяют работать в режиме единого информационного поля со всеми структурными подразделениями ДРКБ. Внедрена система администрирования, позволяющая распределять потоки посетителей, оперативно реагировать на возможные нестандартные ситуации. Возможна предварительная запись на прием через интернет, специальные терминалы-информаты, портал государственных услуг и телефон. Пациент записывается на удобное для него время без посещения регистратуры, по каждому врачу формируется лист приема, к назначенному времени карточка пациента поднимается из регистратуры в кабинет врача.

Наличие электронной амбулаторной карты оптимизирует диспансеризацию детей с хронической патологией, расширяет доступ ребенка к диагностическим процедурам и приему узких специалистов.

Материально-техническая инфраструктура состоит из 562 автоматизированных рабочих мест, подключенных к сети передачи данных, объединяющей все корпуса стационара и поликлиник. Организована работа круглосуточного единого многоканального контакт-центра ДРКБ с голосовым меню и возможностью оставить на голосовом ящике свои

пожелания для администрации клиники. Функционирует корпоративная система сотовой связи и оперативного СМС-оповещения с районными педиатрами. Единой системой телемониторинга ренимационных коек охвачено 21 лечебно-профилактическое учреждение республики, установлено 30 мониторов с передачей телеметрических данных о состоянии пациента. Организован круглосуточный центр телемедицины на базе РКЦ ДРКБ М3 РТ. Организована работа по ведению консультаций в режиме конференцсвязи, что позволило вывести работу на новый более качественный уровень.

Осуществляется переход клиники на Единую государственную информационную систему электронного здравоохранения РТ. В данной системе уже полностью работают все поликлиники ДРКБ, а также начаты работы по переводу на нее лечебного корпуса №3. Единая система позволит организовать эффективное информационное взаимодействие с другими ЛПУ, накапливая оперативные данные о пациенте в ЭМК. По сути - это начало к переходу медицинской документации в полностью электронный вид, а в дальнейшем к полному отказу от ряда бумажных носителей.

6.1.3. Инновации в области развития кадрового потенциала

Неотъемлемой частью модернизации здравоохранения (в т.ч., естественно, и детского) РТ стало внедрение новых технологий повышения кадрового потенциала. Главным событием в этом направлении стала организация **Республиканского образовательного центра высоких медицинских технологий.** Его оснастили современными европейскими симуляционными классами, что позволяет осуществлять обучение врачей на моделируемых реальных ситуациях, требующих глубоких теоретических знаний в сочетании с мануальными навыками. О высокой востребованности класса говорит то, что более 2 тысяч специалистов из 62 регионов России прошли здесь подготовку.

По инициативе Минздрава Республики в Центре стартовал

образовательный проект для организаторов здравоохранения. Он реализуется совместно со специалистами бизнес-школы «Сколково» и Московского государственного стоматологического университета.

Открытие в 2012 г. нового симуляционного класса по первичной реанимации новорожденных позволило обучить врачей выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Причем это обучение происходило по одной из инноваций последипломного образования – в команде специалистов, ориентированных на решение конкретной задачи. В течение 2013 года 150 неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов отработали практические навыки выхаживания маловесных детей.

Администрация больницы поддерживает внедрение **новых обучающих технологий**. За период 2013г. реализованы обучающие программы по «Системе менеджмента качества в медицинских учреждениях», проведены мастер - классы с международным участием (Германия, Сербия). Проводится стажировка в рамках опережающего профессионального обучения «Бережливое производство». Состоялся обучающий курс по лечению врожденных пороков сердца у детей с использованием окклюдеров. Ведущие специалисты Европы (Италии, Германии, Франции, Славении) проводили эндоваскулярные операции в условиях операционной отделения рентгенэндоваскулярной диагностики ДРКБ с трансляцией на аудиторию Образовательного центра высоких медицинских технологий. Стажировку в Италии прошла мультидисциплинарная бригада отделения хирургии раннего возраста. Специалисты клиник прошли курсы обучения в ведущих Федеральных центрах Российской Федерации. Проводились обучающие телемосты, мастер - классы с международным участием по нейрохирургии, кардиохирургии, эндоскопической хирургии, трансфузиологии.

Во многом благодаря тесному сотрудничеству с Казанской государственной медицинской академией и Казанским Государственным медицинским университетом специалисты ДРКБ обладают высоким научно-практическим потенциалом. Для повышения эффективности последнего

создан Клинический совет. При непосредственном его участии в 2013 г. реализовывался проект «Наставничество», направленный на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов и сотрудников, проходящих адаптацию к новой работе. Это школа профессионального воспитания, являющаяся одним из основных разделов воспитательной деятельности трудового коллектива. Наставничество является неотъемлемым элементом кадровой политики ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», важным средством воспитания и обучения впервые назначенных на должности врачей, ординаторов кафедр, медицинских сестер.

6.1.4. Условия финансирования детского здравоохранения

В Республике Татарстан сформирована модель здравоохранения с **одноканальной формой финансирования**, которая опирается на общую врачебную практику, обеспечивает избирательность оказания медицинской помощи больному на этапах муниципальных, межмуниципальных, специализированных и высокотехнологичных медицинских центров, позволяет более эффективно расходовать финансовые средства. Основные позиции финансирования здравоохранения в РТ представлены на рис. 6.1.

Республика получила 3 премии за достижение лучших показателей среди российских регионов при реализации Программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан в 2011-2012 годы».

Особое внимание в республике уделяется финансированию службы охраны материнства и детства, на которую за два года направлено более 30% от общего количества выделенных средств. На укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения израсходовано 3,2 млрд. рублей, что составляет 28,8% от общего объема финансирования.

Модернизация детского здравоохранения - это не только реализация одноименной программы. В республике реализуется ряд целевых программ, направленных на улучшение здоровья и качества жизни детского населения**.**

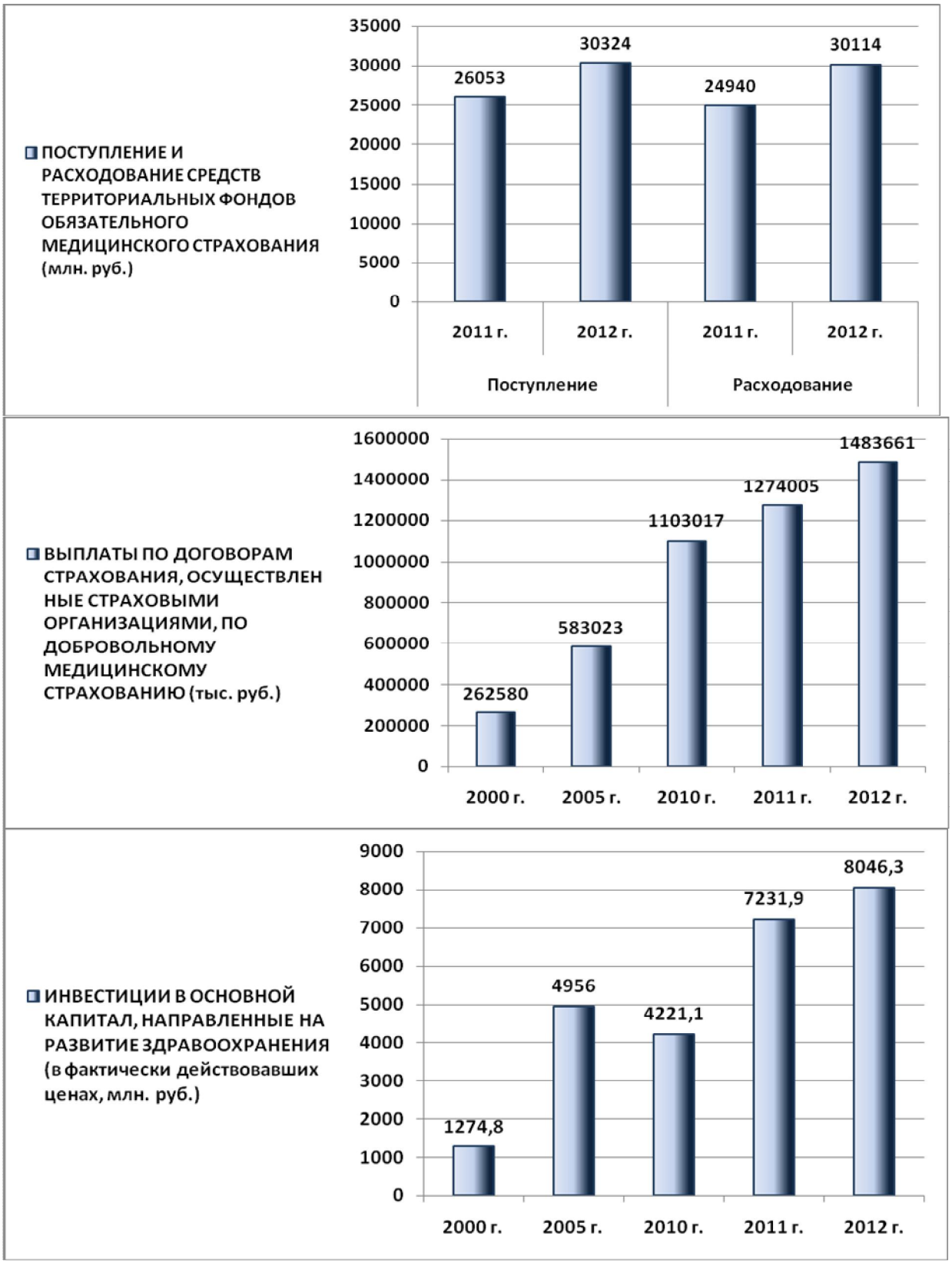


Рис. 6.1. Основные позиции финансирования здравоохранения в РТ

Перечень республиканских целевых программ для детского населения Республика Татарстан представлен в табл. 6.4.

Таблица 6.4

Перечень и стоимость республиканских целевых программ для детского населения

Название программы	Стоимость в млн. рублей
Дети Татарстана с 1999 г.	256,6
Неонатальный и аудиологический скрининг в Республике Татарстан на 2011-2012 гг. (федеральное финансирование)	54,2
Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка в Республике Татарстан на 2011-2012 гг.	68,1
Модернизация службы реанимации новорожденных	50,0
Организация отдыха, оздоровления, занятости детей и молодежи (ежегодно) в 2012 г. (здравоохранение)	28,2
Программа безвозмездного обеспечения детей первых 3-х лет жизни специальными молочными продуктами питания и смесями «Белекеч»	332,3
Профилактика осложнений и неблагоприятных исходов хронического вирусного гепатита «В» у детей (на 2012-2013 гг.	8,5
Раннее вмешательство на 2009-2012 гг.	64,0
Клиники, дружественные к молодежи	2,5

Современный период, ознаменованный интенсивным развитием здравоохранения, ставит задачу использования принципиально новых технологий планирования и управления. Переход к стратегическому управлению послужил базой для возрождения на новой платформе **программно-целевого метода**, ориентированного на достижение конечных результатов за счет концентрации необходимых ресурсов.

Преимущество целевых программ по сравнению с другими документами стратегического характера хорошо известно и связано с возможностью использования широкого комплекса мер политического, нормативно-правового, финансового, экономического, социального, экологического, производственного, исследовательского, информационного и иного характера, выстроенных в определенной последовательности и согласованных по ресурсам, исполнителям и срокам исполнения.

Программа требует специально организованной системы управления и координации с возложением соответствующих функций на специальный

орган. Такая координация усилий сил и средств позволяет решать сложные задачи различных уровней управления и межведомственного характера. Учитывая системность подхода к решению конкретной проблемы, целевая программа является наиболее совершенным инструментом для решения приоритетных проблем.

Таким образом, реализация программы модернизации здравоохранения РТ создала необходимые условия для развития системы, обеспечивающей своевременную и адекватную медицинскую помощь женщинам и детям, как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и на уровне высокоспециализированной медицинской помощи, внедрения эффективных организационных и медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации на основе современных порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

6.2. Модель трехуровневой системы оказания медицинской помощи

В настоящее время в кругу специалистов растет понимание того, что сложившаяся система финансирования отрасли не позволит здравоохранению быть рентабельным, если сохранить привычный порядок предоставления медицинской помощи. Но это не значит, что восстановить баланс обязательств и возможностей отрасли можно только путём многократного увеличения финансирования или сокращения ассортимента и объема бесплатных услуг. Существует и более рациональный путь решения проблемы. Он заключается в существенной модернизации самого способа обслуживания пациентов. Речь идет о создании так называемой «многоуровневой системы оказания медицинской помощи», которая предполагает увеличение количества и повышение объема услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе, а также расслоение универсальной стационарной помощи по технологическому принципу. Проблема, стоящая перед органами управления здравоохранения, заключается в том, чтобы

решить, как лучше использовать имеющиеся возможности. Это решение зависит от многих факторов. В частности, в значительной мере эффективность использования имеющихся возможностей зависит от того, насколько система оказания медицинской помощи населению исповедует наработанные десятилетиями и проверенные на практике принципы организации производства медицинских услуг.

Как подчеркивают А.А. Баранов и соавт. (2014), многоуровневая система медицинской помощи в экономически развитых странах – это способ обслуживания населения в общественном секторе здравоохранения с использованием технологически ранжированной на уровни и методологически распределенной на последовательные периоды стандартизованной схемы лечения пациентов. Их применение позволяет на каждом из этапов обеспечить необходимый объем медицинской, оздоровительной или реабилитационной помощи и при этом исключить использование лечебных ресурсов избыточного или недостаточного уровня.

В настоящее время уже принято решение о том, что в ближайшее десятилетие отечественное здравоохранение осуществит постепенный переход от устаревшей российской модели медицинского обслуживания (первичное, госпитальное) к трехуровневой системе медицинской помощи (Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденная, Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012 г.), используемой в экономически развитых странах. Названная система представлена следующими уровнями: первичный, парагоспитальный (патронажный) и госпитальный.

Такой подход дает возможность выделить работу со здоровым ребенком в самостоятельное направление и наконец-то реально заняться профилактикой. Это также дает возможность освободить стационары от «не свойственной» им работы и сделать их тоже в реальности стационарами интенсивного лечения.

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи

детям Республики Татарстан в необходимом объеме в регионе используется модель трехуровневой системы здравоохранения. В основу такой системы заложены принципы, изложенные в Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р. Основополагающим региональным документом является Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года».

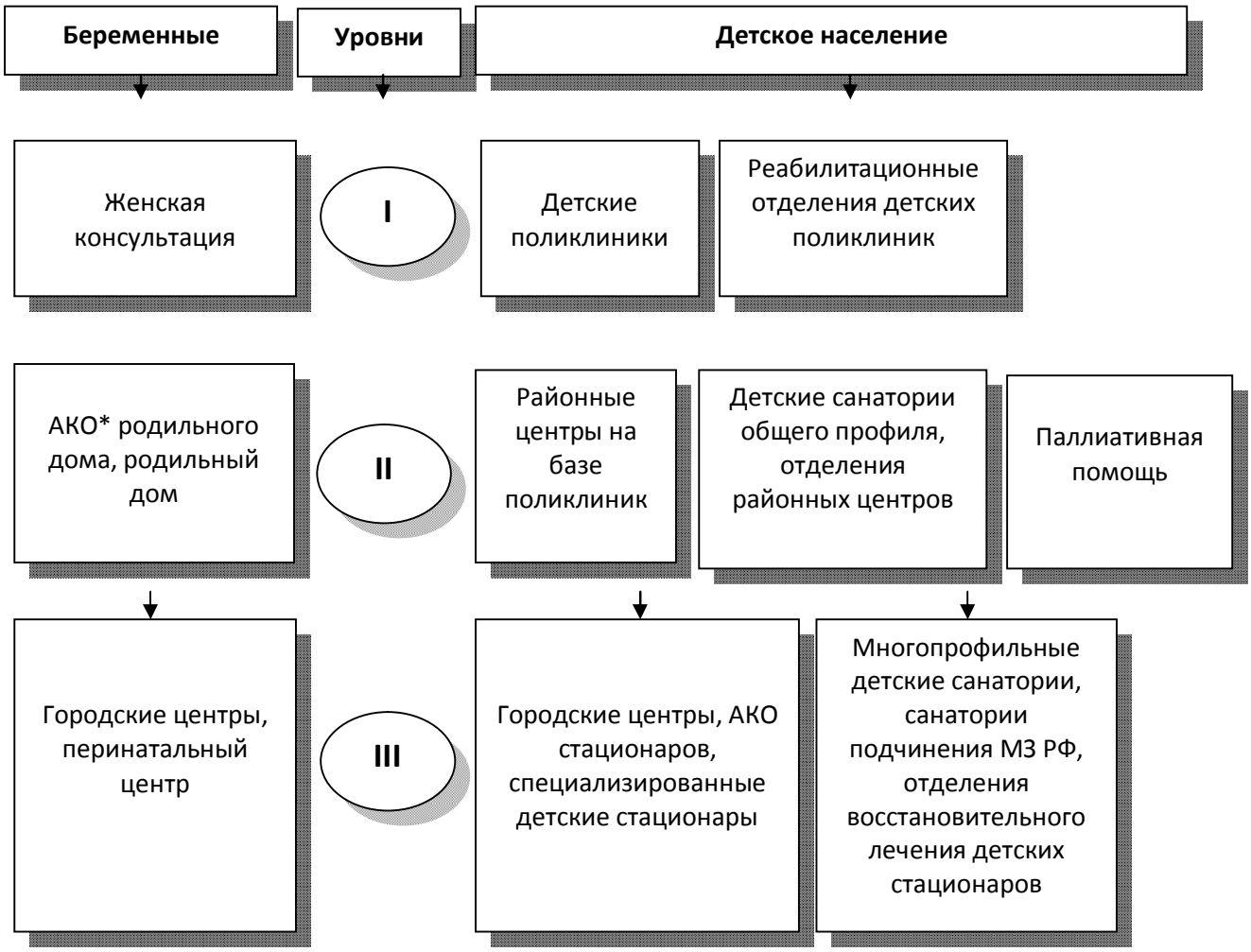
Главная задача, стоявшая перед организаторами детского здравоохранения Татарстана при реализации трехуровневой модели оказания медицинской помощи детям, заключалась в организации оптимальной маршрутизации пациентов с целью обеспечения необходимого объема профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи. При этом важным условием является соблюдение принципа рационального использования ресурсов отрасли.

С экономической точки зрения трехуровневая модель позволяет обеспечить эффективное вложение бюджетных средств в развитие государственных медицинских организаций с учетом технологического ранжирования медицинской помощи.

В РТ создана трехуровневая система оказания медицинской помощи **беременным, роженицам и родильницам** (рис. 6.2).

Общая коечная мощность акушерских стационаров в составе многопрофильных учреждений - 1827 коек, 2 родовспомогательных учреждения второго уровня (360 коек) объединены с детскими больницами.

К первому уровню отнесены родильные отделения центральных районных больниц с числом коек 453. Учреждения родовспоможения второго уровня мощностью 1274 коек работают по принципу межмуниципальных центров и осуществляют медицинскую помощь при среднем риске развития патологии. Третий уровень представлен акушерским отделением ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» - 100 коек.



*АКО – амбулаторно-консультативное отделение

Рис. 6.2. Уровни оказания медицинской помощи в системе охраны здоровья матери и ребенка в РТ

В ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» на базе отделения реанимации и интенсивной терапии на функциональной основе организована работа выездной реанимационной бригады в акушерстве. К работе привлекаются специалисты всех профилей, ежегодно осуществляется до 500 дистанционных консультаций, около 100 выездов. При проведении модернизации планируется создание акушерского дистанционного консультационного центра на базе ГАУЗ «Закамская детская больница с перинатальным центром» в г. Набережные Челны, что позволит обеспечить

консультационной и реанимационной помощью Закамский регион республики с увеличением объемов в два раза.

В ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» развернуто 11 коек реанимации новорожденных. Отделение находится в зоне больничного комплекса, в 300 метрах от ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, где функционирует отделение патологии новорожденных на 60 коек, в нем оказываются все виды неонатальной хирургической помощи, в том числе высокотехнологичной.

В республике разработана **трехуровневая система оказания реанимационной помощи новорожденным и выхаживания недоношенных детей**. Для этой цели развернуто 330 коек патологии новорожденных и недоношенных детей и 93 реанимационных койки для новорожденных. В целях повышения эффективности этапной многоуровневой помощи и в первую очередь реанимационной службы и рациональной транспортировки новорожденных оптимизированы путевые маршруты реанимобилей.

Функционирует **трехуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению** (рис. 6.3).

Первый уровень – городские детские поликлиники, детские больницы, детские отделения центральных районных больниц, детские консультации при центральных районных больницах оказывают специализированную стационарную и амбулаторную помощь, первичную медико-санитарную помощь детям по участковому принципу.

Для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи детям планируется в городах создать межполиклинические диагностические центры, где будут сосредоточены диагностические службы и врачи-специалисты. При этом на базе детских городских больниц и поликлиник будут создаваться стационарные и амбулаторные отделения долечивания и

реабилитации.

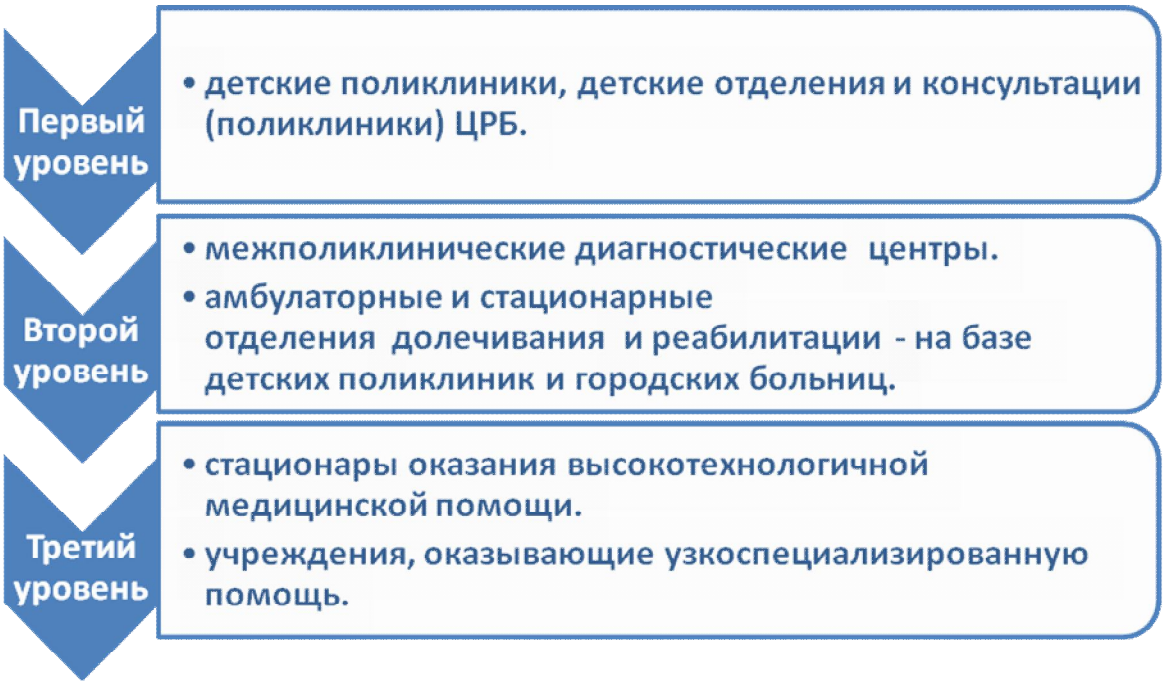


Рис. 6.3. Схема трехуровневой системы оказания медицинская помощь детскому населению РТ

Второй уровень – сеть межмуниципальных центров по оказанию специализированной медицинской помощи детям. Количество межмуниципальных центров различного профиля устанавливается в зависимости от уровня заболеваемости и распространенности патологии в детской популяции. Также к функциям межмуниципальных центров относятся управление маршрутизацией пациентов, организационно-методическая и практическая помощь подразделениям I уровня, мониторинг деятельности I уровня.

Третий уровень - головное учреждение педиатрической службы республики – ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗРТ на 814 круглосуточных коек, из них 49 реанимационных.

В структуре больницы функционируют 11 соматических и 11 хирургических отделений, консультативная поликлиника на 500 посещений в

смену; параклиническая служба (11 отделений); 10 республиканских научно-практических центров:

- реанимационно-консультативный центр;
- кардиологический центр;
- сурдологический центр;
- иммунологический центр;
- уронефрологический центр;
- пульмонологический центр муковисцидоза;
- центр ретинопатии недоношенных;
- центр здоровья;
- центр медико-социальной помощи детям и подросткам;
- гастроэнтерологический центр.

К функциям научно-практических центров относятся:

1. Оказание высокотехнологичной консультативно-диагностической и лечебной помощи пациентам;

2. Осуществление организационно-методической и практической помощи медицинским организациям первого и второго уровней;

3. Организация эффективной маршрутизации детей РТ с профильными заболеваниями;

4. Аналитическая оценка состояния специализированной службы на всех уровнях оказания специализированной помощи детям в Республике Татарстан;

5. Внедрение в практическое здравоохранение новых технологий организации службы, методов профилактики, диагностики и лечения детей с профильными заболеваниями;

6. Участие в повышении профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала отделений медицинских учреждений РТ, оказывающих медицинскую помощь детям по профилям заболеваний;

7. Осуществление подготовки и участие в проведении семинаров, совещаний, симпозиумов и конференций по курируемым вопросам.

Детская республиканская клиническая больница входит в «пятерку» крупнейших детских больниц России, имеет лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по 12 профилям. Активно развиваются в Детской республиканской клинической больнице стационарозамещающие технологии. Численность дневного стационара составляет 60 коек по 8 профилям с работой в 2 смены.

Таким образом, применение подхода к решению актуальных проблем материнства и детства, который будет заключаться во включении новых учреждений и технологических процессов в трехуровневую, эффективную и логичную сеть, обеспечит высокую как клиническую, так и экономическую эффективность.

6.3. Профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования ЗОЖ. В Государственной программе «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 г.» отмечено, что одним из ключевых факторов, влияющих на эффективность реализации данного направления, является формирование понимания и принятия обществом культуры ЗОЖ. Формирование ЗОЖ у детей, подростков, молодежи и студентов в настоящее время имеет особое значение, что обусловлено распространенностью среди них курения, а также высокой частотой выявления нерационального питания, избыточной массы тела и ожирения, низкой физической активности. Отдельного внимания заслуживает наркомания.

Важнейшим условием эффективности мер по формированию ЗОЖ детского населения является наличие функционально взаимосвязанной системы по диагностике и коррекции факторов риска неинфекционных

заболеваний в рамках не только первичной медико-санитарной помощи, но и специализированной медицинской помощи, включая помощь в санаторно-курортных организациях. В основе этой системы должна быть полноценная инфраструктура, включающая в себя центры медицинской профилактики, центры здоровья, центры медицинской реабилитации, кабинеты/отделения медицинской профилактики, медицинской реабилитации поликлиник и стационаров, обслуживающих городское и сельское население, а также санаториев. Схема общей и специфической профилактики среди детского населения РТ представлена на рис. 6.4.

Проведенное нами исследование применения профилактических технологий в сфере охраны здоровья детского населения выявило значительный потенциал их возможностей и результативности.

6.3.1. Центры здоровья для детей: проблемы организации, итоги деятельности, задачи дальнейшего развития

Не вызывает сомнения инновационность ЦЗ в создании совершенно новой структуры детского здравоохранения по формированию здорового образа жизни. Это реальные шаги от декларативной позиции к широкомасштабной практической работе.

Деятельность центров здоровья для детского населения регламентировалась федеральными и республиканскими нормативными правовыми актами: постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 №1157 «О финансовом обеспечении в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»; приказами Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», от 16.03.2010 №152н «О мерах, направленных на формирование

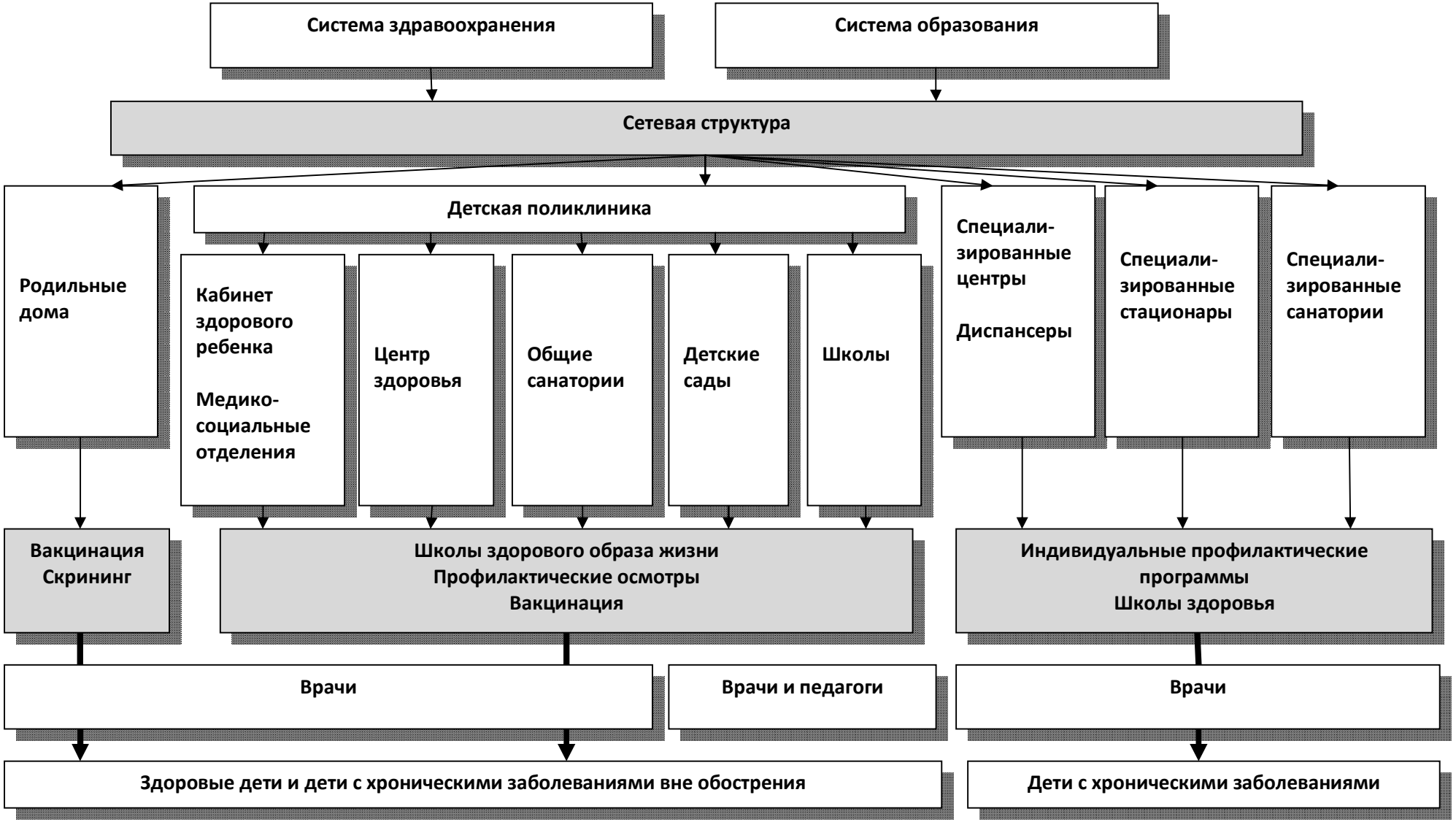


Рис. 6.4. Схема общей и специфической профилактики среди детского населения РТ

здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», от 08.06.2010 №430н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». В соответствие с постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 №1157 всем субъектам России были представлены субсидии на закупку оборудования для учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан России, в т.ч. у детей. Оснащение осуществлялось в соответствии с перечнями, утвержденными Минздравсоцразвития России, на основе софинансирования (в т. ч. согласно приложению № 2 к приказу Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 № 152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»).

Во исполнение приказа Минздрава РТ от 30.11.2010 №1507 «Об организации в Республике Татарстан центров здоровья для детей» были сформированы и утверждены зоны ответственности указанных центров. За каждым из ЦЗ для детей было закреплено 100 тысяч детского населения.

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории РТ на 2013 год для каждого центра здоровья для детей предусматривалось 4518 посещений, тариф одного посещения составлял 756,6 рублей. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 №1157 «О финансовом обеспечении в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» было подписано Соглашение между Минздравсоцразвития РФ и Кабинетом министров РТ о софинансировании расходных обязательств

субъектов РФ, связанных с реализацией в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Распоряжением Правительства РТ от 15.02.2010 № 235-р выделено из средств бюджета РТ 6312,5 тыс. рублей (размер субсидий РФ – 12625 тыс. рублей).

Важным аспектом стало гигиеническое образование учащихся. В этих целях было предусмотрено специальное оснащение центров. Использовалась практика проведения «школ здоровья», лекториев, семинаров, индивидуальных и групповых занятий, семинаров. В соответствии с Планом мероприятий Кабинета министров РТ по реализации рекомендаций республиканского августовского совещания работников образования и науки «Развитие системы образования Республики Татарстан в условиях реализации национальной образовательной инициативы «Наша новая школа», утвержденным распоряжением Правительства РТ от 21.11.2011 №2171-р, осуществлялось взаимодействие центров здоровья для детей с образовательными учреждениями по формированию здорового образа жизни среди обучающихся. Обследование детей проводилось в соответствии с графиками, сформированными руководителями центров здоровья для детей совместно с директорами школ.

Учреждением ответственности по координации работы всех детских центров здоровья республики являлся ЦЗ, организованный на базе ДРКБ. Возрастная структура детей, обследованных в центре здоровья ДРКБ в 2011-2013гг., представлена в табл. 6.5. За изучаемые три года произошло достоверное увеличение доли обследованных детей раннего возраста более чем в 3,5 раза (с 9% до 31%) и подростков с 10% до 13% при уменьшении удельного веса детей в возрасте от 5-ти до 14-ти лет ($p<0,05$).

Анализ структуры выявленных при осмотрах в центре здоровья ДРКБ факторов риска выявил разнонаправленные тенденции (табл. 6.6).

Таблица 6.5

Возрастная структура детей, обследованных в ЦЗ ДРКБ, 2011-2013 гг. (%)

Возрастные группы	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Общее число обследованных	4992	4813	4567
0-4 года	8,9	4,4	31,4
5-9 лет	34,1	35,2	28,5
10-14 лет	46,7	42,1	27,1
15-17 лет	10,3	18,3	13,0

Таблица 6.6

Структура факторов риска, выявленных при осмотрах детей в ЦЗ ДРКБ (%)

Выявленные факторы риска	2011 г. n*=4992	2012 г. n=4813	2013 г. n=4567
По развитию метаболического синдрома (избыток массы, нарушение процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани при обследовании на биоимпедансметре)	16,8	28,2	71,7 n**=480
По развитию сахарного диабета (повышенный уровень глюкозы при исследовании на «Кардиочеке»)	14,9	17,6	3,9
По развитию кариеса – (осмотр полости рта гигиенистом стоматологическим)	36,8	58,7	45,2
По заболеваниям органов дыхания (бронхиальная астма и др.) (снижение функции внешнего дыхания при исследовании на аппаратно-программном комплексе)	13,7	15,5	35,2 n**=2425
По заболеваниям сердечно-сосудистой системы (патологические изменения на электрокардиограмме, снижение функциональных возможностей организма при проведении дыхательных и физических нагрузок)	35,7	36	21
Низкий уровень потребления овощей и фруктов	32,9	26,8	26,9
Малоподвижный образ жизни	51,2	46,7	45,9
Курение табака (по данным анамнеза и исследования на анализаторе окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина)	12,4	11	12,3
Прочие (хронические заболевания в анамнезе, дисгармоничное развитие, дефицит массы, сочетание нескольких факторов риска, воспитание в социопатических семьях и др.)	19,7	10,3	14,7
Злоупотребление алкоголем (по данным анамнеза и анкетирования)	Не выявлено		
Употребление токсических и наркотических веществ (исследование для определения токсических веществ в биологических средах организма)	Не выявлено		

* общее число обследованных детей

** число детей, обследованных на соответствующий фактор риска

При определении степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний принималось во внимание, что у одного

ребенка часто выявлялось несколько факторов риска, учитывалось, что многие факторы риска взаимосвязаны и при одновременном действии усиливали влияние друг друга, тем самым резко повышая риск. Так, избыточная масса тела, а особенно ожирение, повышали риск развития хронических неинфекционных заболеваний и являлись серьезным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, инсулиннезависимого сахарного диабета, различных форм рака.

Всем детям с выявленными факторами риска было проведено индивидуальное консультирование по вопросам формирования здорового образа жизни, организовано динамическое наблюдение с предложением повторно посетить ЦЗ через 6 месяцев.

С целью обеспечения бóльшей доступности детскому населению, проживавшему в сельских районах республики, и в целях предоставления медицинского обследования детям, проживавшим в муниципальных образованиях РТ, не вошедших в зоны ответственности центров здоровья для детей, согласно приложению №3 приказа Минздрава РТ от 30.11.2010 №1507 «Об организации в Республике Татарстан центров здоровья для детей» с апреля 2011 года организована работа мобильного центра здоровья для детей на базе ДРКБ.

Являясь передвижной моделью центра здоровья на базе автомобиля «Фиат-Дукато», мобильный центр позволял проводить обследование детского населения с выездом на место с соблюдением всех необходимых требований. Оснащение «центра на колесах» – стандартное. Это также дополнительная возможность для взаимодействия образовательных и медицинских учреждений. Мобильным ЦЗ для детей в 2012 года проведено 42 выезда в 8 сельских территорий республики: Балтасинский, Зеленодольский, Лаишевский, Высокогорский, Чистопольский, Апастовский, Пестречинский, Алексеевский муниципальные районы, обследовано 750 учащихся; в 2013 году – 39 выездов (районы: Лаишевский, Алексеевский,

Высокогорский, Тюлячинский, г.Казань; осмотрено 549 учащихся). Формирование графиков работы мобильного центра проводилось при непосредственном участии районных педиатров и руководителей учреждений образования. Выезды в сельские территории республики мобильным центром осуществлялись согласно установленному графику с учетом показателей заболеваемости и распространенности заболеваний каждой территории. Выезды проводились с привлечением профильных специалистов ДРКБ; в составе бригады мобильного центра выезжали следующие специалисты: пульмонолог, ортопед, гастроэнтеролог и офтальмолог.

Свое дальнейшее развитие центры здоровья для детей получили в связи с началом реализации пилотного проекта, направленного на проведение доврачебной скрининговой диагностики в общеобразовательных учреждениях РТ с использованием аппаратно-программного комплекса «Армис». Между Министерством образования и науки и Министерством здравоохранения РТ подписано соглашение о регламенте работы на аппарате «Армис» и взаимодействии центров здоровья с образовательными учреждениями республики. Комбинированное обследование детей на двух программных комплексах помогало выявлять дополнительные факторы риска по миопии, снижения остроты слуха и функциональных нарушений центральной нервной системы.

С 1 декабря 2012г. на аппарате «Армис» обследовано 937 учащихся, выявлено факторов риска: по развитию миопии (предмиопия) – у 677 человек (72,2%); по нарушению слуха – у 52 человек (5,6%); по функциональным нарушениям центральной нервной системы – у 48 человек (5,1%). Преимущественное большинство детей с выявленными факторами риска – это учащиеся 9-11 классов. У всех детей с выявленными факторами риска по миопии в анамнезе имелось длительное сидение за компьютером (игры, социальные сети и другие развлечения).

Просветительская работа имела большое значение в формировании принципов здорового образа жизни у семьи. Были организованы следующие школы здоровья: профилактика заболеваний костно-мышечной системы, профилактика артериальной гипертензии, профилактика заболеваний органов дыхания и бронхиальной астмы, профилактика ожирения и сахарного диабета. Большая работа проведена со средствами массовой информации: выступления на телевидении, радио, публикации в российских медицинских журналах («Заместитель главного врача»), проведение детских праздников на территории центра здоровья для детей с освещением в прессе.

Центром здоровья ДРКБ на постоянной основе отрабатывалось взаимодействие с территориальными детскими поликлиниками (участковые врачи в последнее время более активно направляли детей в центры здоровья) и с центрами здоровья, организованными на базе детских поликлиник городов Казань, Набережные Челны, Альметьевск и Нижнекамск (оказание консультативно-методической помощи), с Республиканским центром медицинской профилактики в части получения методических материалов, совместной работы со средствами массовой информации. Подготовлены памятки-рекомендации для родителей и детей по уходу за полостью рта, анкета-опросник по заболеваниям полости рта, по рациональному употреблению углеводов, памятки по режиму дня для различных возрастов, принципы диеты при запорах, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ожирении, патологии сердечно-сосудистой системы, по уходу за детьми раннего возраста. Подготовлены лекции: «Профилактика нарушений осанки», «Профилактика аллергических заболеваний», «Профилактика ожирения», «Профилактика табакокурения» (лекции размещены на сайте ДРКБ). В апреле 2013 года проведен цикл лекций для школьников республики в on-line режиме по вопросам формирования здорового образа жизни.

Первые положительные результаты работы Центров здоровья для детей

заключаются, прежде всего, в том, что они становятся востребованными у населения, у подростков наметились тенденции к ответственному отношению к своему здоровью (все больше подростков стало обращаться в центры здоровья самостоятельно без родителей за консультацией по вопросам отказа от курения, рационального питания), увеличилась посещаемость лекций по вопросам формирования здорового образа жизни.

Дальнейшее развитие ЦЗ для детей, по нашему мнению, состоит в расширении спектра скрининговых обследований, усовершенствовании информационных технологий, в более тесном взаимодействии с детскими поликлиниками, с образовательными учреждениями.

6.3.2. Программа «Клиники дружественные к подросткам и молодежи»

В Республике Татарстан реализуется комплекс мероприятий по оказанию медико-социальной помощи подросткам и молодежи. Целью деятельности медико-социальных служб является содействие здоровому образу жизни, борьба с ВИЧ/СПИДом, обеспечение качественного образования, защита подростков от жестокого обращения.

С 2009 года Минздрав РТ сотрудничает с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) по созданию клиник дружественных к подросткам и молодежи (КДМ). Координатором программы является ДРКБ на основании Соглашения с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) от 01.02.2010 №10/05 «О сотрудничестве по проекту «Создание сети медико-социальных служб, дружественных к подросткам и молодежи, в Республике Татарстан». В проект включены 8 учреждений здравоохранения Республики Татарстан: Бугульминская центральная районная больница, Детская городская больница с Перинатальным центром г. Нижнекамска, Чистопольская центральная районная больница, Детская городская поликлиника №2 г.Набережные Челны, Детская городская поликлиника №4, поликлиническое отделение

Детской городской больницы №7, Городская поликлиника №4 (Студенческая) г. Казани.

На реализацию проекта Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) выделено 250000 рублей. На выделенные средства закуплено оборудование для лечебно-профилактических учреждений. Проведены три обучающие семинара: для руководителей медицинских учреждений, заведующих отделениями, психологов, специалистов по социальной работе по вопросам организации, деятельности КДМ, формирования и обучения волонтерских групп. Все Клиники успешно прошли аккредитацию в Детском Фонде ООО (ЮНИСЕФ).

На базе отделения медико-социальной помощи ДРКБ организован учебно-методический центр по развитию сети Клиник дружественных молодежи в Республике Татарстан.

Сотрудниками КДМ активно проводится набор волонтеров, налажено совместное сотрудничество с волонтерами СПИД-центра. Проведены тренинги с учащимися общеобразовательных учреждений на тему: «Неконфликтное поведение» «Пропаганда здорового образа жизни», «ВИЧ-инфекция», «Управление эмоциями», «Как справиться с проблемами»; лекции, беседы на темы: «Если хочешь быть здоров: гигиена, инфекции, передаваемые половым путем» «Алкоголизм и наркомания в подростковой среде», «Рискованное поведение и его последствия», «О вреде табакокурения», «Разрешение конфликтной ситуации», «Как не попасть под чужое влияние», акции: «Поменяй сигарету на конфету», «Будь готов», «Забей».

Организованы выступления врачей на педагогических советах и родительских собраниях в общеобразовательных учреждениях гг. Казани, Набережных Челнов, Нижнекамска, Бугульмы, Чистополя с информацией о деятельности Клиник, дружественный к молодежи.

6.4. Инновационная модель организации питания детей раннего возраста

Согласно материалам ВОЗ, во всем мире более 30% детей в возрасте до пяти лет не получают достаточного и правильного питания, что проявляется в задержке роста, похудании, недостаточности микроэлементов. Несмотря на первостепенность грудного вскармливания, большое значение в определенных ситуациях приобретают вопросы обеспечения детей раннего возраста полноценными и качественными продуктами питания при переходе на искусственное или смешанное кормление.

Особую актуальность обозначенные выше моменты приобретают в отношении детей, нуждающихся в адресной социальной поддержке государства и проживающих в семьях со среднедушевым доходом ниже прожиточного минимума, а также применительно к детям, страдающим хроническими заболеваниями.

Сложившаяся в РФ схема обеспечения детей первых трех лет жизни специализированным питанием предусматривает три основных подхода: в натуральной форме, путем денежной компенсации и смешанные формы. Первый из перечисленных подходов наиболее распространен и представляет из себя организацию производства и выдачи детского питания через молочные кухни. В РТ за период с 2004 года по 2009 год произошло значительное сокращение количества молочных кухонь в муниципалитетах (с 36 до 19), при этом оставшиеся не обеспечивали должного качества молочного питания при нормативном уровне финансирования. Проведенный МЗ РТ анализ убедительно доказывал, что неэффективности деятельности детских молочных кухонь способствовали:

- отсутствие стандарта на продукты детского питания,

- устаревшие технологии производства, опасность инфицирования продуктов и нарушений санитарных норм,

- нерациональное использование средств,

- низкие потребительские свойства услуг.

Исходя из данных проведенного анализа, была разработана региональная модель обеспечения детей раннего возраста бесплатным молочным питанием. С 2010 года в РТ стала функционировать система «Бәләкәч - Малыш» современного автоматизированного производства молочных продуктов и дальнейшего распределения готовой продукции по региону.

В соответствии с государственным заданием, которое устанавливалось для МЗ РТ, Диспетчерскому центру выделялись бюджетные средства на проведение мероприятий по организации обеспечения детей первых трех лет жизни специальными молочными продуктами питания и смесями по рецептам врачей-педиатров.

Производство молочной продукции было организовано на Зеленодольском молочном комбинате, где в соответствии с Президентской федеральной программой «Дети России» по развитию индустрии детского питания (Указ Президента РФ от 19.02.1996 №210) еще в 1999 г. был смонтирован и запущен цех детского питания. Данная программа предусматривала полный отказ от кустарного производства в условиях детских молочных кухонь. В производстве молочных продуктов для детского питания использовалось только высококачественное экологически чистое молоко-сырье из специально отобранных хозяйств. Под контролем Диспетчерского центра готовая продукция, расфасованная в упаковки «Тетрапак», ежедневно перевозится и доставляется детям шестью специальными автомашинами, подключенными к системе «Глонасс» (рис. 6.5).

Согласно целевой программы «Бәләкәч» полноценным питанием по рецептам врачей безвозмездно обеспечивались дети, находившиеся на искусственном и смешанном вскармливании, постоянно проживавшие в РТ,

состоявшие на учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях республики, относящиеся к следующим категориям:



Рис. 6.5. Схема обеспечения безвозмездным детским молочным питанием

1 категория (по социальным показаниям) - дети в возрасте до трех лет из семей со среднедушевым доходом, не превышавшим величину прожиточного минимума, установленного на территории РТ.

2 категория (по медицинским показаниям) - дети первых трех лет жизни, страдавшие хроническими заболеваниями:

- анемией – коды заболевания D50.8, D50.9 по МКБ-10;

- белково-энергетической недостаточностью – коды заболевания E43, E44.0, E45, E46 по МКБ-10;

- рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей – код заболевания R75

по МКБ-10;

- дети с ВИЧ-инфекцией – код заболевания В20 по МКБ-10.

3 категория (по переходящим обязательствам) - дети в возрасте до двух лет, которым мера социальной поддержки в виде безвозмездного обеспечения специальным питанием предоставлялась до вступления в силу закона РТ от 22.12.2009 №67-ЗРТ «О внесении изменений в статью 8 закона РТ от 08.12.2004 №63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в РТ» и в закон РТ от 16.03.2006 №19-ЗРТ «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований в РТ отдельными государственными полномочиями РТ в области здравоохранения» (обязательства в период 2010-2011 гг.).

Решение об обеспечении бесплатным питанием принималось участковым врачом-педиатром амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства ребенка. Ежемесячно оформлялся рецепт по форме №148-1/у-06, утвержденной Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» с внесением соответствующей записи в историю развития ребенка (форма №112/у).

Обеспечение специализированным питанием осуществлялось в соответствии с нормами, установленными для соответствующей возрастной группы (табл. 6.7).

Основанием для выдачи рецепта на безвозмездное обеспечение полноценным питанием являлось соответствие вышеуказанным категориям, а также наличие информации о ребенке в региональном регистре семей, имеющих среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного в РТ, или наличие справки территориального органа социальной защиты о среднедушевом доходе данной семьи.

Бесплатное обеспечение полноценным питанием прекращалось с

первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором ребенок исключен из вышеуказанных категорий, а также с даты наступления обстоятельств, влияющих на право его получения (переезд, достижение ребенком возраста двух или трех лет).

Таблица 6.7

Нормы безвозмездного обеспечения специальными молочными продуктами питания и смесями по рецептам врачей детей первых трех лет жизни (абс.)

Наименование продукта	Норма выдачи на одного ребенка в день		
	0-6 месяцев	6-12 месяцев	1-3 года
Жидкая адаптированная молочная смесь, мл	200,0	200,0 *	–
Молоко, мл	–	200,0	200,0
Кефир и другие кисломолочные продукты, мл	–	100,0	200,0
Творог, г	–	30,0	40,0

* жидкой адаптированной молочной смесью не обеспечивались дети в возрасте 6-12 месяцев по переходящим обязательствам в период 2010-2011 годы

В 2013 году плановое задание по обеспечению молочными продуктами составляло 39 865 детей раннего возраста из 136 900 находившихся на медицинском обслуживании в амбулаторно-поликлинических учреждениях РТ. Установлено, что более 50% от общего числа потребителей по программе «Бәләкәч» были дети из малообеспеченных семей. Сравнительная характеристика некоторых показателей новой схемы организации безвозмездного молочного питания детям раннего возраста за период 2011-2013 гг. представлена в табл. 6.8.

Исследования показали, что результатами реализации отраслевой целевой программы «Бәләкәч – Малыш» при условии своевременного и в полном объеме финансирования явилось достижение следующих показателей:

1. Все дети (100%) первых трех лет жизни из семей со среднедушевым доходом, не превышавшим величины прожиточного минимума на душу населения, установленного на территории РТ, получали специальные

молочные продукты питания и смеси по рецептам врачей на безвозмездной основе.

Таблица 6.8

Некоторые показатели новой схемы организации безвозмездного молочного питания детям раннего возраста за период 2011-2013 гг. (абс.)

Период, в который предоставлялась мера социальной поддержки в виде безвозмездного обеспечения полноценным питанием	Количество получателей специальных молочных продуктов питания по рецептам врачей (чел.)	Из них по социальным показаниям (чел.)	Из них по медицинским показаниям (чел.)	Объемы финансиро-вания за период (млн.руб.)
2011 год	34906	17752	17154	242,54
2012 год	34919	19316	15603	293,25
2013 год	39865	21703	18162	350,90

2. Доля детей, получивших специальные молочные продукты питания и смеси по рецептам врачей на безвозмездной основе, от числа подлежавших пациентов первых трех лет жизни, имевших хронические заболевания (анемия; белково-энергетическая недостаточность; дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей; дети с ВИЧ-инфекцией) согласно Постановлению Кабинета министров РТ от 31.12.2009 №933 «О Порядке безвозмездного обеспечения детей первых трех лет жизни специальными молочными продуктами питания и смесями по рецептам врачей и финансировании расходов по его организации» составила 100%.

Благодаря новой системе обеспечения детей в возрасте до трех лет бесплатным молочным питанием, основанной на централизации производства и закупок специальной детской молочной продукции, удалось:

- увеличить количество детей, получающих бесплатное питание;
- повысить объем потребляемых ребенком молочных продуктов;
- обеспечить ритмичность предоставления услуг;
- значительно сократить расходы бюджетных средств и обеспечить четкое соблюдение нормативных финансовых затрат;

- улучшить качество молочного питания путем обеспечения детей стандартным и высококачественным набором продуктов питания.

6.5. Модель раннего вмешательства по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями

Вся сложность и многоаспектность проблем инвалидов и их семей в значительной степени находит отражение в социально-экономических технологиях работы с инвалидами, в деятельности системы государственного социального обеспечения. За последние годы реабилитология определилась как самостоятельное направление помощи лицам с особыми потребностями, которое стремительно развивается, открывая новые возможности. Стали появляться специализированные направления реабилитации, формируется реабилитология раннего возраста, в том числе неонатальная.

Так, в последние десять – пятнадцать лет большое внимание уделяется психолого-педагогическому сопровождению детей первых месяцев и лет жизни с различными вариантами аномального развития и их родителей – «раннее вмешательство» (early intervention) или, как можно встретить в литературе, «ранняя помощь». Этот процесс происходит в учреждениях государственной системы образования, здравоохранения, социальной защиты населения, а также в негосударственных некоммерческих организациях. Основными принципами организации программ раннего вмешательства являются междисциплинарная команда (медицина, педагогика, психология, социальная работа и др.) и семейно-центрированность.

Главным смыслом междисциплинарной команды, которая работает в соответствии с технологиями междисциплинарного взаимодействия, является **совместная** интерпретация информации, определение диагноза, целей и направлений помощи и разработка плана вмешательства по каждой линии

развития ребенка [203].

Конечной целью раннего вмешательства является не «излечение», которое часто невозможно в случае тяжелых нарушений развития, – это задача медицинская, но посильная социализация ребенка и научение родителей, семейного окружения принимать его таким, какой он есть, уметь общаться с ним, удовлетворять его потребности. Международный и теперь уже российский опыт свидетельствует, что модели программ раннего вмешательства показали, что они могут влиять на развитие детей, которые имеют установленную инвалидность.

В РТ в рамках реализации мероприятий региональных программ по раннему вмешательству **внедрены новые формы и подходы сопровождения детей раннего возраста с отклонениями в здоровье и развитии с акцентом на технологии раннего вмешательства в условиях этапной медицинской помощи детскому населению.** Сопровождение детей раннего возраста с отклонениями в здоровье осуществляется как на базе отработанной системы оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям, так и в форме создания **модели по внедрению службы раннего вмешательства на базе комплекса: родильный дом – детская поликлиника – реабилитационный центр.**

С этой целью в республике с 2009 г. выполнялась долгосрочная целевая программа «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан в 2009-2011 годах». Продолжением ее явилась долгосрочная целевая программа «Комплексная программа формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье, на 2012-2014 годы».

Нормативно-правовым обеспечением указанных программ были Распоряжения Кабинета министров Республики Татарстан от 11.06.2007

№218, от 21.04.2008 №582-р и Постановления Кабинета министров Республики Татарстан от 22.06.2009 №411, от 12.07.2010 №552, от 04.02.2010 №84, от 16.11.2012 №991.

Служба раннего вмешательства рассматривалась нами как организационная структура, главной задачей которой является своевременное выявление отклонений в здоровье и развитии ребенка в возрасте до 3-х лет, оказание ему своевременной помощи и интеграция его в общество.

Основным принципом работы службы были скоординированная командная работа междисциплинарной группы специалистов, включающей педиатра, детского невролога, психолога, дефектолога, инструктора по лечебной физкультуре, социального работника и других специалистов.

При внедрении новых форм сопровождения детей раннего возраста с отклонениями в здоровье **б**ыли определены следующие задачи:

- совершенствование методов и форм ранней диагностики, лечения заболеваний у детей от 0 до 3-х лет жизни, обуславливающих детскую инвалидность, и их реабилитации;

- внедрение максимально ранней коррекционной и реабилитационной работы с ребенком, имеющим ограниченные возможности, и с его родителями;

- осуществление многоэтапной системы службы раннего вмешательства;

- подготовка специалистов междисциплинарных бригад для реализации программ раннего вмешательства;

- дальнейшее развитие и совершенствование системы межведомственного взаимодействия по сопровождению детей с ограниченными возможностями;

- модернизация материально-технической базы медицинских учреждений, реализующих лечебные и реабилитационные мероприятия детям-инвалидам или из групп риска по инвалидности в возрасте до трех лет

жизни.

Финансирование программы осуществлялось из различных источников за счет средств текущего финансирования, бюджетов муниципальных образований, благотворительности и гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Общий объем финансирования программ за период 2009-2012гг. составил 222 млн. рублей.

Для успешного решения вопросов адаптации семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста, к его изменяющимся возможностям и потребностям проводилось сопровождение (патронирование) такой семьи в течение длительного времени. Реализация данного процесса осуществлялась силами учреждений социального обслуживания, территориально приближенных к их месту жительства, и центрами (отделениями) социальной помощи семье и детям, функционирующими в каждом муниципальном районе (городском округе). При этом работа специалистов данных отделений строилась по принципу территориального закрепления.

Профилактика детской инвалидности и интеграции ребенка-инвалида в общество в регионе проводится поэтапно (табл. 6. 9).

Таблица 6.9

Этапы профилактики детской инвалидности и интеграции ребенка-инвалида в общество

Этап	Учреждения	Мероприятия	Задачи
I. Пренатальный этап (до рождения ребенка)	Центры пренатальной диагностики Женские консультации Медико-генетический центра на базе ГАУЗ РДКБ Участковый педиатр	- дородовая диагностика врожденных заболеваний плода - дородовый патронаж - программа дородовой педагогики «Сонатал» - социальное патронирование беременных женщин группы медико-социального риска	- раннее выявление нарушений развития плода - формирование здорового образа жизни будущей матери - подготовка сознатель-ного материнства -профилактика социально значимых заболеваний - подготовка беременных к родам, а также беременных женщин «группы риска» по рождению больного

			ребенка и членов их семей к реабилитационным мероприятиям с ребенком с целью профилактики отказа от воспитания - медико-социальное сопровождение семьи будущего ребенка
II. Неонатальный этап	Учреждения родовспоможе-ния Детские поликлиники	- неонатальный скрининг на галактоземию, муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и фенилкетонурию - аудиологический скрининг - электрокардио-графический скрининг	- раннее выявление заболеваний у ребенка - обучение мамы и членов семьи совместной работе с междисциплинарной бригадой по реабилитации и предупреждению нарушений развития ребенка
III. Постнеонатальный этап и первые три года жизни ребенка.	Детские стационары Детские поликлиники Республикан-ский дом ребенка Детские реабилита-ционные учреждения системы социальной защиты	- высокотехнологичные методы диагностики и лечения врожденных аномалий развития - диагностика и комплексная коррекционная абилитацию и реабилитация детей, имеющих отклонения в развитии, с привлечением семьи.	- диагностика патологических состояний и отклонений в развитии - лечение, реабилитация, абилитация и предупреждение нарушений развития ребенка - помощь семьям, принимающим детей на воспитание - подготовка воспитанников домов ребенка для устройства в семьи.
IV. Катамнестический этап	Все учреждения здравоохране-ния, осуще-ствляющие медицинское обслуживание детей раннего и дошкольного возрастов	выборочный осмотр, оценка психомоторного развития и изучение качества жизни детей с ограниченными возможностями старше 4-х лет, получивших технологии раннего сопровождения.	- мониторинг развития детей с ограниченными возможностями в разных возрастных группах, охваченных индивидуальными программами сопровождения в раннем возрасте

Анализ результатов реализации мероприятий по раннему вмешательству в рамках программ «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан в 2009-2011 годах» и «Комплексной программы формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье, на 2012-2014 годы» выявил следующие тенденции.

Так, работа учреждений пренатального этапа позволяет оперативно решать вопрос необходимости прерывания беременности в связи с врожденной патологией плода или экстрагенитальной патологией у женщины. Благодаря своевременной элиминации плода в РТ в настоящее время перестали рождаться дети с анэнцефалией, гастрошизисом, тяжелыми хромосомными аномалиями (синдром Паттау, Эдвардса) и другими врожденными пороками.

С помощью внедренного алгоритма пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в 2013 г. было обследовано 30469 беременных женщин. В медико-генетическом центре ГАУЗ Республиканская клиническая больница проконсультировано 597 беременных женщин группы риска и проведено 489 процедур инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, плацентоцентез) с выполнением подтверждающих цитогенетических тестов. При этом было выявлено 104 случая хромосомных аномалий плода и 153 – врожденных пороков развития плода.

Отмечена тенденция к росту случаев проведения 3-кратного ультразвукового скрининга у беременных: в 2009 г. их доля составила 83,3%, 2011 г. 83,9% , а в 2013г. – 90,1% беременных женщин. Ежегодно охват дородовым патронажем беременных женщин врачами-педиатрами сохраняется на уровне 99%. Большой объем мероприятий проводится специалистами дородовой педагогики «Сонатал» в городах Набережные Челны, Нижнекамск, Чистополь, Бугульма, Елабуга, Казань (в 2009 г.

проведены у 15000, в 2011г. – у 21500 и в 2013г. – у 25493 беременных женщин).

Неонатальный скрининг на наследственную патологию новорожденных детей (254360 обследований в течение 5 лет) позволил выявить: 7 случаев заболевания галактоземией, 19 – муковисцидозом, 13 – адреногенитальным синдромом, 42 – врожденным гипотиреозом и 31 – фенилкетонурией. Всем новорожденным была своевременно начата коррекция выявленных нарушений, в том числе с применением высокотехнологичных методов.

С 2008 г. в республике было расширено проведение универсального аудиологического скрининга детей первого года жизни с использованием современного диагностического оборудования и внедрена двухуровневая модель оказания помощи детям раннего возраста с нарушениями слуха. При аудиологическом скрининге ежегодно нарушения слуха диагностируется у 10-15 новорожденных.

Электрокардиографический скрининг новорожденных, проводимый на 4-5-й день жизни, был организован в городах Казань и Нижнекамск. Это дало возможность выявлять изменения со стороны системы кровообращения (ежегодно у 7-10% новорожденных) от функциональных состояний до тяжелых нарушений ритма в ранние сроки и своевременно проводить их коррекцию, в том числе и кардиохирургическую.

Ранняя диагностика и использование высокотехнологичных методов лечения, выполняемых на III этапе раннего вмешательства, позволяют снизить показатели летальности детей раннего возраста. Так, по данным в ГАУЗ ДРКБ, это способствовало значительному снижению больничной летальности: в 2009 г. – 0,46%, в 2011 г. – 0,36% и в 2013 г. – 0,34%.

При анализе эффективности деятельности служб раннего вмешательства, функционирующих **на базе детских амбулаторно-поликлинических учреждений,** установлено, что за изучаемый период сопровождением в рамках раннего вмешательства было охвачено 7062

ребенка раннего возраста. Моделью может служить опыт организации кабинета раннего вмешательства ГАУЗ Детская городская поликлиника № 9 г. Казани.

Кабинет раннего вмешательства ГАУЗ Детская городская поликлиника № 9 г. Казани. Алгоритм работы кабинета представлен на рис. 6.6.

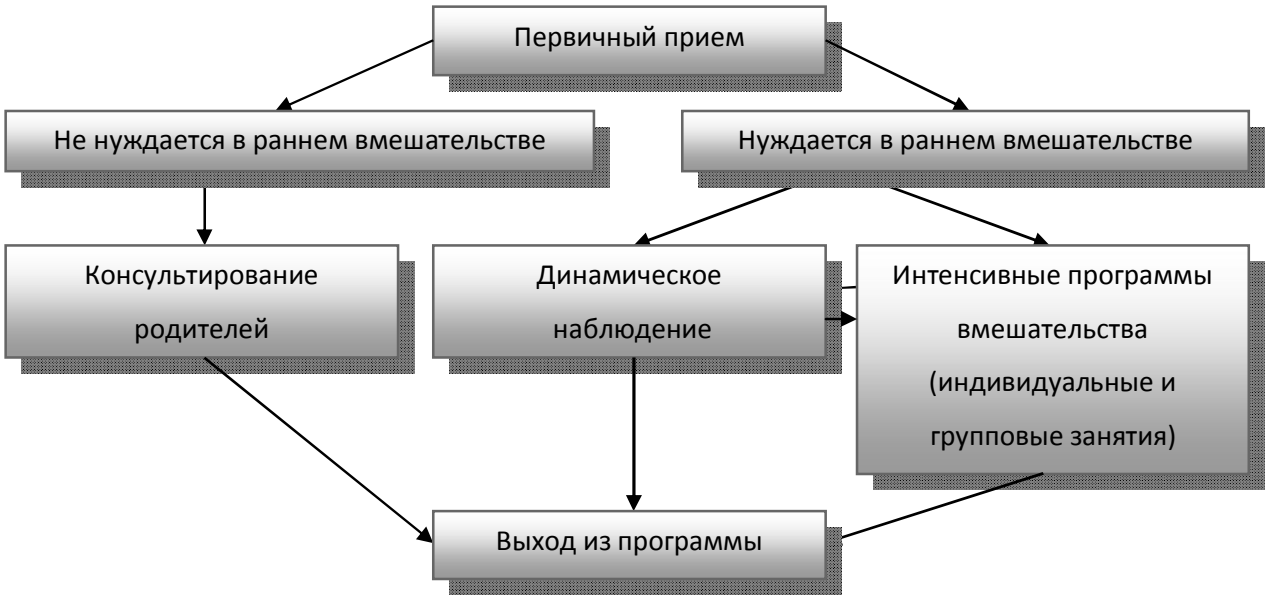


Рис. 6.6. Алгоритм работы кабинета раннего вмешательства ГАУЗ Детская городская поликлиника № 9 г. Казани

Деятельность кабинета включает несколько **этапов**:

- выявление детей с отклонениями в развитии или риском возникновения их путем междисциплинарной оценки основных сфер развития ребенка;

- составление программ индивидуального сопровождения ребенка и семьи;

- междисциплинарное обслуживание ребенка и семьи в соответствии с разработанной программой;

- отслеживание эффективности ранней помощи, внесение изменений в

разработанную программу;

- консультирование родителей по вопросам индивидуальных особенностей ребенка и условий его оптимального развития.

Кабинет имеет свое штатное расписание (врач невролог, клинический психолог, логопед-дефектолог, инструктор ЛФК), определенный набор помещений (сенсорная комната, комната для индивидуальных занятий, комната для групповых занятий) и оборудования (специальные приспособления и оборудование для развития двигательных навыков, сенсорного восприятия; материалы и пособия для развития мелкой моторики, речи, памяти, внимания, мышления, эмоций; комплект компьютерных скрининг-тестов KID и RCDI для определения развития детей раннего возраста; оргтехнику - ноутбук, принтер, ксерокс, видеокамера).

Занятия с детьми направлены на развитие социально-коммуникативных, речевых навыков, развитие моторики и эмоциональной сферы.

Основные принципы, на которых строится работа кабинета раннего вмешательства детской поликлиники следующие:

- раннее выявление нарушений развития, являющееся ключевым условием ранней помощи и предупреждающее появление вторичных осложнений;

- динамическая оценка, позволяющая определить, каковы фактические ресурсы ребенка и возможности его развития;

- направленность междисциплинарной команды на совместную разработку индивидуальных планов развития и ее ориентированность на потребности и возможности каждого конкретного ребенка и его семьи;

- участие родителей, как членов команды, в работе с ребенком для обеспечения ее успешности;

- научность, а именно максимальная научная обоснованность и доказательность всех методов, использующихся в программах раннего вмешательства – как методов оценки, так и методов собственно

вмешательства.

Категории пациентов, подлежащих абилитации по технологии раннего вмешательства в кабинете, включают детей:

- биологической группы риска (недоношенные и маловесные дети); перенесших асфиксию в родах; находившихся в отделениях интенсивной терапии;

- с выявленными нарушениями, которые приводят к отставанию в развитии (снижение слуха 2-4 степени, слепота, генетические синдромы, наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы, перинатальное поражение центральной нервной системы, подозрение на ранний детский аутизм);

- социальной группы риска (дети, рожденные от юных родителей; дети с изменениями в поведении; дети из семей, направленных социальными службами и т.д.).

В кабинет раннего вмешательства детской поликлиники № 9 г. Казани ежегодно обращается от 250 до 270 семей, как по направлению педиатров и других специалистов, так по запросу родителей.

Анализ контингента пациентов кабинета (489 обследованных детей) показал, что 56% детей раннего возраста имели задержку нервно-психического развития. При этом среди них более половины составляли дети первого года жизни. На долю детей второго и третьего года жизни приходилось равное число.

Результатом работы кабинета раннего вмешательства поликлиники за период 2009-2013 гг. явились следующие показатели:

- оказана реабилитационная помощь на базе кабинета 75% детям с нарушением развития;

- полностью сформированы психомоторные моторные навыки у 83% детей;

- частично сформированы навыки у 17% детей.

Кроме этого, не было отказов от воспитания детей с проблемами в развитии и жалоб по медицинскому обслуживанию детей-инвалидов. Следует отметить отсутствие случаев младенческой смертности.

Проведенное нами исследование уровня качества жизни детей в процессе абилитации по технологии раннего вмешательства, показало достоверный рост большинства показателей. Так, по результатам опроса родителей установлено повышение общего уровня качества жизни - с 3,79 до 4,18 балла ($p<0,001$), по шкале «Поведение и общение» - с 3,78 до 4,39 ($p<0,001$), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» - с 3,65 до 3,98 ($p<0,001$) и «Способность оставаться одному» - с 3,58 до 3,86 баллов ($p<0,05$).

В детских реабилитационных **учреждениях системы социальной защиты** Республики Татарстан были созданы все необходимые условия, способствующие осуществлению результативной реабилитации. Имеется хорошая материально-техническая база, отмечается достаточный уровень профессиональной подготовки кадров, используются технологии медико-социальной реабилитации, а также современные технологии – кинезиотерапия в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями и кондуктивная терапия. Ежегодно в центрах проходят реабилитацию около 40% детей-инвалидов.

Несомненно, реализация мероприятий раннего вмешательства должна оказывать влияние на распространенность детской инвалидности. Анализ показателей инвалидности детей раннего возраста РТ установил положительную динамику по ряду заболеваний, вызывающих ограничение жизнедеятельности. За период 2009-2013гг. сократилась распространенность инвалидности, обусловленной болезням нервной системы (с 46,8‰ до 39,9‰), врожденным аномалиям развития (с 33,5‰ до 6,25‰) и болезнями костно-мышечной системы (с 5,72‰ до 1,23‰).

Об эффективности внедрения системы раннего вмешательства

свидетельствует статистика отказов от новорожденных детей. За период реализации мероприятий данной программы их число сократилось в 2,7 раза (рис. 6.7). При этом в 2009-2010 гг. темп сокращения числа случаем отказа от новорожденных был максимальным и достигал 27%.

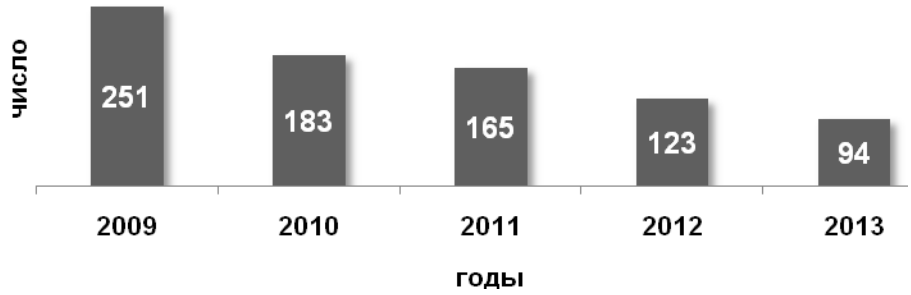


Рис. 6.7. Число случаев отказа от новорожденных детей за период 2009-2013гг. в Республике Татарстан (абс.)

Анализ результатов внедрения выше указанных мероприятий по сопровождению детей с нарушениями развития и ограниченными возможностями позволил определить **план дальнейшего совершенствования системы охраны здоровья детей раннего возраста**:

- развивать и совершенствовать технологии службы раннего вмешательства на основе полиэтапности с использованием инновационных методик ранней помощи (комплексной ранней диагностики и абилитации детей раннего возраста; программ патронатного обслуживания семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии; алгоритма межведомственного взаимодействия по поддержке семьи и групп родительской взаимопомощи);

- улучшить качество жизни детей раннего возраста с нарушениями нервно-психического развития, формировать гармоничные отношения ребенка с ограниченными возможностями со всеми членами семьи; создать условия для оптимального развития больного ребенка и его адаптации в обществе;

- уменьшить число отказов родителей от больных детей, способствовать принятию на воспитание детей с ограниченными возможностями из домов ребенка в семьи;

- осуществлять межведомственную профилактику детской инвалидности.

Таким образом, реализация программы раннего вмешательства, включающей комплекс взаимосвязанных последовательных этапов, дает возможность влиять на состояние здоровья и качество жизни детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями, способствовать их интеграции в общество, проводить профилактику детской инвалидности и отказов родителей от воспитания (социального сиротства).

6.6. Диспансеризация детей больных орфанными заболеваниями

Значимым направлением в педиатрии является совершенствование ранней диагностики и реабилитации детей с редкими (орфанными) заболеваниями и их достаточное медикаментозное сопровождение. Число больных детей по РТ на 01.06.2014 составило 253 ребенка по 16 видам заболеваний.

Остро стоит вопрос дорогостоящего лечения таких пациентов, 39 детей требуют обеспечения лекарственными препаратами, не входящими в льготные перечни. Минимальная потребность в финансовых средствах на момент осмотра указанных пациентов составляла несовершеннолетним детям 238,3 млн.рублей. Согласно прогнозных расчётов потребность составляет порядка 2 млрд.рублей на 2013 год в зависимости от стадии заболевания, возраста, веса детей, а также от количества вновь выявленных пациентов и регистрации на территории РФ новых лекарственных препаратов для лечения этих и других орфанных заболеваний

За счёт средств республиканского бюджета, выделенных на реализацию

региональной программы безвозмездного обеспечения граждан лекарственными препаратами, за период 2012 года 42 несовершеннолетних ребенка, страдающих редким (орфанным) заболеванием, обеспечены лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания на сумму 50,4 млн.рублей.

Таким образом, организационно-методическое и терапевтическое сопровождение данного контингента детского населения требует системных решений.

Приказом от 16.05.2014 года № 250 «О Кабинете орфанных заболеваний» на базе ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» организован кабинет орфанных заболеваний и сформирована система оказания медико-социальной помощи детям, страдающим жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности в Республике Татарстан. «Система оказания помощи» разработана в соответствии: со статьей 44 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 г. № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и ихинвалидности и его регионального сегмента», с Указом Президента РФ т 1.06.2012г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», с приказом МЗ РФ от 19.11.2012 г. № 950 н «О формах документов для ведения регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности и

порядке их предоставления», с приказом Минздрава России от 02.12. 2013 г. № 886 н «О внесении изменений в Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5.05. 2012 г. № 502 н, и в Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12. 2012 г. № 1175н», с приказом МЗ РТ от 24.10.2012 г. № 1626 «Об актуализации и верификации информации регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности».

Следует понимать, что понятие редкости заболевания – поражение менее 1 на 10 000 человек в соответствии с порогом, принятым в России, – не должно маскировать важность проблемы, которую они представляют для общественного здоровья. По данным специальных исследований, 6-8% мировой популяции в определенной степени затронуты редкими заболеваниями. В настоящее время идентифицировано около 7 000 орфанных заболеваний, которые в большей или меньшей степени приводят к нарушению состояния здоровья. Тяжелое инвалидизирующее течение имеют 65% редких заболеваний и требуют длительного и интенсивного специализированного лечения. Они характеризуются следующими признаками:

– появлением в раннем периоде жизни, 2 из 3 случаев – до достижения возраста 2 лет;

– хроническим болевым синдромом у 1 пациента из 5;

– моторной, сенсорной или интеллектуальной недостаточностями в половине случаев, что приводит к нетрудоспособности и снижает автономность пациента в одном случае из 3;

– ухудшением прогноза для жизни в половине случаев. Редкие болезни являются причиной смерти в течение первого года жизни в 35% случаях, в возрасте 1-5 лет – в 10%, и в возрасте 5-15 лет – в 12%.

В настоящее время специалисты в области здравоохранения обладают скудными знаниями по большинству редких заболеваний. Отсутствие информации лежит в основе диагностических ошибок — а это источник страданий пациента и его семьи — и отсрочки в оказании медицинской помощи, что часто пагубно сказывается на состоянии ребенка. Ранняя диагностика и последующее наблюдение требуют участия мультидисциплинарного подхода. Следует также подчеркнуть, что важную роль также играют ассоциации пациентов с редкими заболеваниями.

В связи с этим **создан План действий в области редких болезней** в Республике Татарстан (табл. 6.10), построенный на основе 5 стратегических приоритетов. Для решения поставленных задач **разработано положение о Кабинете** для детей, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности. Наряду с деятельностью Кабинета **разработаны и внедрены основные диагностические критерии жизнеугрожающих хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний**, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (утв. постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403), а также **положение о Совете (комиссии) экспертов по редким болезням.**

В состав Совета экспертов входят заместитель главного врача ДРКБ, ответственные специалисты, координатор-педиатр Центра, клинический фармаколог.

Таблица 6.10

План действий в области редких болезней в Республике Татарстан

Стратегические приоритеты:	1. Создание инфраструктуры регистра больных детей с редкими заболеваниями в Республике Татарстан, позволяющей быстро анализировать поступающую информацию, для оперативного принятия управленческих решений. 2. Облегчение доступа пациентов к диагностическим исследованиям, лечению и качественному оказанию медицинской помощи с помощью создания консультативного Кабинета (Центра) в республике на базе ДРКБ. 3. Реализация специфических потребностей лиц, которые страдают редкими заболеваниями, развитие поддержки ассоциациям пациентов. 4. Обучение специалистов в области здравоохранения с целью улучшения диагностики и определения стратегии оказания педиатрической, психологической помощи и социального сопровождения. 5. Разработка достоверной, релевантной и легко доступной информации, необходимой для совершенствования оказания помощи пациентам с редкими заболеваниями.
Цель:	Обеспечение равного доступа к диагностике, лечению и оказанию медико-психосоциальной помощи детям с редкими заболеваниями, повышение их качества жизни.
Задачи:	1. Организовать Кабинет для координации деятельности ответственных специалистов по нозологической принадлежности соответствующего орфанного заболевания на базе консультативной поликлиники № 1 ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ». 2. Разработать положение о Кабинете для детей, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности. 3. Сформировать основные диагностические критерии жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности(утв. постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403)для врачей-педиатров. 4. Создать Совет (комиссию) экспертов по редким болезням для формирования единого Порядка оказания медицинской помощи детям с орфанными заболеваниями в Республике Татарстан. 5. Завершить формирование регионального сегмента Федерального регистра детей, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности.
Положение о Кабинете для детей, страдающих жизнеугрожающими и	1. Кабинет для детей с орфанными заболеваниями организуется на базе консультативной поликлиники № 1 ДРКБ. 2. На должность врача Кабинета назначается

хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни и их инвалидности	высококвалифицированный педиатр (координатор). 3. Кабинет подчиняется в своей работе главному врачу ДРКБ. 4. Координатор (педиатр) работает в тесном сотрудничестве с врачами различных структурных подразделений ДРКБ (стационара и поликлиники), специалистами-педиатрами первичной медико-санитарной помощи, осуществляющими наблюдение пациентов в г. Казани и в территориях РТ, специалистами медико-генетической службы РТ, Республиканского медицинского информационно-аналитического центра МЗ РТ (РМИАЦ), федеральными центрами, осуществляющими высокотехнологичную и специализированную помощь детям с орфанными заболеваниями (**рис. 6.8, 6.9**). 5. Врач Кабинета в своей работе руководствуется приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Республики Татарстан, стандартами и порядками, утвержденными действующим законодательством, а также федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению детей с редкими заболеваниями. 6. Основные задачи координатора Кабинета: **Медицинские:** - организация и проведение мониторинга состояния здоровья детей с редкими заболеваниями с участием ответственных специалистов; - динамическая оценка эффективности их лечения, осуществление диетической коррекции; - участие в диагностике заболеваний при амбулаторном обращении детей, консультирование пациентов при их стационарном лечении; - организация медико-психосоциальной реабилитации пациентов; - междисциплинарная координация специалистов, участвующих в наблюдении за ребенком с редким заболеванием (**рис. 6.10**); - участие в работе подкомиссии «Врачебной комиссии» по редким болезням; - контроль ведения регистра ответственными специалистами; - взаимодействие с пациентскими, благотворительными организациями, учреждениями, оказывающими паллиативную помощь. **Научные:** - внедрение в практическое здравоохранение современных методов диагностики и лечения редких заболеваний**.** **Образовательные:** С целью повышения уровня знаний и настороженности в части редких заболеваний, для своевременного выявления и направления детей к профильным специалистам необходима организация и проведение**:** - образовательных семинаров; - клинических разборов; - мастер-классов; - школы для врачей различных специальностей; - научно-практических конференций;

	- «круглых столов»**.** **Санитарно-просветительские:** - обучение родителей (в Школе пациентов) индивидуальным методам ухода за больными детьми с орфанной патологией; - скрининг и профилактика орфанных заболеваний у детей.
Положение о Совете (комиссии) экспертов по редким болезням.	**Основными задачами Совета экспертов являются:** - систематизация сведений по диагностике орфанных заболеваний по каждому нозологическому направлению с указанием методов (и места) проведения соответствующих мероприятий, стоимости исследований и контактных лиц в Федеральных центрах; - создание формулярного списка лекарственных средств для лечения детей с редкой патологией; - разработка показаний и противопоказаний к назначению ферментзаместительной терапии, критериев неэффективности и прекращения лечения; - подготовка информации о текущей потребности в лекарственных препаратах, специально предназначенных для лечения редких заболеваний по существующим медицинским жизненным показаниям и рекомендованных медицинскими специалистами/экспертами, врачебными консилиумами или врачебной комиссией, но по тем или иным причинам не обеспеченных, не выписанных и не отпущенных (с указанием причины и сроков решения проблемы); - проведение мониторирования состояния здоровья детей до лечения и во время лечения с оценкой эффективности ферментзаместительной терапии, оценки качества оказания медицинской помощи, с привлечением пациентских организаций, профессиональных сообществ медицинских специалистов, а также общественных советов при региональных органах управления здравоохранения; - составление плана лечебных мероприятий и осуществление его с учетом нозологической формы заболевания и индивидуальных особенностей пациента; - разработка плана реабилитационных мероприятий детей с редкими заболеваниями с определением их эффективности; - адаптация к внедрению в РТ международного опыта диагностики, лечения и социальной поддержке; - ведение ответственными специалистами Регистра пациентов с редкими заболеваниями, контроль обоснованности их нахождения в Регистре; - формирование электронной базы данных по оказанию медицинской помощи детям с редкими заболеваниями.



Рис. 6.8. Схема взаимодействия Кабинета с медицинскими подразделениями РТ

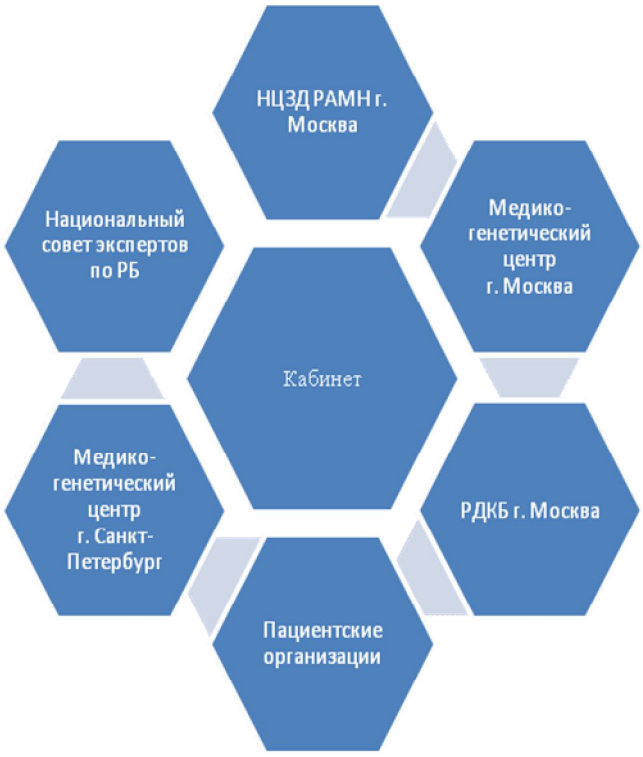


Рис. 6.9. Схема взаимодействия Кабинета с медицинскими подразделениями федерального уровня

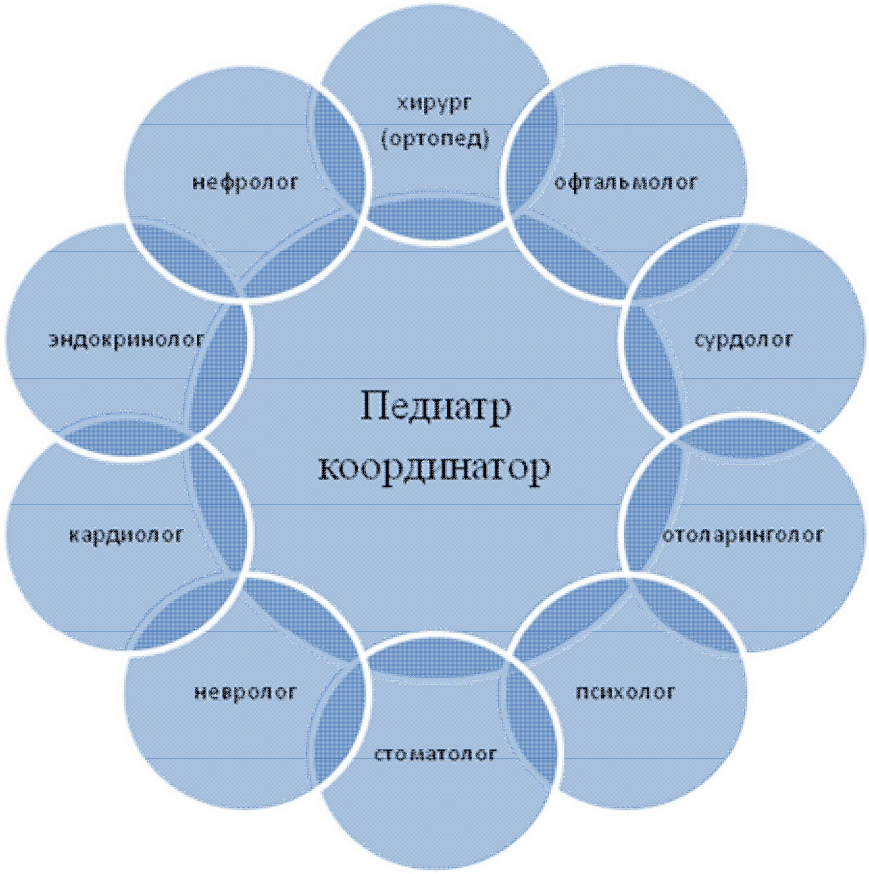


Рис. 6.10. Схема междисциплинарной координации специалистов

Анализ орфанных болезней (в рамках 24 нозологических форм) показал, что в 2014 году зарегистрировано 268 жизнеугрожающих хронических прогрессирующих редких заболеваний у детей в Республике Татарстан. Наиболее часто встречающаяся патология – фенилкетонурия (ФКУ) (32,8%), обусловлена проведением **массового скрининга** всех новорожденных. Высокий удельный вес занимают пациенты с преждевременной половой зрелостью центрального генеза (14,6%), идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (11,1%), юношеским артритом с системным началом (9,9%), легочной гипертензией и галактоземий по 7,1% (рис. 6.11).



Рис. 6.11. Структура орфанных заболеваний в Республике Татарстан в 2014 г. (в %)

В настоящее время два пациента с мукополисахаридозом I типа (с синдромом Гурлера) и IIтипа (с синдром Хантера) получают ферментозаместительную терапию с использованием препаратов ларонидазы (альдуразима®) и **идурсульфазы (Элапразы®).** Осуществляется клиническое и лабораторно-инструментальное мониторирование пациентов с последующим проведением патогенетической и симптоматической терапии. Проводимая своевременная коррекция состояния больных детей достоверно повышает качество жизни и ее продолжительность.

6.7. Организация паллиативной помощи детям

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную медицинскую помощь, как подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий - физических, психосоциальных и духовных (World Health Organization, 2002).

Развитие данного направления характеризует в целом уровень гуманитарного развития общества, обеспечивает соответствие Российской Федерации высоким стандартам гарантии прав человека.

Развитие системы паллиативной помощи населению организационно затруднено в рамках других направлений и требует специализированного подхода.

Создание отделений и учреждений паллиативной помощи является оптимальным вариантом организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими и другими социально значимыми заболеваниями, в том числе тяжелыми хроническими психическими заболеваниями.

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной медицинской помощи является организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

С целью создания оптимальных условий для детей, страдающих неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членам их семей, планируется открытие отделений и коек паллиативной помощи детям в многопрофильных

больницах и самостоятельных учреждений-хосписов. Создание отделений паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь.

По данным медицинской статистики, ежегодно в Татарстане от тяжелых, неизлечимых заболеваний умирает около 100 детей в возрасте от 1 года до 18 лет. Согласно приказу Минздрава РТ от 12.05.2011 № 642 с 1 июля 2011 года начала функционировать амбулаторная хосписная службы по обслуживанию детей с тяжелыми хроническими прогрессирующими заболеваниями на дому. Создан координационный центр для организации работы выездных бригад. Разработана и внедрена компьютерная программа по ведению учета больных детей. Разработаны памятки для родственников по уходу за больным.

Создан обменный фонд портативного, мобильного оборудования (электроотсосы, кислородный концентратор, пульсоксиметр, противопролежневые матрасы и т.д.), расходных материалов. Данное оборудование выдается на безвозмездной основе в пользование больным детям на дом. Президентом Республики Татарстан Р.Н. Миннехановым выделен микроавтобус «Fiat Ducato»и автомобиль УАЗ « Патриот» для работы выездных бригад.

Укомплектованы 2 медицинские бригады по оказанию медицинской помощи на дому, в состав бригад входят специально подготовленные врач и медицинская сестра, психолог и водитель. С целью профилактики синдрома «профессионального выгорания» персонала организована профессиональная психологическая разгрузка и психологические тренинги. К работе по оказанию помощи семьям в решении бытовых вопросов, в обеспечении ухода за больными привлекаются волонтеры. Налажено взаимодействие с социальными службами города и районов Республики Татарстан.

На патронажном обслуживании амбулаторной хосписной службы находятся 52 больных ребенка, в том числе: с онкопатологией – 1 чел., детским церебральным параличом – 33 чел., органическим поражением

головного мозга - 13 чел., врожденными уродствами – 3 чел., в посттравматическом состоянии – 2 чел.

По месту жительства больные распределены следующим образом: г.Казань – 17 чел., Арский район - 10 чел., Апастовский район – 3 чел., Зеленодольский район – 20 чел., Пестречинский район – 1 чел., Черемшанский район - 1 ребенок.

По состоянию на 01.01.2013 года осуществлено 2400 выездов, в том числе первичных - 11, повторных - 2226, психотерапевтом - 165 выездов.

Специалисты амбулаторной хосписной службы работают совместно с участковым педиатром и наблюдающими ребенка специалистами, беря на себя функции создания комфорта и улучшения качества жизни.

Во исполнение приказа Минздрава РТ от 30.12.2011 № 1871 «Об организации оказания круглосуточной хосписной помощи детям» в 2012 году организовано стационарное хосписное обслуживание детей с тяжелыми хроническими прогрессирующими заболеваниями. За счет финансовой поддержки общественного благотворительного фонда им. Анжелы Вавиловой проведен ремонт отдельных помещений детского санатория. Приобретено медицинское оборудование, современная бытовая техника. Палаты и другие помещения обустроены с учетом требований санитарных норм и правил.

Для психологической разгрузки оборудована сенсорная комната. Модули сенсорной комнаты подобраны с учетом состояния и диагнозов детей. С родителями детей и персоналом проводятся психологические тренинги. Созданы все условия для проведения гигиенических процедур, организована комната для подогрева пищи.

В условиях стационара обслужено 35 детей. В хосписной помощи в целом по Республике Татарстан нуждается свыше 200 детей.

Во исполнение соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Республики Татарстан, Общественным благотворительным

Фондом помощи детям, больным лейкемией, Республики Татарстан, им. Анжелы Вавиловой и ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» создан первый детский хоспис в Республике Татарстан на базе функционирующего Казанского детского терапевтического санатория №4, который включал:

- стационар на 19 коек;

- амбулаторно-выездную службу;

- систему обучения родственников навыкам ухода за тяжелобольными детьми;

- службу добровольных помощников, обеспечивающих безвозмездный уход за больными в домашних условиях и стационаре.

Первый в Республике Татарстан стационарный детский хоспис открылся 2 июня 2014 г. в г. Казани. Площадь нового здания детского хосписа 3161,6 кв.м, здание рассчитано на 12 койко-мест, в нем также есть оснащенные всем необходимым процедурные и медицинские кабинеты, гидромассажная ванна, столовая.

Развитие системы паллиативной помощи детям осуществляется в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года», Подпрограммы «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям», целью которой является повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

При этом решаются следующие задачи:

- создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам;

- адекватный контроль хронической боли и других тягостных симптомов;

- повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального и республиканского бюджетов подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла. Подпрограммой предусмотрена возможность привлечения (помимо средств бюджета Республики Татарстан) внебюджетных средств (средства медицинских организаций от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, личные средства медицинских работников) и средств бюджетов муниципальных образований для реализации программных мероприятий.

Ожидаемым результатом Подпрограммы является формирование полноценной инфраструктуры для оказания паллиативной помощи детям.

ГЛАВА 7. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Социальные изменения, произошедшие в России за последние 20 лет (миграция населения, материальное расслоение общества, высокое число разводов и гражданских браков и др.), обострили медико-социальные проблемы в стране. А именно: увеличение количества детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; несогласованность работы и отсутствие преемственности в деятельности образовательных, социальных и медицинских учреждений; недостаточное количество структур, оказывающих медико-социальную помощь.

Многочисленными научными исследованиями доказана тесная взаимосвязь социальных, психологических и внутрисемейных аспектов жизни с процессами формирования и поддержания здоровья детского населения. По данным отечественных ученых, дети в трудной жизненной ситуации составляют от 15 до 20% всего детского населения Российской Федерации, причем эти данные носят приблизительный характер и включают только те случаи, когда ребенок испытывает уже серьезные проблемы [9, 12, 17, 53, 104, 126, 142, 228].

Вместе с тем, социально детерминированные ситуации, непосредственно угрожающие здоровью и жизни ребенка (жестокое обращение с детьми, безнадзорность и беспризорность, буллинг, распространение «рискованных форм» поведения и др.), требуют безотлагательного решения. При анализе причин детской смертности можно выделить особую группу факторов немедицинского характера, среди которых наиболее значимым является жестокое обращение и оставление в опасности, чему предшествовало нахождение ребенка в трудной жизненной ситуации. Отсутствие системы медико-социального сопровождения данного

контингента детей и их семей - одна из главных причин предотвратимых потерь здоровья и жизни детей и подростков.

По данным официальной статистики на 01.01.2013 г., семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по Республике Татарстан – 56 025, детей в этих семьях – 106 157. Из них безнадзорных - 912 детей; сирот - 2300 человек. Семей в социально опасном положении - 2337, детей в таких семьях - 4279. Семей вынужденных переселенцев 93, в них 204 ребенка. Эти показатели характеризуют только те случаи, когда трудная ситуация в семье представляет уже серьезную проблему для ребенка и попадает в поле зрения органов социальной защиты, внутренних дел и др.

В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» указывается на необходимость разработки и внедрения эффективных современных технологий медико-социального сопровождения детей и подростков. В современных условиях совершенствование системы медицинского обеспечения детского населения должно осуществляться не только по пути повышения эффективности и качества лечебно-диагностической помощи, но и интенсивного развития помощи медико-социальной [44, 45].

7.1. Федеральное и региональное законодательное и нормативное правовое регулирования медико-социальной помощи детям и подросткам в РТ

Были проанализированы и систематизированы законодательные и иные нормативные правовые акты, регулирующие медико-социальную помощь детскому населению в Республике Татарстан.

В результате определены документы, на основании которых построена работа различных государственных ведомств по вопросам охраны жизни, здоровья, прав детей, попавших в трудную жизненную ситуацию. К ним

относятся:

Конвенция ООН "О правах ребенка" (1989 г.);

Конституция РФ (1993 г.);

Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы";

Федеральные законы:

Федеральный закон от 10.12.1995г. №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»;

Федеральный закон № 159-ФЗ от 21.12.1996 г. «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;

Федеральный закон от 24.07.1998г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений» (с изменениями от 13 января 2001 г., 7 июля 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 22 апреля 2005 г., 5 января 2006 г., 30 июня, 21 июля, 1 декабря 2007 г.);

Федеральный закон № 44-ФЗ от 16.04.2001 г. «О государственном банке данных о детях, оставшихся без попечения родителей»;

Федеральный Закон от 24.04.2008 года № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»;

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Приказы Министерства здравоохранения РФ:

Приказ Министерства здравоохранения РФ № 154 от 05.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»;

Приказ Минздрава РФ и Минобразования РФ от 30.05.02/31.05.02. №176/2017 «О мерах по улучшению охраны здоровья детей в Российской

Федерации»;

Приказ Минздравсоцразвития РФ "Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники" от 23.01.07 г. №56

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 июня 2010 г. № 480Н «О порядке предоставления сведений о состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, для внесения в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".

Региональные законодательные и нормативные правовые акты:

Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 18 мая 2007 г. N 195 «Об утверждении порядка направления и приема детей и подростков, нуждающихся в социальной реабилитации, в специализированные учреждения для несовершеннолетних»;

Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 21 ноября 2012г. № 1016 «Об утверждении Стандарта качества государственной услуги «Предоставление реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах со стационарной, полустационарной и нестационарной формами социального обслуживания»;

Приказ Министерства здравоохранения РТ от 25.02.2013 г. №287 «О внедрении порядка оказания педиатрической помощи детскому населению Республики Татарстан»;

Приказ Министерства здравоохранения РТ от 01.11.2013 г. №2058 «О назначении ответственных должностных лиц по формированию и использованию единого банка данных».

Несмотря на наличие Приказов Министерства здравоохранения РФ ("О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста" от 05.05.99 г. №154; "О мерах по улучшению охраны здоровья детей в Российской Федерации" от 30.05.02 г. №176; "Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники" от 23.01.07 г. №56; "Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи" от 16.04.12 г. №366н), непосредственно регламентирующих организацию в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи, до сих пор данное направление деятельности ЛПУ не осуществляется в необходимом объеме.

Залогом успешной реализации предложенной региональной модели трехуровневой помощи является наличие регламентирующих ее деятельность законодательных и нормативных правовых актов. Для этих целей был разработан проект Приказа Министерства здравоохранения РТ от 02.12.2013 №2243 «О пилотном проекте по реализации модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям, в том числе находящимся в трудной жизненной ситуации в РТ».

В целях совершенствования медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, 11.06.2014 г. вступил в силу Приказ Министерства здравоохранения РТ № 1104 «О реализации пилотной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан в 2014 году». Приказом утверждены: перечень учреждений всех уровней системы, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению; временные положения, регламентирующие их деятельность.

7.2. Трехуровневая система медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в РТ

В план мероприятий Рабочей группы № 3 «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы включен пункт «Разработка и внедрение типовой модели медико-социального сопровождения детей и подростков в субъектах РФ». Председатель Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Председатель Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы В.И.Матвиенко обратилась к Президенту Республики Татарстан Р.Н. Минниханову с предложением реализовать в Республике пилотный проект «Разработка и внедрение региональной модели медико-социальной помощи детям» в соответствии с планом мероприятий, разработанным Рабочей группой Координационного Совета под руководством академика РАН А.А. Баранова.

Реализация проекта осуществлялась совместно с сотрудниками отдела социальной педиатрии ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» (проф. В.Ю.Альбицкий, к.м.н. Н.В.Устинова), которыми были разработаны основные принципы оказания данного вида помощи детскому населению, учитывающие имеющийся передовой зарубежный и отечественный опыт в этой области. Представителями ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» (Шавалиев Р.Ф., Куликов О.В., Басанова Л.И., Плаксина Л.В. при консультировании и руководстве исполнителя настоящей диссертации) были обеспечены мероприятия по практическому внедрению региональной модели медико-социального сопровождения детей и подростков в Республике. Активное участие в проекте Министерства

здравоохранения РТ позволило в кратчайшие сроки создать систему медико-социального сопровождения детей и их семей в регионе. Необходимым условием являлось проведение обучающих семинаров, конференций, круглых столов, с участием всех задействованных в разработке и внедрении проекта лиц, с целью подготовки кадров, осуществляющих деятельность в рамках реализуемой модели.

Таким образом, разработаны региональная модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и алгоритм ее реализации, включающий регламент межведомственного взаимодействия. Предложенная модель призвана обеспечивать максимально возможно раннюю идентификацию социального неблагополучия семьи и дальнейшую маршрутизацию детей и подростков в целях своевременности оказания им медико-социальной помощи (рис.7.1).

Первый уровень реализуемой модели представлен кабинетами медико-социальной помощи детских участковых территориальных поликлиник, ЦРБ, функции которых заключаются в раннем выявлении детей (семей) в трудной жизненной ситуации с формированием индивидуальной маршрутизации ребенка и необходимого межведомственного взаимодействия.

На **первом этапе участковые педиатры первичного звена** осуществляют:

- выявление и дифференцированный учет детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, нуждающихся в медицинской помощи и социальной поддержке;

- формирование первичной медико-социальной карты с занесением данных в единую базу данных (работа во внутриведомственном и межведомственном регистре);

- социальный патронаж семей и детей, находящихся в социально опасном положении в рамках межведомственного взаимодействия.

Далее информация поступает на **второй уровень** – отделения медико-

социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, которые функционируют как межмуниципальные центры на базе ЛПУ, ЦРБ, детских городских поликлиник.



Рис. 7.1. Распределение функций по уровням модели медико-социальной помощи детям в РТ

В отделениях медико-социальной помощи второго уровня на каждого пациента формируется электронная, территориальная и документальная маршрутизация межведомственного взаимодействия. На данном этапе также осуществляется мультидисциплинарное сопровождение с привлечением врачей-специалистов (уролог, гинеколог, психиатр, нарколог и т.д.), а также обязательное включение в команду медико-социального сопровождения

ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, психолога, юриста и социального работника. Финансовое обеспечение медико-социальной помощи обеспечивается в рамках базовой программы территориального обязательного медицинского страхования.

На **втором этапе** в межмуниципальных центрах (в настоящее время в РТ функционирует 7 межмуниципальных центров) педиатры и врачи консультанты, а также специалисты по социальной работе, психологи, юристы осуществляют:

- ведение (поддержание) в актуальном состоянии банков данных пациентов обратившихся в Центр «Доверие –Ышаныч», в т.ч. банка данных семей и детей, находящихся в социально опасном положении;

- периодическое предоставление (постоянно, временно, на разовой основе) конкретных видов и форм социальных услуг, предусмотренных действующим законодательством;

- деятельность по профилактике безнадзорности несовершеннолетних и защите их прав в рамках межведомственного взаимодействия;

- содействие в решении социально-правовых вопросов семей с детьми;

- оказание психологической помощи, в т.ч. экстренной (круглосуточный телефон доверия);

- социальную реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья (совместно с узкими специалистами и реабилитологами);

- разработку и реализацию индивидуальных программ реабилитации семьи в социально-опасном положении и трудной жизненной ситуации;

- оказание помощи несовершеннолетним, перенесшим психофизическое насилие в рамках межведомственного взаимодействия;

- осуществление взаимодействия с органами и учреждениями муниципальной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, иных органов и учреждений различных форм собственности, общественных объединений для решения вопросов оказания

психологической и социально-правовой помощи детям и их семьям;

- прием и консультирование населения, выявление потребностей семей и детей в медико-социальных услугах;

- повышение психологической устойчивости и формирование психологической культуры семьи, в т.ч. в сфере межличностного, семейного и родительского общения;

- содействие семьям в преодолении конфликтных ситуаций и нарушений супружеских и семейных отношений.

Одно из таких отделений второго уровня создано на функциональной основе, на базе детской поликлиники района «Азино»г.Казани,которая была открыта в августе 2013г. и является подразделением Детской Республиканской клинической больницы МЗ РТ. В поликлинике оказывается первичная медико-санитарная помощь территориально прикрепленному детскому населению. Мощность детской поликлиники - 800 посещений в день. Организация отделения медико-социальной помощи с первого дня функционирования новой поликлиники значительно облегчает задачу по внедрению медико-социальных технологий в первичную педиатрическую помощь.

Третий уровень модели медико-социального сопровождения детского населения представлен Республиканским Центром медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении (далее – Центр). Центр функционирует на базе отдела медико-социальной помощи детям подросткового возраста ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» и осуществляет сбор, свод и анализ всей информации о состоянии физического, психологического и социального здоровья детского населения с дальнейшей патронированием детей в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении на всех уровнях реализуемой модели. Центр осуществляет координационную функцию и обеспечивает своевременный

обмен информацией между субъектами межведомственного взаимодействия.

Принципы деятельности системы медико-социальной помощи детям следующие:

- **персонифицированный подход** к каждому пациенту;
- **анонимность** (созданиерегиональногоанонимного телефона доверия);
- **доступность -** введена в эксплуатацию программа по удаленной записи пациентов, в том числе через «Портал государственных и муниципальных услуг РТ»;
- **доброжелательности и доверии** - в социальных сетях созданы почтовые ящики, странички «Ышаныч» с расписанием приема врачей и других специалистов с возможностью интерактивного взаимодействия в режиме «онлайн».

Структура Республиканского Центра «Ышаныч» предусматривает следующие модули:

- **медико-консультативный:** оказание лечебно-профилактической и диагностической помощи специалистами консультативно-диагностического отделения;

- **организационно-методический**: анализ статистической отчетности и аналитической обработки, проведение социологических исследований, IT-сопровождение;

- **психолого-социальной помощи**: оказание индивидуальной и групповой психологической и/или социально-правовой помощи медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, юристом;

- **образовательный**: проведение тренингов, обучающих семинаров как для специалистов, участвующих в медико-социальном сопровождении детского населения, так и для населения.

Одной из основных функций Центра «Ышаныч» является координация и мониторинг работы на каждом этапе трехуровневой модели медико-

социального сопровождения.

Специалисты организационно-методического отдела Центра «Ышаныч» осуществляют сбор, свод и аналитическую обработку данных о состоянии здоровья детей и подростков, в том числе в трудной жизненной ситуации. Проводят социологические исследования с изучением медико-социальной характеристики детского контингента региона, анализ существующего состояния организации медико-социальной помощи детям и подросткам; создают методические пособия для специалистов; осуществляют выпуск научных статей о состоянии здоровья детей и подростков, в том числе в трудной жизненной ситуации. Организуют обучающие семинары, тренинги для районных педиатров, медицинских психологов и специалистов по социальной работе и других специалистов 1-го и 2-го уровней совместно с Министерством труда, занятости и социальной защиты.

Функции специалистов третьего уровня (Республиканский Центр):

1. Научно-методическая (разработка методических рекомендаций по медико-социальному сопровождению детей и подростков).

2. Обучающая (проведение тренингов со специалистами, оказывающими медико-социальное сопровождение детей и подростков на базе детских поликлиник и клиник, дружественных к молодежи).

3. Мониторирующая (создание регионального регистра контингента детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации; мониторинг состояния их здоровья).

4. Патронажная (организации патронажей детей и подростков, нуждающихся в медико-социальном сопровождении).

5. Консультативная – диагностическая, лечебная (медицинская, психологическая, социально-правовая помощь детям, подросткам и их семьям), в том числе охрана репродуктивного здоровья подростков.

6. Координационная (обеспечение межведомственного и межсекторального взаимодействия).

7. Аналитическая (экспертиза программ медико-социального сопрвождения детского населения отделений медико-социальной помощи детских поликлиник и клиник, дружественных к молодежи, на основе отчетной документации, экспертных опросов и изучения мнения потребителей медико-социальной помощи).

8. Информационная (организация "телефонов доверия"; разработка сайта в сети интернет о возможностях центра по осуществлеию медико-социального сопровождения детского населения).

9. Образовательная (организация и проведение семинаров, совещаний, конференций по вопросам медико-социального сопровождения детского населения).

Республиканский Центр осуществляет подготовку специалистов для оказания медико-социального сопровождения детскому населению. Так, для врачей-педиатров РТ было проведено 3 научно-практических семинара, 2 круглых стола и 2 конференции по вопросам социальной педиатрии и организации медико-социальной помощи с привлечением ведущих специалистов РТ, преподавателей Казанского государственного медицинского университета, а также Отдела социальной педиатрии ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» (г. Москва) и кафедры поликлинической и социальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова.

Межведомственное взаимодействие по охране жизни, здоровья и прав детского населения в настоящее время преимущественно осуществляется через специализированный государственный орган - Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП) - призванный координировать деятельность всех государственных органов и общественных организаций, занимающихся защитой прав несовершеннолетних. По решению муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, функционирует муниципальный социально-реабилитационный

консилиум (МСРК) — межведомственный коллегиальный орган, созданный с целью формирования унифицированной межведомственной системы выявления безнадзорных детей, ведения единой статистики, отражающей детско-семейного неблагополучие, а также социального сопровождения семей и детей, находящихся в социально-опасном положении.

Однако отметим, что межведомственное взаимодействие по данным вопросам не имеет постоянного характера, действия государственных органов часто бывают не согласованы между собой, отсутствует единая база данных (медико-социальный регистр) по детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, и доступ к ней всех организаций, участвующих в процессе оказания медико-социального сопровождения каждого ребенка, для немедленного принятия соответствующих мер.

Для преодоления объективных трудностей по координации и осуществлению межведомственного взаимодействия реализовано двустороннее Соглашение между Министерством здравоохранения РТ и Министерством труда, занятости и социальной защиты РТ по медико-социальному сопровождению детей и их семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. На основании данного соглашения к работе в Республиканском Центре привлечены специалисты по социальной работе из «Комплексного центра социального обслуживания населения в городском округе «город Казань».

При выявлении детей (семей) в социально-опасном положении, медицинские работники поликлиники совместно со специалистами по социальной работе КЦСОН начинают реализовывать в каждом случае индивидуальную программу медико-социального сопровождения.

7.3. SWOT-анализ трехуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения РТ

Для анализа реализуемой модели трехуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения в РТ был использован метод SWOT-анализа.

В исходную матрицу SWOT-анализа заносились наиболее значимые факторы, характеризующие выявленные преимущества и недостатки предложенной модели многоуровневого медико-социального сопровождения в РТ (табл. 7.1).

Таблица 7.1

Исходная матрица SWOT-анализа

Сильные стороны	Слабые стороны	Благоприятные возможности	Угрозы
Политическая воля руководства Республики Татарстан по продвижению модели медико-социального сопровождения детского населения.	Недостаточная укомплектованность учреждений системы медико-социального сопровождения специально подготовленными педиатрами, психологами, социальными работниками, юристами.	Федеральная нормативная база, обеспеченная приказом "Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи" от 16.04.12 г. №366н, регламентирующая организацию в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи.	Отсутствие Порядков и стандартов оказания медико-социальной помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации.
Наличие в Республике Татарстан опыта по разработке и реализации мер медико-социальной поддержки семей с детьми в трудной жизненной ситуации.	Сложности выявления семей с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации. Отсутствие регистра детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации.	Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 21 ноября 2012 г. № 1016 «Об утверждении Стандарта качества государственной услуги «Предоставление реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной,	Несформированная позиция населения по самостоятельному обращению за медико-социальной помощью.

		социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах со стационарной, полустационарной и нестационарной формами социального обслуживания».	
Высокая степень доступности специализированной помощи, обеспеченная разными уровнями медико-социального сопровождения.	Дефицит специалистов в системе здравоохранения, владеющих навыками работы в отделениях медико-социальной помощи детских поликлиник.	Включение в многоуровневую систему ранее функционирующих в РТ Клиник, дружественных молодежи, подростковой суицидологической службы, телефона доверия.	Среди детского населения неразвиты профилактические барьеры, представленные морально-этическими, экологическими факторами и здоровьесохраняю-щим поведением.
Доступность современной системы подготовки необходимых кадров для обеспечения системы многоуровневого медико-социального сопровождения.	Отсутствие в шаговой доступности отделений медико-социальной помощи для детей и подростков, проживающих в сельской местности.	Проведение широкомасштабных мероприятий, посвященных профилактике социального сиротства, беспризорности и безнадзорности детей и подростков.	Недостаточные механизмы (законодательные, организационные, информционные, финансовые) обеспечивающие межведомственную координацию медико-социального сопровождения детского населения.

Заполнение исходной матрицы SWOT-анализа позволило сформулировать основные проблемы и способы их решения, направленные на разработку и реализацию эффективной системы медико-социального

сопровождения детского населения.

Последовательность процедуры SWOT-анализа представлена в нижеследующих таблицах 7.2-7.5.

Таблица 7.2

Схема реализации возможностей с помощью сильных сторон

Сильные стороны	Благоприятные возможности	Мероприятия
Политическая воля руководства Республики Татарстан по продвижению модели медико-социального сопровождения детского населения.	Федеральная нормативная база, обеспеченная приказом "Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи" от 16.04.12 г. №366н, регламентирующая организацию в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи.	В план мероприятий Рабочей группы № 3 «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы включен пункт «Разработка и внедрение типовой модели медико-социального сопровождения детей и подростков в субъектах РФ».
Наличие в Республике Татарстан опыта по разработке и реализации мер медико-социальной поддержки семей с детьми в трудной жизненной ситуации.	Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 21 ноября 2012 г. № 1016 «Об утверждении Стандарта качества государственной услуги «Предоставление реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах со стационарной, полустационарной и	Осуществление медико-социальных мероприятий, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации детям-инвалидам и с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, детям и подросткам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, в рамках межведомственного взаимодействия отделений медико-социальной помощи и центров социального обслуживания.

	нестационарной формами социального обслуживания»	
Высокая степень доступности специализированной помощи, обеспеченная разными уровнями медико-социального сопровождения.	Включение в многоуровневую систему ранее функционирующих в РТ Клиник, дружественных молодежи, подростковой суицидологической службы, телефона доверия.	Создание кабинетов и отделений медико-социальной при территориальных детских поликлиниках, способствующих раннему выявлению и своевременной маршрутизации детей и подростков в трудной жизненной ситуации. Ранее успешно функционирующие КДМ наравне с межмуниципальными центрами медико-социального сопровождения включены во 2-й уровень модели. Развитие службы телефона доверия в части разработки превентивных мероприятий, направленных на предотвращение различных видов насилия среди детского населения, употребления ПАВ, суицидов.
Доступность современной системы подготовки необходимых кадров для обеспечения системы многоуровневого медико-социального сопровождения.	Проведение широкомасштабных мероприятий, посвященных профилактике социального сиротства, беспризорности и безнадзорности детей и подростков.	Развитие системы дистанционного обучения лиц, занятых в системе медико-социального сопровождения. Подготовка волонтеров из молодежной среды. Проведение обучающих семинаров, круглых столов, конференций по обмену опытом и усовершенствования необходимых знаний и практических навыков.

Таблица 7.3

Схема нейтрализации угроз с помощью сильных сторон

Сильные стороны	Угрозы	Мероприятия

Политическая воля руководства Республики Татарстан по продвижению модели медико-социального сопровождения детского населения	Отсутствие порядков и стандартов оказания медико-социальной помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненнлй ситуации	Разработка и внедрение с участием ведущей научно-исследовательской организации РФ (ФБГНУ «НЦЗД») Порядка оказания медико-социальной помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации.
Наличие в Республике Татарстан опыта по разработке и реализации мер медико-социальной поддержки семей с детьми в трудной жизненной ситуации.	Несформированная позиция населения по самостоятельному обращению за медико-социальной помощью.	Формирование в детско-родительской среде доверия к организациям, оказывающим медико-социальное сопровождение распространение информации посредством СМИ, сайтов медицинских, образовательных организаций и учреждений социальной защиты, социальных сетей. Рейды сотрудников отделений медико-социальной помощи в школы, ПТУ с целью распространения информации о предоставляемых услугах
Высокая степень доступности специализированной помощи, обеспеченная разными уровнями медико-социального сопровождения.	Среди детского населения неразвиты профилактические барьеры, представленные морально-этическими, экологическими факторами и здоровьесохраняющим поведением.	Формирование в детско-подростковой среде потребности в здоровом образе жизни: -организация здорового питания в образовательных учреждениях; -оздоровительные лагеря для детей в трудной жизненной ситуации, с девиантными формами поведения. Выход специалистов отделений медико-социальной помощи в образовательные

		учреждения с обучающими программами и тренингами по формированию мотивации к здоровому образу жизни и копинг-стратегий по преодолению стрессовых ситуаций.
Доступность современной системы подготовки необходимых кадров для обеспечения системы многоуровневого медико-социального сопровождения.	Недостаточные механизмы (законодательные, организационные, информационные, финансовые) обеспечивающие межведомственную координацию медико-социального сопровождения детского населения.	Проведение совместных конференций, круглых столов, тренингов с участием специалистов разных ведомств, участвующих в медико-социальном сопровождении. Разработка и внедрение регламента межведомственного взаимодействия, формы экстренного извещения о случае нахождения ребенка в социально опасной ситуации с последующим пошаговым алгоритмом действий.

Таблица 7.4

Схема использования благоприятных возможностей для преодоления слабых сторон

Слабые стороны	Благоприятные возможности	Мероприятия
Недостаточная укомплектованность учреждений системы медико-социального сопровождения специально подготовленными педиатрами, психологами, социальными работниками.	Федеральная нормативная база, обеспеченная приказом "Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи" от 16.04.12 г. №366н, регламентирующая организацию в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи.	Подготовка специалистов медицинского и психологического профиля, социальных работников непосредственно для работы в отделениях медико-социальной помощи (в ГБОУ ВПО КГМУ, участием сотрудников кафедры поликлинической и социальной педиатрии

		ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова).
Сложности выявления семей с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации. Отсутствие регистра детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации	Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 21 ноября 2012 г. № 1016 «Об утверждении Стандарта качества государственной услуги «Предоставление реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах со стационарной, полустационарной и нестационарной формами социального обслуживания».	Формирования у населения доверия к организациям, оказывающим медико-социальное сопровождение (через освещение в СМИ конкретных примеров оказания медико-социального сопровождения детям и их семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию). Распространение информации о категориях граждан (семей с детьми), которым предоставляются государственные услуги по медико-социальным реабилитационным мероприятиям с целью формирования потребности в самостоятельном обращении за помощью и поддержкой.
Дефицит специалистов в системе здравоохранения, владеющих навыками работы в отделениях медико-социальной помощи детских поликлиник.	Включение в многоуровневую систему ранее функционирующих в РТ Клиник, дружественных молодежи, подростковой суицидологической службы, телефона доверия.	Развитие системы дистанционного обучения лиц, занятых в системе медико-социального сопровождения, с участием специалистов созданных ранее и успешно функционирующих КДМ. Проведение обучающих семинаров, круглых столов, конференций по обмену опытом и усовершенствования необходимых знаний и практических навыков.
Отсутствие в шаговой доступности отделений медико-социальной помощи для детей и	Проведение широкомасштабных мероприятий, посвященных профилактике социального	Организация широкомасштабных мероприятий, выездов в сельские районы

подростков, проживающих в сельской местности.	сиротства, беспризорности и безнадзорности детей и подростков.	специалистов отделений медико-социальной помощи для информирования населения о возможностях медико-социального сопровождения и, при необходимости, формирования маршрутизации для выявленных детей и подростков в трудной жизненной ситуации. Тесное взаимодействие с другими отделениями детской поликлиники, а также учреждениями образования и социальной защиты для раннего выявления детско-подросткового контингента в трудной жизненной ситуации и включения механизмов межведомственного взаимодействия.

Таблица 7.5

Схема снижения неблагоприятного воздействия сочетания слабых сторон и угроз

Слабые стороны	Угрозы	Мероприятия
Недостаточная укомплектованность учреждений системы медико-социального сопровождения специально подготовленными педиатрами, психологами, социальными работниками.	Отсутствие Порядков и стандартов оказания медико-социальной помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации.	Разработка и внедрение с участием ведущей научно-исследовательской организации РФ (ФБГНУ «НЦЗД») Порядка оказания медико-социальной помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации. Подготовка специалистов медицинского и психологического профиля, социальных работников непосредственно для работы в отделениях медико-социальной помощи (в ГБОУ ВПО КГМУ, участием сотрудников кафедры

		поликлинической и социальной педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова).
Сложности выявления семей с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации. Отсутствие регистра детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации.	Несформированная позиция населения по самостоятельному обращению за медико-социальной помощью.	Формирования у населения доверия к организациям, оказывающим медико-социальное сопровождение (через освещение в СМИ конкретных примеров оказания медико-социального сопровождения детям и их семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию). Создание регистра детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации.
Дефицит специалистов в системе здравоохранения, владеющих навыками работы в отделениях медико-социальной помощи детских поликлиник.	Среди детского населения неразвиты профилактические барьеры, представленные морально-этическими, экологическими факторами и здоровьесохраняющим поведением.	Включение в программы постдипломной подготовки врачей-педиатров лекций и тренингов психологов, социологов, психиатров, наркологов касающихся особенностей формирования личности и мотиваций у детей и подростков, навыков работы с семьей. Развитие системы дистанционного обучения лиц, занятых в системе медико-социального сопровождения, с участием специалистов созданных ранее и успешно функционирующих КДМ. Проведение обучающих семинаров, круглых столов, конференций по обмену опытом и усовершенствования необходимых знаний и практических навыков.
Отсутствие в шаговой доступности отделений медико-социальной помощи для детей и подростков, проживающих в сельской местности.	Недостаточные механизмы (законодательные, организационные, информационные, финансовые) обеспечивающие межведомственную координацию медико-социального сопровождения детского	Проведение широкомасштабных мероприятий, посвященных профилактике социального сиротства, беспризорности и безнадзорности детей и подростков. Организация выездов в сельские районы специалистов отделений медико-социальной помощи для информирования населения о возможностях медико-

	населения.	социального сопровождения и, при необходимости, формирования маршрутизации для выявленных детей и подростков в трудной жизненной ситуации. Тесное взаимодействие с другими отделениями детской поликлиники, а также учреждениями образования и социальной защиты для раннего выявления детско-подросткового контингента в трудной жизненной ситуации и включения механизмов межведомственного взаимодействия.

Таким образом, проведенный SWOT-анализ позволил выявить проблемные зоны по организации системы многоуровневого медико-социального сопровождения детей и подростков. Дифференциация проблемных зон по уровням оказания медико-социальной помощи была положена в основу комплекса мероприятий. Ниже, мы отмечаем факторы, наиболее характерные для каждого уровня.

Сильной стороной организации системы медико-социального сопровождения можно считать существующие федеральные и региональные законодательные инициативы, регламентирующие создание отделений медико-социальной помощи в детской поликлинике и предоставление в РТ реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах.

Основные недостатки организации работы системы – отсутствие утвержденных Порядка и стандартов оказания медико-социальной помощи детскому населению и документов, регламентирующих межведомственное

взаимодействие. Серьезной проблемой является дефицит кадров и несоответствующая подготовка специалистов для работы в отделении медико-социальной помощи детской поликлиники.

Ситуация в определенной степени усугубляется отсутствием должной осведомленности населения об организациях, оказывающих медико-социальную помощь, тем самым усложняется выявление контингента детей и подростков, нуждающихся в медико-социальном сопровождении. Необходимо развивать источники информированности населения о предлагаемых услугах, расширять использование для этих целей интернет-технологий.

В настоящее время идет активная работа по преодолению указанных трудностей: разработан примерный Порядок оказания медико-социальной помощи детям в ЛПУ; продолжается деятельность по оптимизации регламентов межведомственного взаимодействия; проводятся научно-мероприятия по подготовке специалистов для работы в отделениях и кабинетах медико-социальной помощи детям; в обязательном порядке распространяется информация о возможностях медицинских организаций оказать помощь детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, в доступных для потребителей источниках: Интернет (социальные сети – «в контакте» и др., на сайтах учреждений), СМИ (телепрограммы), специальные полиграфические издания.

Таким образом, можно сделать заключение, что в целях исполнения Указа Президента РФ Путина В.В. (от 1 июня 2012 г. № 761), в соответствии с планом работы Координационного Совета при Президенте по выполнению данного Указа, в Республике Татарстан осуществлен проект по реализации региональной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и (или) социально опасном положении.

В рамках реализации проекта разработаны и внедрены:

1. Приказ МЗ РТ «О реализации пилотной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации социально опасном положении в Республике Татарстан в 2014 году».

2. Примерный региональный Порядок организации деятельности отделений медико-социальной помощи детских АПУ.

3.Временное Положение о реализации модели медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социальноопасном положении в учреждениях здравоохранения в Республике Татарстан.

4. Временное Положение о Республиканском Центре медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан».

5. Временное Положение о межмуниципальном отделении медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан.

6. Временное Положение о кабинете медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан.

7. Форма предоставляемых сведений о детях (семьях), находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

8. Форма предоставляемых сведений о состоянии здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

9. Форма медико-социального паспорта ребенка.

10. Регламент межведомственного взаимодействия по выявлению детей

и подростков и их семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

11. Регламент по выявлению и маршрутизации детей и подростков, попавших в социально опасное положение, в том числе с признаками жестокого обращения.

Необходимыми условиями создания эффективной системы медико-социальной помощи детскому населению в регионах являются:

- разработка алгоритма реализации модели медико-социальной помощи детскому населению, учитывающего географические, демографические и медико-социальные характеристики региона;

- утверждение региональных законодательных и нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность реализуемой модели, включая межведомственное взаимодействие;

- соответствующая подготовка специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям и семьям.

Реализация предложенных мероприятий с опорой на сильные стороны и благоприятные возможности по преодолению слабых сторон и угроз позволит сформировать эффективную систему многоуровневого медико-социального сопровождения детей и подростков во всех регионах Российской Федерации.

Внедрение трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков будет способствовать снижению заболеваемости, смертности, «рискованных форм поведения», в том числе суицидального, профилактике безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с детьми.

ГЛАВА 8. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ (заключение)

Проблема научно обоснованного формирования приоритетов на основе программно-целевого метода - одна из наиболее трудных и ответственных задач, стоящих перед органами управления. Выбор ведущей проблемы из череды не менее актуальных и сосредоточение на ее решении всегда ограниченных ресурсов в ущерб остальным требует серьезного обоснования и «политической» воли руководителя, понимания со стороны профессионалов и общества [18, 129, 147, 203, 236].

В международной практике для формулирования приоритетов в области здоровья используется следующие подходы [200]:

1. Выбор конкретных проблем, связанных со здоровьем.

2. Ориентация на причинные факторы ухудшения здоровья.

3. Определение социальных групп, подвергающихся особому риску потери здоровья.

Выбор региональных приоритетов остается наиболее сложным звеном в обосновании конкретных направлений региональной политики, реализуемых через планы социально-экономического (или стратегического) развития региона, а также комплекс целевых программ.

8.1. Проблемы, вытекающие из состояния здоровья детского населения и материально-технической базы здравоохранения

Здоровье и благополучие детей - главная забота семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее благополучие, уровень экономического и духовного развития, состояние культуры и науки.

Стратегия развития службы охраны здоровья детского населения включена в Национальный план действий в интересах детей, разработанный в соответствии с ратифицированными Россией международными документами о правах детей. Указ президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 "О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" определил основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации.

На основании обобщения результатов углубленного статистического анализа общей ситуации, состояния здоровья и здравоохранения выделены основные проблемы, определяющие деятельность здравоохранения на ближайшую и более отдаленную перспективу.

Комплексное изучение **медико-демографической ситуации** в РТ показало, что за период 2001-2012 гг. произошли существенные изменения. Так, отмечается рост рождаемости, стало положительным естественное движение населения, увеличилась численность детского населения. Состояние здоровья детей в целом характеризовалось ростом заболеваемости, стагнацией показателей инвалидности и снижением смертности. При этом были выявлены региональные особенности динамики данных показателей.

В РТ имеют место положительные **тенденции в заболеваемости** новорожденных и детей первого года жизни. Вместе с этим, отмечается рост заболеваемости последних болезнями глаза и его придаточного аппарата, мочеполовой системы, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, и врожденными аномалиями. Кроме этого, несмотря на то, что заболеваемость детей первого года жизни в сельской местности ниже, чем в городской, она продолжает неуклонно расти.

У детей в возрасте 0-14 лет и у подростков 15-17 лет отмечался значительный рост как первичной, так и общей заболеваемости, практически по всем классам болезней. Уровень заболеваемости детей выше, чем у

подростков. Первые ранговые места (исключая болезни органов дыхания) в общей заболеваемости у детей и подростков стали занимать болезни органов пищеварения, кожи и подкожно-жировой клетчатки, травмы и отравления.

На фоне снижения **общей инвалидности** детского населения повышается распространенность инвалидности, обусловленной болезнями эндокринной, нервной систем, психическими расстройствами и расстройствами поведения. В структуре инвалидности у детей и подростков лидируют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития. Распространенность инвалидности по мере взросления детей увеличивается, достигает максимальных значений в возрасте 15-17 лет. Во всех возрастных группах среди детей-инвалидов преобладают мальчики.

Смертность детского населения в РТ имеет положительные тенденции во всех возрастных группах. Рост ее показателей в 2012 г., как и в России в целом, связан с переходом на новые критерии регистрации рождения и смерти новорожденных. Вместе с тем, уровень смертности детского населения в республике значительно ниже, чем в Российской Федерации в целом и в Приволжском федеральном округе. Республика относится к территориям с низкими показателями смертности детского населения среди субъектов данного федерального округа. Ее уровень становится сопоставим с данными по Европейскому региону в среднем.

В результате анализа установлены некоторые неблагоприятные тенденции смертности детского населения, которые требуют специального внимания:

1. Изменение соотношения **ранней неонатальной смертности** и мертворождаемости в сторону увеличения последней, сокращение доли новорожденных, умерших в первые 24 часа жизни, после введения новых критериев регистрации рождения и смерти может свидетельствовать о «перебросе» умерших детей в мертворожденные или поздние выкидыши, а

снижение доли умерших новорожденных экстремально низкой массы тела - о возможном их «перебросе» в весовую категорию до 500 г.

2. Повышение значимости инфекционных и паразитарных заболеваний среди причин **младенческой смертности**, сохраняющийся уровень смертности в раннем неонатальном периоде от инфекций, кровотечений плода и гемолитической болезни.

3. Рост смертности детей в возрасте 1-4 года от таких предотвратимых причин как инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и увеличение доли среди причин смерти новообразований, травм и отравлений.

4. Отсутствие существенной динамики **смертности детей в возрасте 0-14 лет** и ее рост от инфекционных и паразитарных заболеваний. Каждый четвертый ребенок, умерший от внешних причин, погибает в результате дорожно-транспортного происшествия. Уровень смертности от ДТП, убийств и утоплений у детей в данном возрасте выше, чем в России в целом.

5. Рост **смертности подростков в возрасте 15-19 лет** от болезней органов дыхания и пищеварения. Среди причин травматической смертности подростков более одной трети приходится на дорожно-транспортного происшествия. Показатели смертности в возрасте 15-19 лет от ДТП и самоубийств превышают российский уровень.

6. Увеличение случаев **больничной летальности** детей в возрасте 0-17 лет от болезней системы кровообращения.

7. Высокий уровень гибели детей вне стационара.

Среди перечисленных проблем наиболее важными представляются вопросы выхаживания новорожденных детей, гибель которых определяет уровень не только младенческой, но и детской смертности. Для их решения потребуется совершенствование организации неонатальной помощи, в том числе усиление материально-технической базы (создание в республике

современного перинатального центра) и кадрового потенциала (обучение врачей реанимации новорожденных).

Вызывает беспокойство смертность детей различных возрастных групп от такой предотвратимой причины как инфекционные и паразитарные заболевания. Для решения данной проблемы необходимо проведение экспертного анализа каждого случая гибели ребенка от указанной причины.

Требует особого внимания высокий (значительно выше российского) уровень смертности детского населения от дорожно-транспортных происшествий и подростков от самоубийств. Решению данной проблемы может способствовать разработка и реализация межведомственных программ по борьбе с детским травматизмом, а также развитие служб здравоохранения по оказанию помощи (прежде всего, экстренной) при травмах и отравлениях. Предотвращение формирования суицидного поведения требует совершенствования службы по охране психического здоровья подростков.

В результате реорганизации системы детского здравоохранения, внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям произошло:

- сокращение числа маломощных амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, с одновременным развитием специализированной помощи и стационарзамещающих технологий;

- сокращение коечного фонда за счет педиатрических (соматических), общих хирургических, инфекционных (туберкулезных) коек;

- сокращение педиатрического кадрового потенциала: снижение обеспеченности детского населения врачами (педиатрами, неонатологами) и средним медицинским персоналом с сохранением достаточной укомплектованности врачебных должностей и невысокого коэффициента совместительства;

- снижение числа штатных врачебных должностей различных специальностей и посещений амбулаторно-поликлинических учреждений

при сохраняющейся их мощности с одновременным созданием специализированных центров;

- сокращение службы скорой помощи (станций, отделений), особенно в сельской местности, которое не привело к уменьшению числа детей обслуженных при выездах и значительному увеличению нагрузка на 1 бригадо-смену в год.

Вместе с этим, возник ряд проблем, требующих особого внимания:

- отрицательная динамика по данным профилактических осмотров в состоянии здоровья детского населения всех возрастных групп (особенно проживающих в сельской местности) - снижение доли здоровых детей и увеличение с III группой здоровья;

- недостаточное использование коечного фонда и объемов стационарной помощи (сокращение числа госпитализированных больных, среднего числа дней занятости койки в году) на фоне увеличения оборота койки;

- отсутствие достоверного снижения больничной летальности детей первого года жизни на фоне положительной динамики летальности детского населения в целом.

Решением указанных проблем является подход к модернизации здравоохранения, ориентированный на трехуровневую систему организации медицинской помощи. Представляется важным обозначить основные цели и задачи каждого уровня медицинской помощи. Только на основании этого базового подхода к внедрению трехуровневой организации медицинской помощи в территории возможна реализация модернизации здравоохранения с учетом региональной специфики и наименьшими «потерями», как для населения, так и для медицинских работников.

Отмечается необходимость разработки четких понятий трехуровневой медицинской помощи: определение, что такое «трехуровневая система» и «трехуровневый подход», какой признак (территориальность, собственность, контингент, вид помощи, специализация помощи и т.д.) будет лежать в

основе отнесения учреждения и/или вида помощи к тому или иному уровню.

Такой подход дает возможность выделить работу со здоровым ребенком в самостоятельное направление и наконец-то реально заняться профилактикой. Это также дает возможность освободить стационары от «не свойственной» им работы и сделать их тоже в реальности стационарами интенсивного лечения.

8.2. Проблемы и пути совершенствования медицинской помощи детскому населению по данным социологического исследования

При разработке национальной политики в области охраны здоровья населения основные усилия организаторов здравоохранения обычно сосредоточивались на решении проблемы финансирования здравоохранения и изменении структуры предоставления медицинских услуг. В настоящее время все большее признание получает тот факт, что реформы здравоохранения должны быть направлены также на повышение качества и эффективности медицинской деятельности. В этой связи на смену некогда безоговорочному мнению специалистов о наиболее оптимальных формах и методах предоставления медицинских услуг, приходит растущее признание необходимости учета мнений граждан.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в Главе 3 четко прописал полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья населения. Вот почему представлялось важным знать мнения руководителей социальной службы муниципалитетов о проблемах и задачах в области охраны здоровья детей.

С целью выявления проблемных зон в организации медицинской помощи детскому населению был проведен опрос 32 руководителей муниципальных образований РТ (главы, заместители, специалисты).

Установлено, что в сфере охраны здоровья детского населения руководители муниципальных образований отдают приоритет экономическому развитию региона и социальной поддержке уязвимых групп населения. Охрана здоровья населения, по их мнению, занимает четвертое место среди всех позиций. Лишь половина респондентов считает, что население полностью удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи в данном муниципальном образовании, т.е. имеется понимание остроты проблемы.

Оценка состояния здоровья детского населения и системы здравоохранения осуществляется руководителями муниципальных образований преимущественно на основании официальных отчетов специалистов территориального здравоохранения. Обращает на себя внимание тот факт, что **только каждый десятый респондент ссылается на опросы населения**.

Следует отметить, что при оценке эффективности модернизации муниципального здравоохранения подавляющее большинство руководителей выразили мнение, что она только частично решает вопросы, связанные с укреплением материально-технической базы учреждений здравоохранения, и не устраняет кадровые проблемы системы здравоохранения. В тоже время, квалификации медицинских кадров и организации их дополнительного профессионального образования руководители муниципальных образований не придают большого значения и не считают их приоритетными. Требует особого внимания отношение респондентов к информатизации медицинских учреждений, большинство из них не связывают ее с доступностью и качеством медицинской помощи населению.

Таким образом, такие проблемы детского здравоохранения как приоритет охраны здоровья детей, учет мнения родителей о доступности и качестве медицинской помощи детям, широкое внедрение информационных технологий в работу детских ЛПУ, повышение квалификации педиатрических кадров не вошли в круг первоочередных задач органов

муниципальной власти. Данное обстоятельство должно учитываться при принятии управленческих решений органами исполнительной власти региона.

Важнейшей составляющей модернизации здравоохранения является оценка врачебным сообществом доступности и качества медицинской помощи, как результата модернизации. Проведенный опрос 137 врачей поликлиник и стационаров РТ показал, что врачи первичного звена здравоохранения и стационарной помощи позитивно оценивают результаты модернизации учреждений здравоохранения в части укрепления материально-технической базы и приобретения современного оборудования.

Однако, модернизация здравоохранения автоматически не привнесла коренных изменений в отношение врачебного сообщества к ценностям, связанным с профессией врача: авторитет, признание и т.п. Об этом свидетельствует следующее:

- первое место среди ценностей занимали материальные стимулы;

- низкий уровень удовлетворенности трудом у врачей поликлиники и стационара;

- никто не предложил собственные рекомендации по критериям оценки труда врача-педиатра и меры по улучшение качества работы.

Таким образом, в учреждениях здравоохранения параллельно с укреплением материально-технической базы и оснащением их современным технологическим оборудованием следует уделить внимание корпоративной культуре, которая ориентирована на создание общих ценностей для членов коллективов.

Социологический опрос родителей детей, получающих медицинские услуги в поликлинических и стационарных учреждениях, показал, что развитие электронного здравоохранения в РТ позитивно влияет на доступность медицинской помощи и удовлетворенность ею пациентами. Приоритеты модернизации детского здравоохранения в Республике,

направленные на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и оснащение их современным оборудованием, получили высокую оценку родителей, которые связывают эти перемены с повышением качества медицинской помощи и более эффективным лечением.

Отношения между производителями и потребителями медицинских услуг занимают важное место в системе организации медицинской помощи, поэтому необходимо более активно обучать медицинский персонал современным технологиям межличностных коммуникаций.

Установлено, что интернет-технологии накладывают весьма действенный отпечаток на формирование общественного мнения о работе медицинских учреждений и коллективов. В этой связи следует больше внимания уделять сайту лечебного учреждения, помещая на нем материалы, отражающие пожелания потребителей медицинских услуг и меры принятые администрацией по их выполнению.

8.3. Задачи, вытекающие из реализации Национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения

Для решения проблем охраны здоровья детского населения использовались возможности, предоставляемые в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Национального проекта «Здоровья» и модернизации здравоохранения).

Выполнение указанных программ проведено в РТ успешно. Но в ходе их выполнения стало понятно, что прорыв в охране здоровья детей должен носить системный характер, в его основе должны лежать внедрение уже апробированных, а также разработанных в Республике инновационных медико-организационных технологий.

Приводим перечень и этапы внедрения организационных новаций в РТ.

2008 г. – организация бесплатного питания детей раннего возраста.

2009 г. – Клиники дружественные молодежи.

2009 г. – модель раннего вмешательства.

2011-2012 гг. – инновационные технологии в организации медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинической и стационарной сети в рамках реализации модернизации здравоохранения.

2012 г. – Центры здоровья для детей.

2012 г. – новые обучающие технологии.

2013 г. – пилотный проект «Медико-социальное сопровождение детского населения».

На основании Концепция развития системы здравоохранения, Национального проекта «Здоровье» и программы модернизации остро встал вопрос не только об улучшении базы, стандартизации и информатизации, но и о внедрении технологий, направленных на повышение эффективности и экономичности педиатрической службы.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» при участии автора исследования были определены основные направления и задачи в сфере сохранения здоровья детского населения Республики Татарстан на ближайшие пять лет и основные механизмы их пошаговой реализации, обеспечения здоровья и качества жизни детей и подростков республики. Среди задач особое внимание уделено прицельному медицинскому сопровождению уязвимых категорий детей (дети в трудной жизненной ситуации), развитию подростковой медицины, совершенствованию медицинского обеспечения детей в дошкольных учреждениях и школах и формированию здоровьесберегающего стиля жизни у детей.

В связи с этим ключевыми направлениями медико-организационных мероприятий стали:

- переход на трехуровневую систему медицинской помощи

(беременным, роженицам, реанимационной помощи новорожденным, детскому населению);

- профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения (программа ЗОЖ, детские центры здоровья, клиники дружественные к подросткам и молодежи);
- информатизация в учреждениях здравоохранения (реорганизация регистратур поликлиник и приемного покоя стационара, онлайн связь с районами республики);
- новации в подготовке кадров;
- организация питания детей раннего возраста;
- модель раннего вмешательства
- модель медико-социального сопровождения детского населения;
- мониторинг орфанных заболеваний;
- совершенствование паллиативной помощи детям.

8.4. Профилактические технологии в сфере охраны здоровья детского населения

Значительный потенциал дальнейшего повышения качества медицинской помощи будет обеспечиваться принимаемыми мерами по профилактике развития факторов риска хронических неинфекционных заболеваний за счет приверженности населения к здоровому образу жизни. Именно поэтому Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

Эффективность мер профилактики неинфекционных заболеваний подтверждается позитивным опытом целого ряда стран, добившихся двукратного и более снижения смертности в течение 10-20 лет, главным образом, за счет эффективных и экономически в десятки раз менее

затратных, нежели лечение, профилактических мер. Процесс повышения мотивации населения к ведению здорового образа жизни и созданию соответствующих для этого условий может быть обеспечен только на основе межведомственного многоуровневого взаимодействия с привлечением общественных структур.

В связи со сказанным, не вызывает сомнения инновационность Центров здоровья в создании совершенно новой структуры детского здравоохранения по формированию здорового образа жизни. Это реальные шаги от декларативной позиции к широкомасштабной практической работе.

Во исполнение приказа Минздрава РТ от 30.11.2010 №1507 «Об организации в Республике Татарстан центров здоровья для детей» были сформированы и утверждены зоны ответственности указанных центров. За каждым из пяти центров здоровья для детей было закреплено 100 тысяч детского населения.

В Республике Татарстан реализуется комплекс мероприятий по оказанию медико-социальной помощи подросткам и молодежи. Целью деятельности медико-социальных служб является содействие здоровому образу жизни, борьба с ВИЧ/СПИДом, обеспечение качественного образования, защита подростков от жестокого обращения. С 2009 года Минздрав РТ сотрудничает с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) по созданию клиник дружественных к подросткам и молодежи.

8.5. Региональная модель медико-социального сопровождения детского населения

В последние годы убедительно доказано неблагоприятное влияние на здоровье детей факторов социального риска. Однако существующие механизмы их выявления и коррекция не отвечают требованиям сегодняшнего дня. Данная проблема по существу занимает одно из

центральных мест в Указе Президента РФ от 1 июля 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.».

Особую группу составляют дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Разработка эффективной системы мер по охране и укреплению их здоровья является одной из приоритетных задач здравоохранения. Отделения медико-социальной помощи, введенные в структуру детских амбулаторно-поликлинических учреждений, фактически до сих пор в большинстве функционируют недостаточно эффективно. Деятельность «клиники дружественные к молодежи», созданные под эгидой ЮНИСЕФ для детей подросткового возраста, сконцентрирована главным образом на проблемах репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Препятствием на пути к эффективной медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации является отсутствие подготовленных кадров (социально ориентированных педиатров, среднего медицинского персонала, социальных работников, психологов) и сложности межведомственного взаимодействия.

Таким образом, появилась необходимость целенаправленно заняться разработкой организационных принципов медико-социального и психологического сопровождения данного контингента детей.

В 2013 году впервые в Российской Федерации был дан старт пилотному проекту по созданию региональной 3-х уровневой модели медико-социального сопровождения детей и их семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Данный проект реализуется в РТ в рамках Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы. На базе ДРКБ был открыт республиканский центр медико-социальной помощи «Ышаныш - Доверие», который осуществляет организационно-методическое руководство учреждениями первого и второго уровня при оказании медико-социальной помощи детям и подросткам.

На базе новой поликлиники «Азино» был открыто Отделение медико-социальной помощи, которое аналогично поликлинике является

подразделением первого (муниципального) и второго (межрайонного) уровня в части оказания медико-социальной помощи детям, подросткам и их семьям, которые рассматриваются на муниципальном социально-реабилитационном консилиуме (МСРК).

Под руководством ДРКБ продолжается работа по развитию трехуровневой системы медико-социальной помощи в масштабах республики. Реализация трехуровневой модели медико-социальной помощи позволило существенно повысить качество и доступность медицинской помощи детям и подросткам по сохранению репродуктивного здоровья. На базе республиканского и межрайонного центра «Ышаныч» функционируют кабинеты детского уролога-андролога и гинеколога, где кроме оказания консультативно-диагностической помощи проводится большая работа по пропаганде здорового образа жизни и профилактике рискового поведения подростков.

Результаты проведенного организационного эксперимента по апробации региональной модели медико-социального сопровождения детского населения легли в основу методических рекомендаций, утвержденных Союзом педиатров России. В данных рекомендациях впервые был представлен порядок функционирования медико-социального отделения детской поликлиники.

Результаты пилотного проекта могут стать основой разработки Порядка оказания медико-социального сопровождения детей и подростков на федеральном (в качестве дополнений к Приказу Минздравсоцразвития России от 16.04.2012N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи") и региональном уровнях.

8.6. Структура региональной системы оказания медицинской помощи детскому населению

В результате проведенных преобразований в сфере охраны здоровья детского населения с учетом региональных особенностей была сформирована инновационная система оказания медицинской помощи детям и подросткам Республики Татарстан.

Методологической основой разработанной региональной системы охраны здоровья детей стали:

- закономерности состояния здоровья детского населения;

- реорганизация и не решенные проблемы системы детского здравоохранения;

- учет мнений о проблемах медицинской помощи детям руководителей муниципальных образований, педиатров амбулаторного и стационарного звена, родителей;

- интенсивное внедрение инновационных медико-организационных технологий;

- переход к трехуровневой системе оказания медицинской помощи детскому населению.

Структурные преобразования **системы оказания медицинской помощи матерям и детям** проводились на уровне первичной медико-санитарной, специализированной и медико-социальной помощи (рис. 8.1).

Следует отметить, что проведенные преобразования охватывали все уровни трехуровневой системы медицинской помощи. Структурные преобразования первичной медико-санитарной помощи, такие как профилактические инновации (программа ЗОЖ, детские центры здоровья, бесплатное питание детей раннего возраста); информатизация детских поликлиник; мониторинг орфанных заболеваний; увеличение объема стационарзамещающих технологий, касались I уровня.

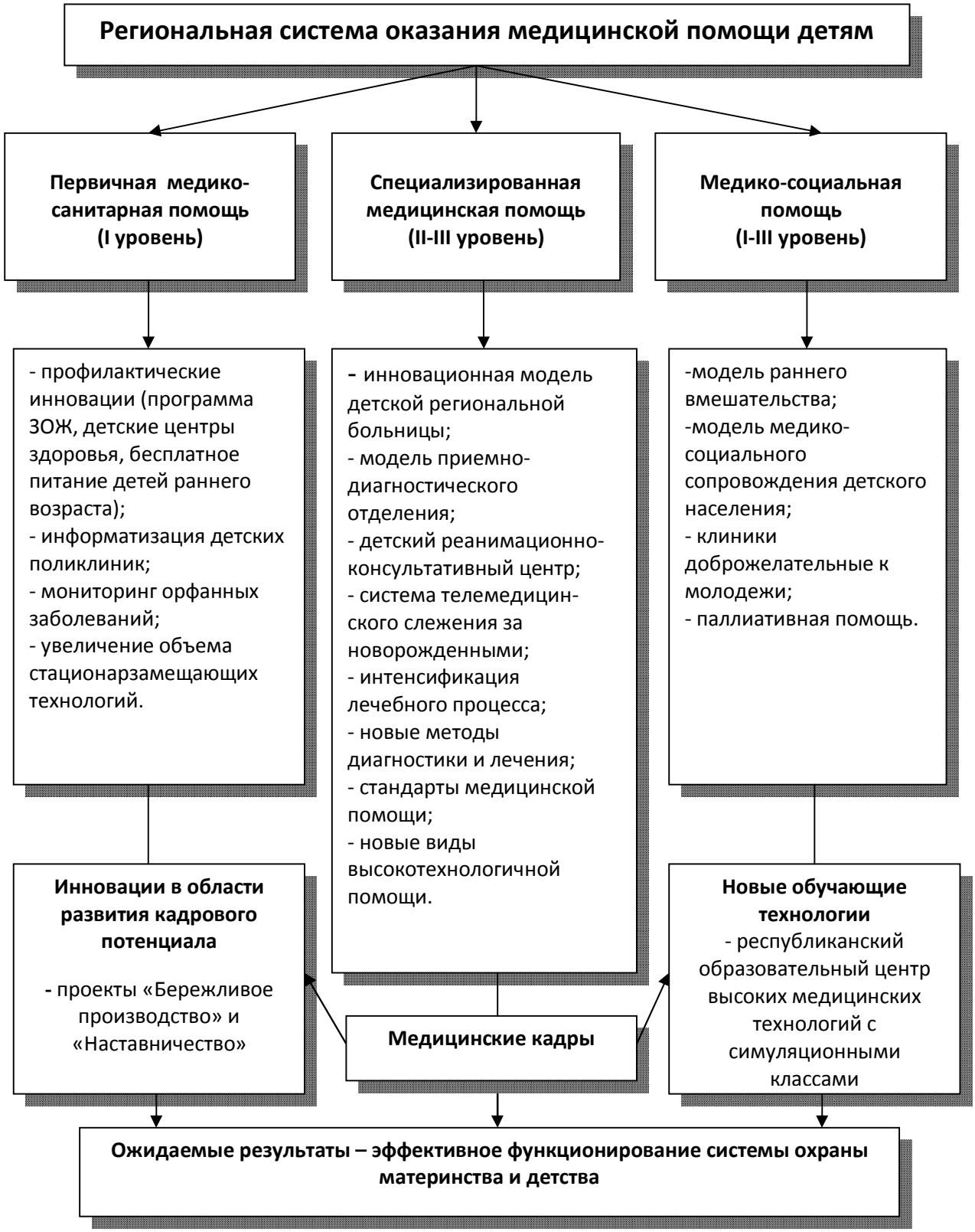


Рис. 8.1. Схема структурных преобразований системы оказания медицинской помощи детям в Республике Татарстан

Совершенствование специализированной медицинской помощи, которое включало инновационную модель детской региональной больницы; модель приемно-диагностического отделения; детский реанимационно-консультативный центр; систему телемедицинского слежения за новорожденными; интенсификация лечебного процесса; новые методы диагностики и лечения; стандарты медицинской помощи и новые виды высокотехнологичной помощи, проходило на II и III уровнях.

Преобразования медико-социальной помощи детям и подросткам проводилось в всех трех уровнях и касалось разработки и внедрения моделей раннего вмешательства и медико-социального сопровождения детского населения; внедрения клиник доброжелательных к молодежи; организации паллиативной помощи.

Важной составляющей предложенной системы является подготовка медицинских кадров в соответствии с современными требованиями. С этой целью внедрялись новые обучающие технологии на базе созданного республиканского образовательного центра высоких медицинских технологий с симуляционными классами. Инновацией в области развития кадрового потенциала явились проекты «Бережливое производство» и «Наставничество».

С целью разработки плана мероприятий дальнейшего совершенствования детского здравоохранения были проанализированы нормативные документы, касающиеся изменений в отраслях социальной сферы «форсайт-дорожная карта».

В конце 2012 г. распоряжением Правительства Российской Федерации № 2599-р был утвержден план мероприятий ("дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения". Целью «дорожной карты» является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников. Она предусматривает внесение

соответствующих изменений в порядки оказания медицинской помощи, разработку и внедрение показателей эффективности деятельности медицинских организаций, разработку программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации, направленных на достижение целевых индикаторов государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", с учетом заболеваемости и смертности населения.

Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, являющееся одной из задач государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", достигается, в том числе за счет объема услуг, оказываемых в амбулаторных условиях.

В соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1706"Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий ("дорожных карт") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации" в РТ принят план мероприятий на 2013-2018 гг. по следующим разделам:

- Формирование эффективной структуры здравоохранения Республики Татарстан.
- Формирование эффективной системы управления оказанием медицинской помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации.
- Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в Республике Татарстан.

В табл. 8.1. приведены некоторые целевые индикаторы структурных преобразований системы оказания медицинской помощи населению в РТ, которые касаются расходов на различные виды медицинской помощи, аккредитации специалистов, обеспеченности врачами, общей, материнской и

детской смертности и др.

Таблица 8.1

Некоторые целевые индикаторы структурных преобразований системы оказания медицинской помощи населению в РТ, 2013-2018 гг.

Показатели	годы					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Доля расходов на оказание медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий:						
- в амбулаторных условиях (%)	30,1	30,2	30,3	30,4	30,6	31,5
- в амбулаторных условиях в неотложной форме (%)	1,8	1,9	2,0	2,1	2,9	3,6
- в условиях дневных стационаров (%)	4,6	4,9	5,90	7,5	8,3	9,0
Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий (%)	58,4	57,9	56,7	55,0	53,2	51,0
Доля аккредитованных специалистов (%)	-	-	-	-	20,0	40,0
Обеспеченность населения врачами (на 10 000 населения)	38,3	38,5	38,7	38,9	40,1	40,3
Соотношение врачи/средние медицинские работники (на 10 000 населения)	1/2,4	1/2,5	1/2,6	1/2,6	1/2,7	1/2,7
Число дней занятости койки в году (дни)	350,0	348,0	347,0	348,0	349,0	350,0
Средняя длительность лечения больного в стационаре (дни)	11,1	11,0	10,9	10,8	10,7	10,6
Доля врачей первичного звена от общего числа врачей (%)	58,7	59,7	60,7	61,6	62,6	63,6
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	12,2	12,0	11,8	11,6	11,4	11,0
Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми)	10,7	10,6	10,5	10,4	10,3	10,2
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	6,5	6,4	6,3	6,2	6,1	6,0
Смертность детей в возрасте 0-17 лет (на 10 000 населения соответствующего возраста)	8,0	7,9	7,8	7,6	7,5	7,4

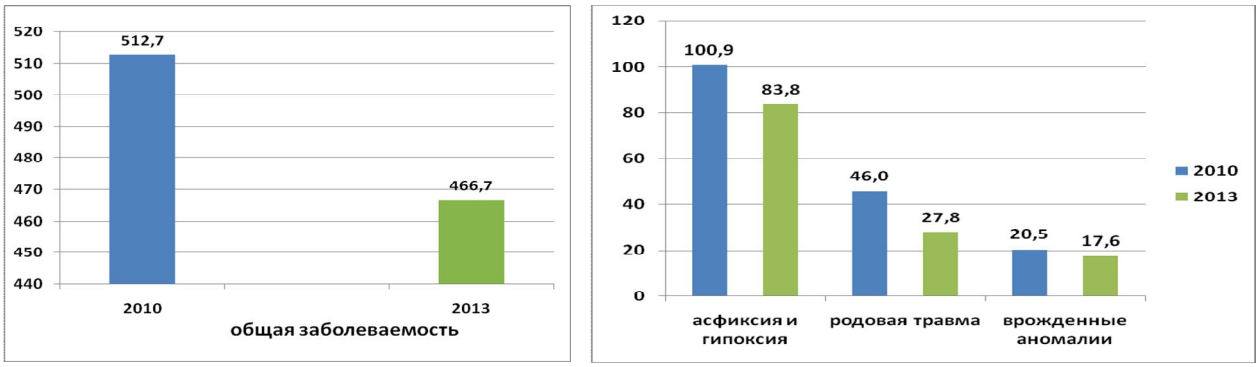
8.7. Эффективность предложенной региональной системы оказания медицинской помощи детскому населению

Анализ состояния здоровья детского населения РТ в период активной модернизации системы здравоохранения (2010-2013 гг.) выявил определенные позитивные изменения. Так, была отмечена стабилизация или положительная динамика заболеваемости детей во всех возрастных группах. За период 2010-2013 гг. существенно сократилась общая заболеваемость и заболеваемость, обусловленная асфиксией и гипоксией, родовой травмой, врожденными аномалиями у новорожденных детей (рис. 8.2).

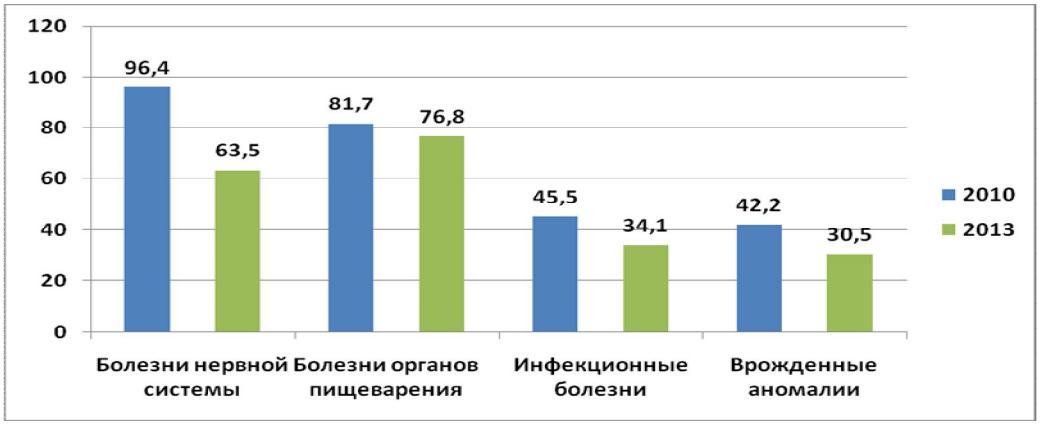
У детей первого года жизни снизилась заболеваемость болезнями нервной системы, органов пищеварения, инфекционными болезнями и врожденными аномалиями, в возрасте 0-14 лет – болезнями нервной системы и перинатальными состояниями, в возрасте 15-17 лет – инфекционными заболеваниями и болезнями эндокринной системы.

Следует отметить, что за этот небольшой промежуток времени произошли существенные изменения уровня смертности детского населения РТ в различных возрастных группах (рис. 8.3). Так, снизились показатели смертности детей в возрасте 1-4 года, 5-9 лет и 10-14 лет. Положительные сдвиги произошли в смертности детей в возрасте 0-17 лет от болезней нервной системы, системы кровообращения, травм и отравлений. Очень важно, что значительно (в 1,5 раза) снизилась гибель детей первого года жизни от врожденных аномалий и наметилась тенденция к снижению смертности от травм, отравлений и несчастных случаев.

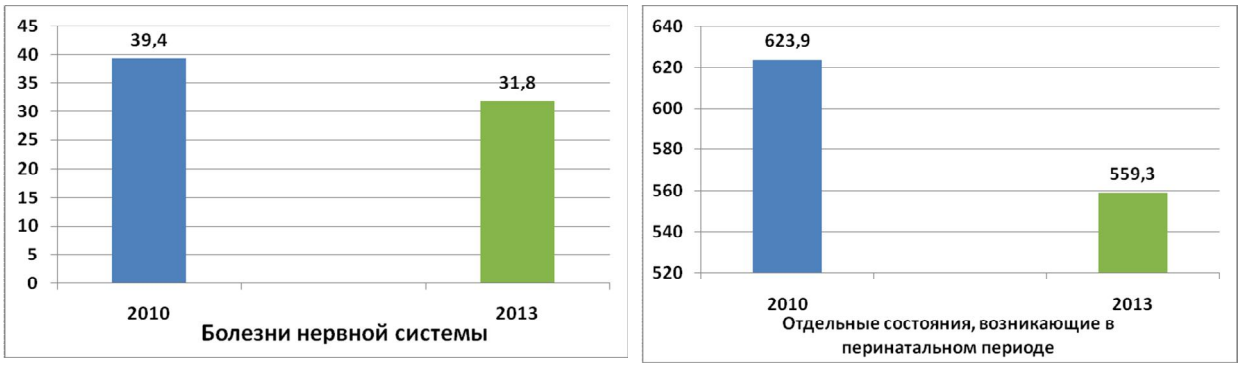
Как было показано выше, в структуре смертности детей в возрасте 1-14 лет первое место занимают травмы и отравления. Поэтому снижение данного показателя почти на одну треть (на 29,5%) за период 2010-2013 гг. является весьма значимым достижением.



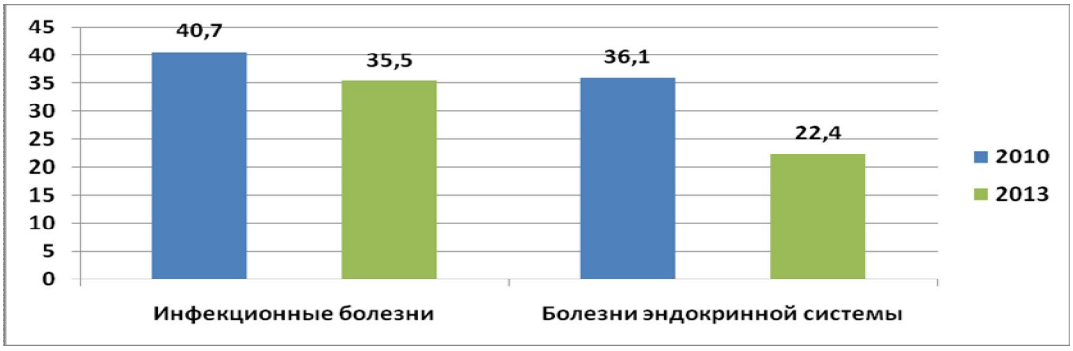
Заболеваемость новорожденных на 1000 родившихся живыми



Заболеваемость детей первого года жизни на 1000 детей, достигших одного года жизни

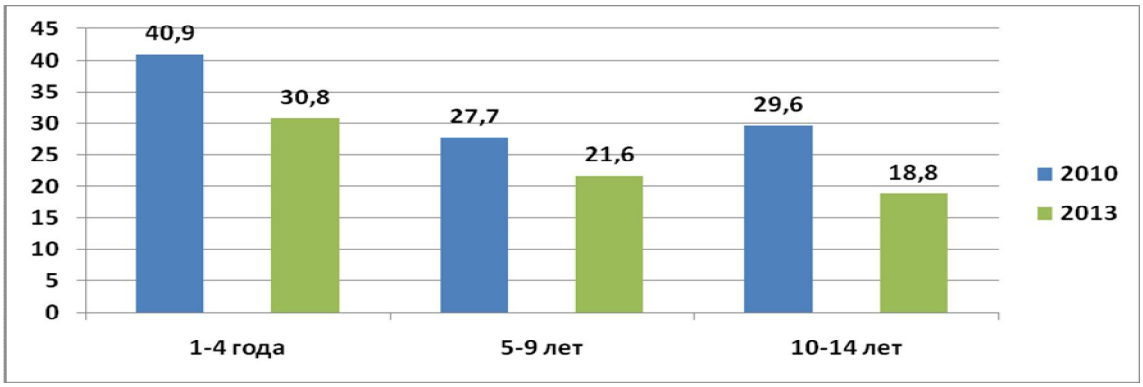


Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет на 1000 населения соотв. возраста

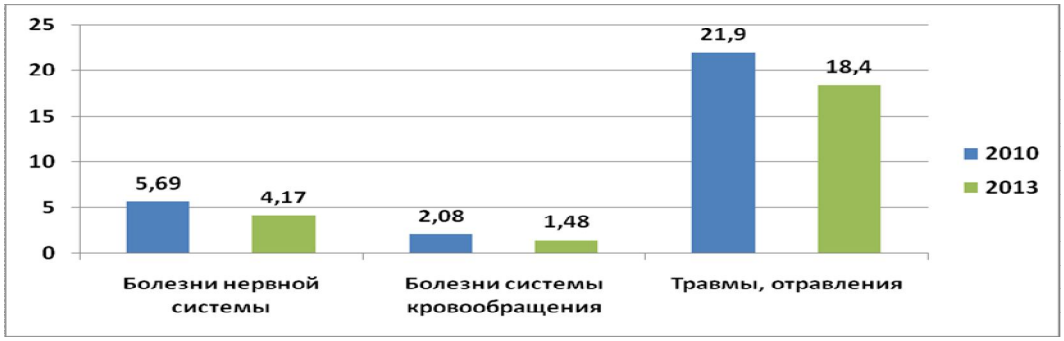


Первичная заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет на 1000 населения соотв. возраста

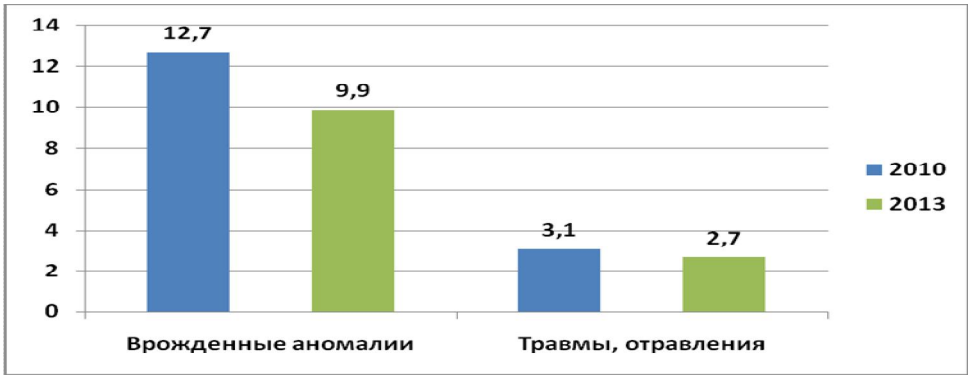
Рис. 8.2. Тенденции заболеваемости детского населения РТ в период модернизации системы здравоохранения



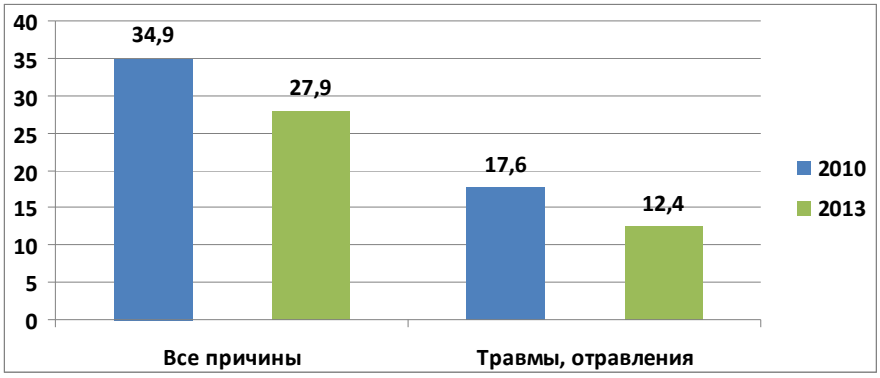
Смертность детского населения на 100 000 населения соответствующего возраста



Смертность детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 населения соответствующего возраста



Младенческая смертность на 10 000 родившихся живыми



Смертность детей в возрасте 1-14 лет на 100 000 населения соответствующего возраста

Рис. 8.3. Тенденции смертности детского населения РТ в период модернизации системы здравоохранения

Следует отметить, что в период реорганизации и модернизации детского здравоохранения изменения произошли и в плане качества медицинской помощи детскому населению. Так, за период 2010-2013 гг. увеличилась мощность поликлиник с 8,8 тыс. до 10,5 тыс. посещений, соответственно. В стационарах увеличилось среднее число занятости педиатрической койки в году в целом как терапевтического (с 303 в 2010 г. до 321 дней в году в 2013 г., соответственно), так и хирургического профиля (с 310 до 330 дней). При этом существенно вырос этот показатель в отношении детских специализированных коек: аллергологических (с 337 до 369 дней), эндокринологических (с 317 до 399 дней) и пульмонологических (с 283 до 341 дней).

Увеличилась занятость кардиохирургических (с 183 до 210 дней), ожоговых (с 263 до 325 дней), ортопедических (с 221 до 443 дней), урологических (с 324 до 360 дней) коек и коек для сосудистой (с 226 до 290 дней) и гнойной хирургии (с 311 до 332 дней).

Важно, что указанные позитивные сдвиги сопровождались ростом оборота койки в году. Это также касалось коек терапевтического (с 31,9 в 2010 г. до 34,6 дней в году в 2013 г., соответственно), хирургического профиля (с 58,4 до 61,9 дней) и относилось практически к тем же специализированным койкам. Увеличился оборот кардиоревматологических (с 28,1 до 33,8 дней), гастроэнтерологических (с 24,0 до 37,9 дней), аллергологических (с 34,1 до 37,8 дней), эндокринологических (с 29,8 до 37,3 дней) и пульмонологических (с 26,8 до 33,8 дней), а среди хирургических – нейрохирургических (с 31,0 до 34,5 дней), сосудистой хирургии (с 28,6 до 32,6 дней), ожоговых (с 22,7 до 27,3 дней), ортопедических (с 22,3 до 35,2 дней), урологических (с 37,1 до 42,4 дней) коек.

Средняя длительность лечения в целом практически не изменилась за 2010-2013 гг. в стационарах педиатрического (9,6 в 2010 г. и 9,3 дней в 2013 г., соответственно) и хирургического (с 7,5 до 7,6 дней) профиля. Однако,

появилась тенденция сокращения сроков лечения в стационаре при инфекционных и паразитарных болезнях (с 6,3 до 5,8 дней, соответственно), новообразованиях (с 19,8 до 15,0 дней), болезнях крови и кроветворных органов (с 13,2 до 11,1 дней), органов пищеварения (с 11,7 до 8,9 дней) и нефрологической патологии (с 11,5 до 10,6 дней). Сократилась средняя длительность пребывания на нейрохирургических койках (с 11,5 до 10,4 дней).

Кроме этого, снизилась больничная летальность детей первого года жизни при болезнях нервной системы и состояний, возникающих в перинатальном периоде.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная методология комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья и организации медицинской помощи детскому населению Республики Татарстан, основанная на региональном подходе, использовании метода «форсайт-дорожная карта», учета мнений производителей и потребителей медицинских услуг, позволила установить основные тенденции их развития.

2. Современное состояние здоровья населения Республики Татарстан характеризуется возвратом к положительному росту его естественного движения. Отличительными закономерностями и тенденциями в состоянии здоровья детей и подростков в 21 веке являются:

- начавшаяся стабилизация заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет; положительная тенденция заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни за счет снижения инфекционных болезней, состояний, возникающих в перинатальном периоде, болезней нервной системы;

- повышением (на фоне стабилизации) распространенности детской инвалидности, обусловленной болезнями эндокринной, нервной системы, психическими расстройствами и расстройствами поведения.

- снижение младенческой, детской и подростковой смертности; их скачок в связи с введением новых критериев регистрации живо- и мертворождения; повышение в структуре смертности значимости внешних причин; более высокий по сравнению с РФ уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий, а также от суицидов в подростковом возрасте; рост смертности от болезней системы кровообращения как результат регистрации скрытых случаев гибели подростков от наркотических расстройств.

3. Основными итогами реорганизации детского здравоохранения стали: укрепление материально-технической базы ЛПУ; сокращение маломощных

амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, сокращение коечного фонда за счет педиатрических (соматических), общих хирургических, инфекционных (туберкулезных) коек с одновременным развитием специализированной помощи и стационарзамещающих технологий; сокращение педиатрического кадрового потенциала с сохранением достаточной укомплектованности врачебных должностей и невысокого коэффициента совместительства; снижение числа штатных врачебных должностей различных специальностей амбулаторно-поликлинических учреждений при сохраняющейся их мощности с одновременным созданием специализированных центров; сокращение службы скорой помощи (станций, отделений) с схранением числа детей, обслуженных при выездах и нагрузки на бригадо-смену в год.

4. Социологический опрос руководителей муниципальных образований показал, что проблемы охраны здоровья детей не входят в число приоритетов их деятельности. Оценка эффективности модернизации системы здравоохранения проводится респондентами только с позиции укрепления материально-технической базы, а информатизация, использование протоколов и стандартов не рассматриваются как условия повышения доступности и качества медицинской помощи.

5. Врачи и родители позитивно оценивают итоги модернизации здравоохранения как эффективное направление в повышении качества медицинской помощи. По их мнению, развитие электронного здравоохранения повышает доступность медицинских услуг. Наиболее важными проблемами респонденты называли – врачи: а) материальные стимулы; б) знания по специальности; в) морально-психологические стимулы; родители: а) обеспеченность медицинским персоналом и оборудованием ЛПУ; б) совершенствование межличностных отношений врач-пациент; в) удобство и своевременность предоставления информационных услуг.

6. Модернизация системы здравоохранения Республики Татарстан стала условием и базой системной разработки и продвижения следующих инновационных медико-организационных технологий: республиканская модель трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям; инновационная модель республиканской детской клинической больницы; организация бесплатного питания детей раннего возраста; модель раннего вмешательства при нарушения развития у детей; диспансеризация детей с редкими заболеваниями; организация паллиативной помощи на основе частно-государственного партнерства.

7. В соответствии с Планом мероприятий Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации «Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» разработана модель медико-социального сопровождения детей и подростков в субъекте Российской Федерации. Система включает: а) алгоритм реализации модели, учитывающий географические, демографические и медико-социальные характеристики региона; б) региональные законодательные и нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность реализуемой модели (межведомственное взаимодействие); в) специальную подготовку специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям и семьям; г) обеспечение интенсивной информационной поддержки.

8. В результате проведенных структурных преобразований первичной медико-санитарной, специализированной и медико-социальной помощи детям и подросткам была создана региональная трехуровневая система охраны здоровья детского населения Республики Татарстан. Её эффективность подтверждена произошедшими за период активной модернизации детского здравоохранения положительными тенденциями в динамике заболеваемости и смертности детей и подростков, повышением качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях и улучшения работы общих и специализированных коек

(сокращение пребывания, повышение работы койки в году, снижение больничной летальности).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях нормативно-правового регулирования:

- Государственному совету Республики Татарстан рассмотреть возможность о разработки законодательной инициативы в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации по внесению изменений в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части отражения медико-социальной помощи в соответствии с классификацией по видам, условиям и форме оказания помощи.
- С целью развития и широкого внедрения системы медико-социальной помощи детскому населению в субъектах Российской Федерации, при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, рекомендуется установление требований к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, условий объемов, критериев доступности и источников финансового обеспечения данного вида помощи с учетом уровня заболеваемости, плотности населения, климатогеографических особенностей регионов.
- Внести дополнения в приказ Минздравсоцразвития Российскоф Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» дополнения о Правилах организации деятельности и Стандарте оснащения отделения медико-социальной помощи детской поликлиники, используя для этого рекомендованные Союзом педиатров России Методические рекомендации «Региональная модель организации

медико-социальной помощи детям и подросткам (опыт Республики Татарстан)».

- С учетом завершения в 2014 году финансового обеспечения за счет ассигнований федерального бюджета в рамках национального проекта «Здоровье» расходов на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на пять врожденных заболеваний, аудиологического скрининга рекомендуется при разработке и принятии программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи данный вид расходов обеспечить за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации в рамках установленного подушевого норматива.

2. С целью повышения эффективности медицинской помощи рекомендуется рациональное использование возможностей модернизации как основы продвижения инновационных технологий в здравоохранении и в области развития кадрового потенциала, внедрение трехуровневой системы медицинской помощи беременным, детям и подросткам и развитие профилактического направления в сфере охраны здоровья детского населения.

3. Для достоверной оценки деятельности и дальнейшего совершенствования системы здравоохранения территориального образования необходимо использовать методологию, включающую региональный подход, использование метода «форсайт-дорожная карта», систематическое проведение аудита с использованием социологических методов исследования, как среди медицинских работников, так и среди потребителей медицинских услуг.

4. Региональным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения рекомендуется внедрение инновационных медико-организационных технологий, детально проработанных и реализованных на территории Республики Татарстан:

- трехуровневая модель медико-социальной помощи интегрированная с трехуровневой моделью медицинской помощи;
- модель этапного оказания паллиативной помощи на основе частно-государственного партнерства;
- инновационная модель организации стандартизованного детского питания на территории субъекта на основе частно-государственного партнерства с единой диспетчеризацией;
- модель реорганизации областной детской клинической больницы с созданием инновационного и ориентированного на потребности региона медицинского высокотехнологического и образовательного центра.
- создание в областной детской клинической больнице кабинета для организационно-методического и терапевтического сопровождения детей с редкими заболеваниями в целях формирования единого порядка оказания медицинской помощи и формирования регионального сегмента Федерального регистра детей с данной патологией.

5. Для развития эффективной системы медико-социальной помощи детскому населению в регионах необходимо разработать алгоритм реализации предложенной модели медико-социальной помощи детскому населению, учитывая географические, демографические и медико-социальные характеристики субъекта РФ; утвердить региональные нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность реализуемой модели, включая межведомственное взаимодействие; осуществить соответствующую подготовку специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям и семьям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимова М.Ю., Садыков М.М. Проблемы реализации принципа автономии и защиты прав пациента в амбулаторной педиатрической практике // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6, №4. С. 7-10.

2. Абросимова Н.В., Сулейманов С.Ш., Кирпичникова Н.В., Крюкова И.В. Индикаторы качества лекарственного обеспечения как составляющие управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. № 7-8. С.63-67.

3. Авксентьева М.В. Разработка национального стандарта по оценке медицинских технологий // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2008. № 8. С. 69-71.

4. Авксентьева М.В., Воробьев П.А. Экономический фактор при принятии решений о применении медицинских технологий // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2008. № 3. С.3-8.

5. Азизова Б.Г. Отношение руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №4. С. 38-40.

6. Акопян А.С. Модернизация здравоохранения как ресурс десталинизации социальной сферы // Главный врач: Хозяйство и право. 2011. № 3. С. 25-42.

7. Акопян А.С., Мурашов В.А., Шиленко Ю.В. Некоторые вопросы совершенствования деятельности хозрасчетного специализированного стационара // Здравоохранение Российской Федерации. 2001. № 6. С.16-18.

8. Александрова О.Ю. Проблема законодательного разделения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи и возможности стандартизации для решения этой проблемы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2008. № 2. С.3-12.

9. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии:

избранные очерки. М.: Союз педиатров России, 2012. 344 с.

10. Альбицкий В.Ю., Антонова Е.В., Баранов А.А., Бондарь В.И., Волков И.М., Зелинская Д.И., Иванова А.Е., Косова С.А., Модестов А.А., Терлецкая Р.Н. и др. Методические рекомендации по изучению заболеваемости детского населения М., 2009. 39с.

11. Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость детей и инвалидность // Российский педиатрический журнал. 2008. № 1. С.32-35.

12. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г. Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Смертность подростков в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2009. № 3. С.4-9.

13. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н. Смертность подростков в Российской Федерации. ЮНИСЕФ М.:ООО «БЭСТ-принт», 2010. 64с.

14. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н., Яковлева Т.В. Медико-социальные аспекты смертности подростков в Российской Федерации // Общественное здоровье и здравоохранение (Казань). 2009. № 2. С.3-8.

15. Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И. Здоровьесберегающее поведение подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 2. С. 21-24.

16. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Яковлева Т.В., Менделевич Б.Д. Предотвратимость потерь здоровья детского населения - эффективная ресурсосберегающая стратегия в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. № 4. URL: http://vestnik.mednet.ru (дата обращения 25.05. 2013).

17. Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Куликов О.В., Ким А.В., Муратова М.В., Рослова З.А., и др. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники // Вопросы современной педиатрии. 2013. № 4 (12). С. 12-16.

18. Андреева О.В., Одинцова В.В. Реализация программно-целевого метода планирования на федеральном уровне в сфере здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. № 5 URL: http://vestnik.mednet.ru (дата обращения 25.05. 2013).

19. Андреева Т.Н. Формирование здорового образа жизни у детей 6-7 лет // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. 2011. Т. 18. № 1. С. 12-20.

20. Антонова Е.В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления: автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2011. 48 с.

21. Антонова Н.Л. Здоровьесберегающе пространство как условие формирования здорового образа жизни дошкольников // Вестник Международной академии наук (Русская секция). 2011. № 2. С. 14-16.

22. Бабкина Л.М. Оценка предотвратимости потерь здоровья при заболеваниях органов дыхания в детском возрасте: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.

23. Бабюк С.Н., Бабюк Т.И. Подготовка педагогов к обеспечению преемственности в воспитании здорового образа жизни у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста // Герценовские чтения. Начальное образование. 2011. Т. 2. № 2. С. 396-404.

24. База данных ВОЗ. URL: http://data.euro.who.int/hfadb/ (дата обращения 25.08. 2013).

25. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Итоги модернизации службы родовспоможения в РФ // Здравоохранение. 2013. № 11. С. 30-39.

26. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Модернизация службы охраны материнства и детства в Российской Федерации: результаты и перспективы // Акушерство и гинекология. 2013. № 12. С. 4-9.

27. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Родовспоможение в Российской Федерации: достигнутые результаты и перспективы развития //

Справочник фельдшера и акушерки. 2014. № 6. С. 8-17.

28. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Служба родовспоможения в Российской Федерации: достигнутые результаты и перспективы развития // Заместитель главного врача. 2014. № 5. С. 6-14.

29. Бангкокская Хартия укрепления здоровья (2005г.). URL: http://www.my-luni.ru/i_pic/3/health/dok/BCHP.pdf (дата обращения: 25.08. 2013).

30. Банин А.С. О формировании кластеров в системе здравоохранения региона // Управление общественными и экономическими системами. 2007. №1. URL: http://www.bali.ostu.ru/umc/arhiv/2007/1/Banin.doc (дата обращения 10.05.2013).

31. Банин С.А. Модернизация системы здравоохранения Томской области в ходе реализации регионального пилотного проекта // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 2. URL: http://vestnik.mednet.ru (дата обращения 25.05. 2013).

32. Баранов А.А. Альбицкий В.Ю. Яковлева Т.В. Модестов А.А. Косова С.А. Терлецкая Р.Н. Зелинская Д.И. Иванова А.А. Неволин Ю.С. Бондарь В.И. Волков И.М. Щербакова С.В. Инновационные технологии в профилактической деятельности центров здоровья для детей // Российский педиатрический журнал. 2014. Т.17, № 4. С. 43-48.

33. Баранов А.А. Лапин Ю.Е. Яковлева Т.В. Охрана здоровья детей в системе государственной политики // Вестник РАМН. 2011. № 6. С.8-12.

34. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. М.: Союз педиатров, 2009. 392 с.

35. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения. России. М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008. 240 с.

36. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Иванова А.А., Терлецкая Р.Н., Косова С.А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2012. № 6. С.

4-9.

37. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Иванова А.А. Смертность детского населения России в первое десятилетие XXI века // Избранные очерки «Актуальные проблемы социальной педиатрии». М.: Союз педиатров России. 2012. Выпуск 16. С.152-165.

38. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Волков И.М. Заболеваемость детского населения России. М.: Союз педиатров России, 2013. 280 с.

39. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Смертность подростков в Российской Федерации (очерк 14). Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / В.Ю. Альбицкий. М.: Союз педиатров России, 2012. 344 с. С.174-186.

40. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Детская инвалидность: состояние и пути решения (очерк 11) / Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / В.Ю. Альбицкий. М.: Союз педиатров России, 2012. 344 с. С.137-152.

41. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Предотвращение потерь здоровья детского населения – концептуальные подходы (очерк 9) / Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / В.Ю. Альбицкий. М.: Союз педиатров России, 2012. 344 с. С.105-116.

42. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения Вопросы современной педиатрии. 2010. № 5. С.8-12.

43. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению // Вопросы современной педиатрии. 2014. Том. 13, № 2. С.5-10.

44. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям // Российский

педиатрический журнал. 2013. № 3. С. 4-6.

45. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Социальные инициативы педиатров по защите интересов и прав детей: история и современность // Российский педиатрический журнал. 2013. № 6. С. 5-7.

46. Баранов А.А., Валиуллина С.А., Ваганов Н.Н., Карпухин Е.В. Основы оптимизации стационарной помощи детям // Вопросы современной педиатрии. 2006. № 3. С.6-8.

47. Баранов А.А., Ильин А.Г., Конова С.Р., Антонова Е.В. Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения // Вопросы современной педиатрии. 2009. № 4. С.3-5.

48. Баранов А.А., Кучма В.Р. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 1. С.10-11.

49. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей (новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях) / руководство для врачей. М., 2008. 424 с.

50. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. Профилактическая педиатрия — новые вызовы // Вопросы современной педиатрии. 2012. № 2. С.3-6.

51. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Сохранение и укрепление здоровья подростков - залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы) // Вестник Российской академии медицинских наук. 2014. № 5-6. С. 65-70.

52. Баранов А.А., Щербук Ю.А., Эрман Л.В., Симаходский А.С. Основные направления реструктуризации службы охраны здоровья матери и ребенка в мегаполисе // Вопросы современной педиатрии. 2008. № 3. С.6-8.

53. Баранов А.А., Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Антонова Е.В. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения - стратегия социальной педиатрии // Вопросы современной

педиатрии. 2008. Т. 7. № 4. С. 6-8.

54. Белявский А.Р., Малямова Л.Н., Ковтун О.П., Татарева С.В., Чередниченко А.М. Основные направления развития педиатрической службы в Свердловской области // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2011. Т. 1. № 33. С. 4-7.

55. Бердникова О.А. Формирование механизма управления модернизацией системы здравоохранения Республики Татарстан // Ученые записки Российской Академии предпринимательства. 2011. № 27. С. 132-136.

56. Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Салова М.Н. Реализация задач первичной профилактики в детской поликлинике // Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. № 4. С. 24-28.

57. Боброва И.Н., Перепелкина Н.Ю. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи, оказанной детям первого года жизни (на примере Оренбургской области) // Медицинский альманах. 2011. № 2. С. 28-30.

58. Боговиз А.В., Долгова И.В. Актуальные направления модернизации здравоохранения в Алтайском крае // Известия Алтайского государственного университета. 2011. № 2. С. 347-349.

59. Бородин Д.Ю. Мастерская стратегического планирования: методология и результат // Медицинские технологии: оценка и выбор. 2010. №1.С. 59-64.

60. Бородулина Т.В., Санникова Н.Е., Малямова Л.Н., Татарева С.В. Роль диспансеризации в оценке здоровья детей // Уральский медицинский журнал. 2011. № 7. С. 29-38.

61. Бравве Ю.И., Федорова Т.К., Песков С.А., Величкина Н.Н., Масленников А.Б. Основные направления деятельности государственного Новосибирского областного клинического диагностического центра в контексте модернизации здравоохранения // Социология медицины. 2011. № 2. С. 22-29.

62. Бурдейный Н.Н. Эффективность государственной социальной

политики в условиях модернизации (на примере системы здравоохранения) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. 2012. № 1. С. 59-65.

63. Валиева Б.И. Научное обоснование системы организации и обеспечения качества амбулаторно-поликлинической помощи детям раннего возраста, проживающим в сельской местности: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2006. 24 с.

64. Варавикова Е.А. Антикризисные стратегии в национальных системах здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №3 Том 15. URL: http://vestnik.mednet.ru/ (Дата обращения -10.12.2013) .

65. Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи - основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006. № 12. С. 3-7.

66. Васильева Т.П., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Чумаков А.С., Атрошенко И.Г., Астахов М.В. Модернизация здравоохранения и информационное обеспечение управления качеством регионализации перинатальной помощи в субъекте Российской Федерации // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1. С. 114-119.

67. Власова О.В., Двойнова Н.Ф. Анализ влияния табакокурения на развитие подростков в школьной среде // Интернет-журнал СахГУ: Наука, образование, общество. 2010. Т. 2010-11. № 02. С. 118-118.

68. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 2. С.17-25.

69. Волкова Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений // Журнал российского права. 2006. № 4. С. 54-61.

70. Воробьев П.А., Вялков А.И., Бальчевский В.В. Стандартизация в

здравоохранении на современном этапе // Проблемы стандартизации в здравоохранении 2007. № 8. С.3-9.

71. Всемирный банк: здравоохранение, питание и народонаселение, обзор деятельности. Годовой отчет, 2009 г. URL: http://siteresources.worldbank.org/EXTAR2009/Resources/ (дата обращения: 02.08.2012).

72. Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения. М. 2009. 326 с.

73. Вялков А.И., Гундиров И.А., Полесский В.А. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг // Проблемы управления здравоохранением. 2006. № 1. С. 5-9.

74. Вялков А.И., Полесский В.А., Мартынчик С.А. Ключевые стратегии ВОЗ по совершенствованию национальных систем здравоохранения // ГлавВрач. 2008. № 5. С. 10-25.

75. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю. Модернизация здравоохранения субъекта Российской Федерации как новый этап в повышении доступности и качества медицинской помощи населению // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1. С. 11-30.

76. Гапшина Л.А., Нестерченко Н.А., Саватьева Н.Г. Профилактика вредных привычек и приобщение школьников к здоровому образу жизни // Новые ценности образования. 2010. Т. 46. № 4. С. 179-182.

77. Герасименко Н.В. Проблемы законодательного обеспечения охраны здоровья детей // Права ребенка. 2001. № 1 (5). С. 15-17.

78. Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Григорьева И.Ю. Проблемы реализации государственной политики в области здравоохранения на региональном уровне // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Том I. Россия. Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. проф. Ю.Д.Сергеева. М.: НАМП, 2003. С.10.

79. Гильмиярова Ф.Н., Радомская В.М., Сидорова И.Ф., Гергель Н.И., Кизирова О.А. Модернизация здравоохранения: вклад кафедры клинической лабораторной диагностики в подготовку врача общей практики //

Клиническая лабораторная диагностика. 2006. № 9. С. 12.

80. Гильмундинов В.М. Состояние здоровья населения России и причины его ухудшения // ЭКО. 2009. №2. С. 125-143.

81. Глобальные рекомендации Всемирной организации здравоохранения по физической активности для здоровья. Рекомендации ВОЗ. 2010. 60 с.

82. Гончарова О.В., Соколовская Т.А., Луняшина М.В., Коротков Ю.А., Сковердяк Л.А., Овезов И.А. Первичный анализ деятельности центров здоровья для детей // Вопросы статистики. 2012. № 8. С. 70-74.

83. Горбанева В.В. Медико-демографические и социально-гигиенические аспекты реализации целевых комплексных программ по охране здоровья детского населения: автореф. дис. … канд. мед. наук. Рязань, 2008. 25с.

84. Грачева А.С. Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством здравоохранения // Вестник Рорсздравнадзора. 2010. № 5. С.16-21.

85. Гришин В.В. Реформа национальной системы здравоохранения // Здравоохранение. 2008. № 4. С. 139-144.

86. Губин В.Г. Здоровье населения и здравоохранение крупного города в период коренных социально-экономических реформ: автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб., 2005. 40 с.

87. Гуров А.Н., Веселова Т.Е., Огнева Е.Ю. Информационная система мониторинга качества и эффективности работы по реализации программы модернизации здравоохранения Московской области // Информационно-измерительные и управляющие системы. 2011. Т. 9. № 12. С. 45-49.

88. Даньшова С.С. Медико-социальные и организационно-управленческие аспекты оптимизации деятельности педиатрической службы территории (на примере Рязанской области): автореф. дис. … канд. мед. наук. Рязань, 2001. 25с.

89. Демографический ежегодник России. 2010: Стат. сб. Росстат. М., 2011. 557 с.

90. Демуров Т.М., Расторгуева Т.И. К вопросу об обеспечении социальной доступности медицинской помощи населению // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. 2005. №2. С. 101-104.

91. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 // Системы здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ. 2009. 205 с.

92. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева. ВОЗ 2008. URL: (http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html (дата обращения 10.08.2012).

93. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе. - ВОЗ, Копенгаген, 2007. 35 с.

94. Евдокимов В.И., Панфилова Л.Н. Формирование здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности: анализ инноваций в России (1995-2009 гг.) // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 1. С. 92-99.

95. Европейская база «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (БД – ЗДВ / HFA – DB).

96. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» / ВОЗ. Копенгаген, 2005. 23 с.

97. Заболев Ю. Модернизация здравоохранения в Республике Саха (Якутия) // Социальная политика и социальное партнерство. 2011. № 5. С. 52-54.

98. Заводнова О.С. Организация первичной медико-санитарной помощи детям // Вопросы современной педиатрии. 2006. № 5. С. 718.

99. Завьялова Г.Н. Опыт участия частного медицинского предприятия в реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области» // Бюллетень сибирской медицины. 2009. Т. 8. № 2. С. 131-134.

100. Захаров И А., Маврина Е. А., Трифонова Н. А., и соавт. Реформы

здравоохранения и подготовка руководящих кадров // Здравоохранение Российской Федерации. 2002. № 2. С.36-39.

101. Здравоохранение в России, 2011. Статистический сборник Росстат. М., 2011. 326 с.

102. Зимина Э.В. Модернизация здравоохранения и формирование управленческого потенциала отрасли // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1. С. 39-47.

103. Ибрагимов А.И. Дети и подростки, находящиеся в социальных приютах Республики Татарстан (результаты комплексного клинико-социального исследования): автореф. … д-ра мед. наук. Казань. 2007. 48 с.

104. Иваненко А.В., Волкова И.Ф., Корниенко А.П., Судакова Е.В., Козлова Е.В. Состояние здоровья детского и подросткового населения Москвы и его связь с социально-гигиеническими факторами // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 2. С.28-29.

105. Иванова А.А. Научное обоснование системы мер по формированию здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи: автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2013. 38 с.

106. Ивановская Т.В., Направникова В.В. Создание программы «формирование здорового образа жизни» как начальный этап оздоровления детей и подростков // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2010. № 3. С. 173-176.

107. Казарин Б.В. Здоровье населения и модернизация здравоохранения // Международный журнал экспериментального образования. 2011. № 3. С. 106-110.

108. Каргинов В.П., Кульчиев А.А., Слепушкин В.Д. Опыт работы районной больницы по развитию стационарзамещающих технологий в оказании медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. №5. С.54.

109. Карелина И.Л. Модернизация культуры управления медицинской

организации в контексте реформы здравоохранения: автореф. дис. … канд. соц. наук. Саратов, 2006. 24 с.

110. Карякин Н.Н., Донченко Е.В. Некоторые аспекты стандартизации в здравоохранении // Медицинский альманах. 2011. № 2. С.18-19.

111. Клюева Н.В., Перфилов В.П. Мотивация персонала государственных медицинских учреждений на этапе модернизации российского здравоохранения // Сборник научных трудов Sworld по материалам международной научно-практической конференции. 2011. Т. 14. С. 64-68.

112. Кобринский Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей с использованием современных компьютерных технологий: состояние и перспективы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2009. Т. 54. № 1. С. 6-11.

113. Кондракова Э.В. Стратегия сокращения предотвратимых потерь здоровья населения как целевая функция муниципальных органов управления / Под ред. акад. РАМН В.И. Стародубова. Краснодар: ООО «Кавказская типография». 2009. 420 с.

114. Коротков Ю.А., Чуднов В.П. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях // Главврач. 2010. № 3. С.25-51.

115. Корытцев М.А. Модернизация квазирыночной модели в системе отечественного здравоохранения // Известия Кабардино-Балкарского научного центра РАН. 2009. № 2. С. 77-83.

116. Косова С.А., Модестов А.А., Иванова А.А. Технология продвижения профилактических медицинских услуг детскому населению // Российский педиатрический журнал. 2011. №5. С. 49-51.

117. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). Москва: Федеральный фонд ОМС; 1998. 392 с.

118. Кравченко Н.А., Розанов В.Б. К методологии формирования

дифференцированных нормативов потребностей в объёмах стационарной медицинской помощи разным возрастным группам населения // Экономика здравоохранения. 2011. № 9-10. С.20-31.

119. Красавина Н.А. Состояние здоровья детей и пути совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи на региональном уровне: автореф. дис. … д-ра мед. наук. Пермь 2006. 23с.

120. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. ВОЗ. ЕРБ, Копенгаген, 2006. 32 с.

121. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // Проблемы управления здравоохранением. 2005. № 4. С. 5-10.

122. Кучеренко В.З., Татарников М.А., Шамшурина Н.П. Основные направления реформирования Российского здравоохранения на современном этапе // Экономика здравоохранения. 2005. №8 (96). С.11-19.

123. Кучма В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013. № 1 (3). С. 4-9.

124. Кучма В.Р. Проблемы медицинской профилактики в национальном проекте в сфере здравоохранения // Вопросы современной педиатрии. 2006. № 1. С.24-28.

125. Кучма В.Р. Современная модель деятельности медицинских организаций по профилактике заболеваний воспитанников и обучающихся, состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014. № 1. С. 4-10.

126. Кучма В.Р., Звездина И.В., Жигарева Н.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья младших школьников // Вопросы современной педиатрии. 2008. № 4. С.9-12.

127. Кучма В.Р., Макарова А.Ю., Рапопорт И.К. Медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях в Российской Федерации: проблемы и

пути решения // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 3. С. 4-9.

128. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Ибрагимова Е.М. Санитарно-эпидемиологическое благополучие и риски здоровью детей и подростков при обучении в образовательных учреждениях // Анализ риска здоровью. 2014. № 1. С. 65-73.

129. Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Модернизация разрешительной системы в регулировании гражданского оборота в здравоохранении // Главный врач: Хозяйство и право. 2010. № 5. С. 9-16.

130. Лапин Ю.Е. Правовые основы разработки государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2007. № 1. С.9-11.

131. Лапин Ю.Е. Теоретические основы законодательного обеспечения охраны здоровья детей // Российский педиатрический журнал. 2007. № 2. С. 56-59.

132. Лебедев А.А., Гончарова М.В., Серебрянский О.Ю., Лебедев Н.А. Инновации в управлении медицинскими организациями // Под редакцией проф. Лисицына Ю.П. М.: Литтера. 2010. 172 с.

133. Лебедев Г.С. Особенности модернизации информационной системы здравоохранения // Информационно-измерительные и управляющие системы. 2011. Т. 9. № 12. С. 5-10.

134. Леонов С.А., Матвеев Э.Н. Проблемы нормативной базы Программы государственных гарантий на современном этапе развития здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 3. С.14-16.

135. Лешкевич И.А. Научное обоснование медико-социальных и организационных основ совершенствования медицинской помощи детскому и подростковому населению г. Москвы в современных условиях: дис. д.м.н. в форме научного доклада. М., 2001. 76 с.

136. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. 544 с.

137. Лукъянцева Д.В. Стандартизация медицинских технологий // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2008. № 8. С.71-74.

138. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996. URL: http://www.euro.who.int (дата обращения 10.08.2012)

139. Лях О.А. Контроль за результативностью использования бюджетных средств на модернизацию здравоохранения // Вестник АКСОР. 2011. № 2. С. 81-84.

140. Макеев Н.И. Социально-гигиеническое исследование здоровье-сберегающего поведения подростков 15-17 лет: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.

141. Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М.: ПЕР СЭ. 2005. 240 с.

142. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. и др. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. М.:ПЕРСЭ, 2008. 367 с.

143. Мартынчик С.А., Соколова О.В., Филатенкова С.В. Индикаторы качества и эффективности расходов стационара в системе бюджетирования, ориентированного на результат // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 1. С.5-9.

144. Мартынчик С.А., Хомяков С.М. Роль стандартов в повышении эффективности бюджетных расходов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в условиях государственного заказа // Здравоохранение Российской Федерации. 2010. № 2. С. 3-6.

145. Матвеев Э.Н., Леонов С.А., Сон И.М. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. 2008. № 5. С.34-37.

146. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное

состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2004. 508 с.

147. Михайлова Ю.В., Еремичева Т.И. Программно-целевой метод – инструмент стратегического планирования в здравоохранении (Сб науч.трудов республиканской научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 28-30 мая 2002г.) – М.: ЦНИИОИЗ, 2002, С. 15-18.

148. Модернизация здравоохранения в Тюмени в свете информационных технологий // Врач и информационные технологии. 2011. № 6. С. 73-75.

149. Модернизация и развитие здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2008. № 5. С. 4-8.

150. Морева А.И. Доступность санаторно-оздоровительных услуг и модернизация системы здравоохранения // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. 2011. № 3. С. 80-84.

151. Морозов Ю.М., Оболенская Т.И., Кисленко А.М. Методика расчета стоимости лечения больных с использованием стандартного набора медико-экономических критериев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. № 9-10. С.23-29.

152. Муллина В.П., Богданова Т.Г., Герасимова Л.И. Особенности реализации региональной программы модернизации здравоохранения в части внедрения современных информационных систем // Здравоохранение Чувашии. 2011. № 4. С. 5-16.

153. Мунаев Р.В. Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф. дис. … канд. соц. наук. М., 2008. 24 с.

154. Назарова И.Б. Доступность системы здравоохранения (медицинской помощи) и самосохранительная активность граждан // Социология медицины. 2006. №2. С. 43-54.

155. Назарова И.Б. Причины изменения в состоянии здоровья жителей России за годы реформ (субъективная оценка) // Здравоохранение

Российской Федерации. 2006. №2. С. 25-27.

156. Намазова-Баранова Л.С., Кучма В.Р., Ильин А.Г., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации // Медицинский совет. 2014. № 1. С. 6-10.

157. Обзор актуальных нормативных документов // Менеджер здравоохранения. 2010. № 9. С. 83-96.

158. Обухова О.В. Международные статистические инструменты в оценке эффективности отечественной системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 2. URL: http://vestnik.mednet.ru/ (дата обращения 10.08.2013).

159. Орешин А.А., Куделина О.В., Хлынин С.М. Особенности регулирования рынка медицинских услуг Томской области в условиях модернизации системы здравоохранения // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2011. Т. 26. № 4-1. С. 179-182.

160. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2006. 134с.

161. Основные тенденции здоровья детского населения / под ред.А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. М.: Союз педиатров России, 2011. 116с.

162. Основные технологии здравоохранения (доклад Секретариата) / ВОЗ EB118/15 25 мая 2006 г.

163. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005г. Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7. ВОЗ. 2005. URL: http://www.cap.ru/home/11/43/27/a02.pdf (дата обращения: 02.08.2013).

164. Отдельнова В.К. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиеничеких исследованиях // ТР.МОЛГМИ: Комплексных социально-гигиеничекие и клиническо-статистические исследования: 1980. Т.1, Вып. 6. С. 18-22.

165. Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса:

Задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. EUR/RC59/7, Европейский региональный комитет. 59 сессия, Копенгаген, 14–17 сентября 2009 г. URL: http://www.euro.who.int/ (дата обращения: 04.08.2013).

166. Петров В.И., Мандриков В.Б., Ковалева М.Д. Кадровое обеспечение модернизации регионального здравоохранения - зона персональной ответственности учреждений высшего и дополнительного профессионального образования // Медицинский вестник Юга России. 2011. № 2. С. 11-14.

167. Пивень Д.В., Агапитов А.Е., Купцевич А.С. Об актуальных проблемах профилактической медицины / Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные пути решения. Под ред. В.И. Стародубова и Д.В. Пивеня. М.: ИД «Менеджер здравоохранения». 2007. С. 113.

168. Плутницкий А.Н. Научно-методическое обоснование определения приоритетных направлений развития здравоохранения территории: автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2014. 48 с.

169. Полесский В.А., Мартынчик С.А., Запорожченко В.Г., Мартынчик Е.А., Потемкин Е.Л. Мониторинг целевой профилактической программы: модель и целевые индикаторы измерения качества // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 9. С.10-18.

170. Полунина Н.В. Развитие системы охраны материнства и детства в России // Педиатрия : Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2006. №1. С. 110-112.

171. Портер М. Международная конкуренция (пер. с англ.). М.: Издательский дом "Вильямс". 2005. 608 с.

172. Порутчикова Ю.А. Некоторые особенности функционирования центров здоровья (на примере центра здоровья для детей при МЛПУЗ «Детская городская поликлиника №17 Ворошиловского района г. Ростова-на-Дону») // Медицинский вестник Юга России. 2011. № 4. С. 54.

173. Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Довгалевский П.Я.,

Шварц В.А. Современный взгляд на проблему управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2011. № 5-6. С.10-13

174. Потапов А.И., Новичкова Н.И., Чистякова Т.В., Пархоменко В.В. Профилактика и реабилитация - эффективные направления повышения уровня здоровья населения // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 1. С. 3-5.

175. Приказ Минздрава России № 154 от 05.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

176. Приказ Минздрава России №151 от 07.05.98 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».

177. Приказ Минздрава РСФСР от 28.03.1989 № 45 «О совершенствовании гигиенического воспитания населения РСФСР и пропаганды здорового образа жизни».

178. Приказ Минздрава РФ от 06.10.1997 № 295 "О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации".

179. Приказ Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

180. Приказ Минздравсоцразвития России от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации».

181. Приказ Минздравсоцразвития России от 21 марта 2003 г. № 114 «Об утверждении отраслевой программы "Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы».

182. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 сентября 2011 г. № 1074н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н».

183. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации / под ред.Т.В. Яковлевой, Ю.В. Альбицкого. М.: ООО «М-Студио», 2011. 216 с.

184. Программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. URL: http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/med-ins/5.

185. Подушкина И.В., Квасов С.Е., Костромичев А.В., Вавилычев А.С. Дорожные карты как элемент инновационного стратегического планирования повышения качества и доступности медицинской помощи // Медицинский альманах. 2014. № 2 (32). С.11-14.

186. Пузырев В.Г. Состояние и пути оптимизации профилактической работы с детьми первого года жизни в условиях поликлиники: автореф. дис. … канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2010. 24 с.

187. Реализация концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга в 2007 г. / Под ред. Ю.А. Щербука. СПб.: Эскулап, 2008. 128 с.

188. Рожкова Е.В. Качество медицинской услуги и его оценка // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 1. URL: http://vestnik.mednet.ru/ (дата обращения 10.08.2012).

189. Рослова З.А., Манькова Т.Ю., Ким А.В., Устинова Н.В. Опыт организации отделения медико-социальной помощи в детской поликлинике // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т. 12. № 1. С. 6-7.

190. Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./ Росстат. М., 2010. 813 с.

191. Садыков М.М. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям мегаполиса: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2008. 24 с.

192. Салахов Э.Р., Какорина Е.П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 12. С. 13-20.

193. Светличная Т.Г. , Цыганова О.А. Медико-социологический подход к

анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 3. URL: http://vestnik.mednet.ru (дата обращения 25.05. 2013).

194. Светличная Т.Г., Нестерова И.В. Факторы риска, обусловливающие состояние здоровья детского населения Архангельской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 1. С. 11-16.

195. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Зинькевич В.К. Структура удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью и факторы, ее определяющие // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. № 11-12. С.27-32.

196. Седых Н.В. Формирование основ здорового образа жизни детей дошкольного возраста средствами физического воспитания // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2010. № 4. С. 23-27.

197. Седых О.И., Фактор А.М. Формирования здорового образа жизни старшеклассников как педагогическая проблема // Культура физическая и здоровье. 2009. № 2. С.19-21.

198. Семенов В.М., Руголь Л.В., Матвеев Э.Н. Научно-методическое обоснование нуждаемости детского населения в стационарной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2010. № 10. С.29-40.

199. Сеченева Л.В. Региональные проблемы состояния здоровья детей дошкольного возраста (по результатам всероссийской диспансеризации 2002 г.) // Вестник Новгородского государственного университета. 2005. № 32. С. 23-25.

200. Сибурина Т.А. Целевые программы – инструмент государственного регулирования в здравоохранении. Учебно-методическое пособие. М., 2008. 132 с.

201. Сибурина Т.А., Аттаева Л.Ж. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе использования современных персонал –

технологий // Кремлевская медицина. Клинический вестник. М. 2009 №1. С. 25-29.

202. Сибурина Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 2. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/ view/278/30/lang,ru/ (дата обращения 30.01.2011).

203. Сибурина Т.А., Шестаков М.Г. Программно-целевое планирование в системе стратегического управления здравоохранением. (Сб.науч.трудов республиканской научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 28-30 мая 2002 г.) – М.: ЦНИИОИЗ, 2002, - С.18-20.

204. Служба раннего вмешательства, методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи / Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. М., 2007.

205. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения // ВОЗ. Копенгаген, 2008. 111с.

206. Скляр М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. М.: ЦНИИОИЗ, 2008. 192 с.

207. Сон И.М., Леонов С.А., Данилова Н.В., Мирсков Ю.А. Характеристика и объем основных трудовых ресурсов системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 3. URL: http://vestnik.mednet.ru/ (дата обращения 10.08.2012).

208. Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А., Погонин А.В. Оценка влияния модернизации здравоохранения на динамику заболеваемости взрослого населения страны. Менеджер здравоохранения. 2013. № 5. С. 6-17

209. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М., Леонов С.А., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Совершенствование нормативной базы программы

государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2010. № 1. С.9-19.

210. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. 2009. №2. С.11-16.

211. Старченко А.А. Модернизация здравоохранения: проблемы правоприменительной практики // Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 66-68.

212. Стратегическое руководство в интересах здоровья – путь к решению комплексных проблем здравоохранения в XXI веке. URL: http://www.euro.who.int/ru/ (дата обращения: 18.08.2012).

213. Судиловская Н.Н., Никульникова М.В. Формирование здорового образа жизни: профилактика наркомании у детей дошкольного и младшего школьного возраста // Современные наукоемкие технологии. 2010. № 7. С. 196-198.

214. Сухинин М.В., Терлецкая Р.Н., Землянова Е.В. Состояние здоровья детского населения мегаполиса в условиях модернизации здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения 2013. № 2. URL: http://vestnik.mednet.ru

215. Сухих Г.Т., Байбарина Е.Н., Шувалова М.П., Письменская Т.В. Российские тенденции снижения перинатальных потерь с учетом перехода на международные критерии регистрации рождения детей // Акушерство и гинекология. 2013. № 12. С. 79-85.

216. Тарасова М.А. Медико-социальные и организационные аспекты реализации территориальных программ по профилактике инфекций, передаваемых половым путем: автореф. дис. … канд. мед. наук. Рязань, 2005. С.24.

217. Терлецкая Р.Н., Винярская И.В., Зелинская Д.И., Модестов А.А.

Методы оценки и концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения. М.: ПедиатрЪ, 2013. 92 с.

218. Терлецкая Р.Н., Щербакова С.В. Проблемы и перспективы развития детских центров здоровья // Сб. мат. XVII съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2013. С.643.

219. Тимофеев Д.С. Медико-биологические основы модернизации здравоохранения на северо-востоке России (на примере Якутии) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 12. С. 36-37.

220. Тойке М.Р. Модернизация системы расчета зарплаты и управления персоналом в министерстве здравоохранения Великобритании (NATIONAL HEALTH SERVICE, NHS) // Врач и информационные технологии. 2008. № 2. С. 60-63.

221. Указа Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы"

222. Улумбекова Г.Э. Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для РФ. Уроки и рекомендации для России // Экономика здравоохранения. 2010. № 3. С. 30-34.

223. Улумбекова Г.Э. Научное обоснование стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года: автореф. дис ... канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.

224. Улумбекова Г.Э. Опыт государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 43-47.

225. Федеральная служба государственной статистики. База данных. Available at: http://www. gks.ru (дата обращения 30.08.2014).

226. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

227. Финансовый кризис и глобальное здравоохранение. Доклад

Консультации высокого уровня, Всемирная организация здравоохранения, Женева, 19 января 2009 года. Информационная записка 2009/1 URL: http://www.who.int/mediacentre/ (дата обращения: 06.08.2013).

228. Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Доклад о положении детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Москва, 2010.

229. Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации. Методические рекомендации. М., 2011. 27 с.

230. Хабаев С.Г. Бюджетирование, ориентированное на результат, в здравоохранении: автореф. дис.... д-ра экон. наук. М., 2010. 32 с.

231. Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем (доклад Секретариата) / ВОЗ EB117/INF.DOC/2 12 декабря 2005 г.

232. Цыганова О.А. Анализ удовлетворенности пациентов качеством стационарной медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2009. № 11-12. С.22-28.

233. Чвырева Н.В. К вопросу доступности амбулаторно-поликлинической помощи детям // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2010. № 2. С. 106-111.

234. Чернов С.Ю., Лавлинская Л.И., Батищева Г.А. Модернизация здравоохранения и оптимизация оказания лекарственной помощи населению Воронежской области // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10. № 4. С. 854-856.

235. Черноморец В.В. Качество оказания медицинской помощи детскому населению амбулаторно-поликлиническими учреждениями с различными механизмами управления и финансирования: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2007. 28 с.

236. Чертухина О.Б. Программно-целевое планирование как метод управления здоровьем населения // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. – № 4(11). –С.14-19.

237. Чеченин Г.И., Жилина Н.М., Боловнева О.В. К областной программе информатизации в здравоохранении // Успехи современного естествознания. 2008. № 1. С. 44-46.

238. Чичерин Л.П. Актуальные проблемы социальной педиатрии России // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. № 6. С. 13-17.

239. Чичерин Л.П. Проблемы общественного здравоохранения применительно к педиатрической службе // Общественное здоровье и здравоохранение. 2005. № 3-4. С. 4-10.

240. Чолоян С.Б. Современные подходы к реформированию системы оказания медицинской помощи детскому населению: автореф. дис. … д-ра мед. наук. СПб, 2005. 45 с.

241. Чумакова О.В. Совершенствование деятельности детских поликлиник в условиях реализации национального проекта «Здоровье» // Российский педиатрический журнал. 2008. № 6. С. 41-43.

242. Шахненко В., Шахненко В.И. Подготовка учащейся молодежи к ведению здорового образа жизни, созданию семьи и воспитанию детей на этих принципах как социально-педагогическая проблема // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2009. № 2. С. 155-158.

243. Штукерт А.Б. Модернизация муниципального здравоохранения // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2010. Т. 16. № 4. С. 364-367.

244. Шулаев А.В., Гайнутдинов А.Р. Эффективность внедрения информационных технологий в управлении педиатрической службой в условиях непрерывного повышения качества медицинской помощи // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7, № 3. С. 9-12.

245. Шулаев А.В., Гатауллина Г.С. Удовлетворенность родителей организацией лечения в детских поликлиниках мегаполиса в условиях модернизации муниципального здравоохранения // Здравоохранение

Российской Федерации. 2010. № 6. С. 41-45.

246. Щепин В.О. Структурно-функциональный анализ посещений населением Российской Федерации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 3. С. 11-14.

247. Щепин О.П., Трегубов Ю.Г., Асланян Э.А. Актуальные вопросы развития муниципального здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 4. С. 25-27.

248. Эртель Л.А., Байрамукова Л.С. Модернизация реформ отечественной системы здравоохранения // Бизнес в законе. 2010. № 4. С. 182-185.

249. Яковлева Т.В. Законодательное обеспечение охраны здоровья детей в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2010. № 2. С. 4-7.

250. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи // Вопросы современной педиатрии. 2009. № 2. С.3-7.

251. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Модестов А.А. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков в современных условиях // Российский педиатрический журнал. 2011. № 3. С. 37-39.

252. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Терлецкая Р.Н. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей и учащейся молодёжи // Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93. № 5. С. 792-795.

253. Яковлева Т.В., Менделевич Б.Д., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость детского населения психическими расстройствами и расстройствами поведения в Республике Татарстан // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2009. Выпуск 4. С.23-28.

254. Яковлева Т.В., Терлецкая Р.Н., Иванова А.Е., Семенова В.Г., Антонова Е.В. Медицинские и социальные вопросы смертности подростков в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. №5. С.7-10.

255. Acevedo-Garcia D., Osypuk T.L., McArdle N., Williams DR. Toward a policy-relevant analysis of geographic and racial/ethnic disparities in child health // Health Aff (Millwood). 2008. № 27(2). P.321-333.

256. Alekseeva E.G., Krasnopolskaya I., Skokova Yu., Kuchma V.R. Impact assessment of the dance4life programme in Russian schools // В книге: The 4Th european Conference on health promoting schools – Equity, Education and Health Abstracts. 2013. С. 217-219.

257. Amorim D.G., Adam T., Amaral J.J. et al. Integrated Management of Childhood Illness: efficiency of primary health in Northeast Brazil // Rev Saude Publica. 2008. № 42(2). P.183-190.

258. Aratani Y., Schwarz S.W., Skinner C. The economic impact of adolescent health promotion policies and programs // Adolesc Med State Art Rev. 2011. № 22(3). P.367-386.

259. Baker A.D., Gilley J., James J., Kimani M. "High five to healthy living": a health intervention program for youth at an inner city community center // J Community Health. 2012. № 37(1). P.1-9.

260. Balabanova D., McKee M., Pomerleau J., Rose R., Haerpfer C. Health service utilization in the former soviet union: evidence from eight countries // Health Serv Res. 2004. № 39(6 Pt 2). P.1927-1950.

261. Balabanova D., Roberts B., Richardson E., Haerpfer C., McKee M. Health care reform in the former Soviet Union: beyond the transition // Health Serv Res. 2012. № 47(2). P.840-864.

262. Baranov A.A., Albitsky V.U., Terletskaja R.N., Antonova E.V. Children's invalidity in Russian Faderation // 4th Europediatrics. M., 2009. C.52.

263. Bednarz D. The economic crisis impacts on public health. Health after Oil, March 13, 2010.Paper delivered at the Health after Oil conference, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, March 12, 2010. URL: http://healthafteroil.wordpress.com/2009/03/18/the-economic-crisis-impacts-on-public-health/ (дата обращения 02.09.2012).

264. Berry M.D. Medicaid eligibility // Issue Brief Health Policy Track Serv. 2008. N 7. P.1-28.

265. Bramlett M.D., Read D., Bethell C., Blumberg S.J. Differentiating Subgroups of Children with Special Health Care Needs by Health Status and Complexity of Health Care Needs // Matern. Child Health J. 2008. Apr 2.

266. Brinkerhoff D.W. Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy relevance // Health Policy and Planning, 200419(6):371–379.

267. Buschman N.A., Foster G., Vickers P. Child Care Health Dev. 2001. № 27. P.163-234.

268. Capacci S., Mazzocchi M., Shankar B. et al. Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness // Nutr Rev. 2012. № 70(3). P.188-200.

269. Carle A.C. Reaching kids: partnering with preschools and schools to improve children's Health// Issue brief (Grantmakers Health). 2009. V35. P.l-41.

270. Chang S., Gunnell D., Sterne J., Lu T., Cheng A. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand Social Science & Medicine. 2009. V. 7, P.1322-1331.

271. Chubarovsky V.V., Katenko S.V., Kuchma V.R. The dynamics of the prevalence of neurotic disorders in medical students during the training // В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 14-15.

272. Coker R., Atun R., McKee M. Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. 2009. 174 с.

273. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 URL: http://whqlibdoc.who.int/euro/ (дата обращения 05.08.2012).

274. Davies N. Healthier lifestyles: behaviour change // Nurs Times. 2011. № Jun

107(23). P.20-23.

275. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle // Nurs Stand. 2011. № 25(19). P.43-49.

276. Davis C. Reforms and performance in medical systems in the transitional states of the former Soviet Union and eastern Europe // International Social Security Review, 2001. 54(2–3):7–56.

277. De Onis M. WHO child Growth Standards // Acta paediatrica. 2006.Suppl. 450. V. 95.

278. Dolgintsev V.I. Модернизация системы здравоохранения России и Тюменского региона: проблемы и пути решения // Медицинская наука и образование Урала. 2011. Т. 12. № 3-2. С. 50-53.

279. Dreyhaupt J., Koch B., Wirt T., Schreiber A. Evaluation of a health promotion program in children: Study protocol and design of the cluster-randomized Baden-Wuerttemberg primary school study [DRKS-ID: DRKS00000494] // BMC Public Health. 2012. № Mar 6(1). P.157.

280. Drygas W., Ruszkowska J., Philpott M. et al. Good practices and health policy analysis in European sports stadia: results from the 'Healthy Stadia' project // Health Promot Int. 2011. Dec 2.

281. Duke T., La Vincente S., Subhi R.E. et al. Global initiatives for improving hospital care for children: state of the art and future prospects // Pediatrics. 2008. № 4. P.984-992.

282. Emanuel E.J. Where are the health care cost savings? // JAMA. 2012. № 307(1). P.39-40.

283. Fidler A.H. et al. Incorporation of public hospitals: a “silver bullet” against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia // Health Policy, 2006. № 81(2–3). P.328–338.

284. Gaal P., McKee M. Informal payment for health care and the theory of ‘inxit’. International Journal of Health Planning and Management, 2004. № 19. P.163–178.

285. Guralnick M.J. Preventive interventions for preterm children: effectiveness and developmental mechanisms // J Dev Behav Pediatr. 2012. № 33(4). P.352-364.

286. Gwatkin D.R., Rutstein S., Johnson K., Pande R.P., Wagstaff A. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population. Bulletin of the World Health Organization. 2000. № 78(6). P.717-731.

287. Halfon N., Russ S., Oberklaid F., Bertrand J., Eisenstadt N. An international comparison of early childhood initiatives: from services to systems// J Dev Behav Pediatr. 2009. V.30. №5. P.471-473.

288. Hall D.M.B., Ellman D. Health for all children. Oxford, 2006.

289. Hallström L., Vereecken C.A., Ruiz J.R. et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study // Appetite. 2011. № 56(3). P.649-657.

290. Halterman J.S., Fagnano M., Montes G., Fisher S., Tremblay P., Tajon R., Sauer J., Butz A. The School-Based Preventive Asthma Care Trial: Results of a Pilot Study // J Pediatr. 2012. Jul 10.

291. Halterman J.S., Sauer J., Fagnano M., Montes G., Fisher S., Tremblay P., Tajon R., Butz A. Working toward a sustainable system of asthma care: development of the School-Based Preventive Asthma Care Technology (SB-PACT) trial // J Asthma. 2012. № 49(4). P.395-400.

292. Hambidge S.J., Phibbs S.L., Chandramouli V., Fairclough D., Steiner I.F. A stepped intervention increases well-child care and immunization rates in a disadvantaged population // Pediatrics. 2009. V.124. №2. P.455-464.

293. Hemingway A., Cowdell F. Using practice development methodology to develop children's centre teams: ideas for the future // Perspect Public Health. 2009. № 129(5). P.234-238.

294. Hensher M., Edwards N., Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care // British Medical Journal. 1999. № 319. P.845-848.

295. Hopkins S. Economic stability and health status: Evidence from East Asia

before and after the 1990s economic crisis // Health Policy. 2006. V. 75, № 3. P. 347-357.

296. Hines A., Bishop P. Thinking about the Future, Guidelines for Strategic Foresight. USA. 2007.

297. Jacobson D., Melnyk B.M. Psychosocial correlates of healthy beliefs, choices, and behaviors in overweight and obese school-age children: a primary care healthy choices intervention pilot study // J Pediatr Nurs. 2011. № 26(5). P.456-464.

298. Jennings M. The role of managed care in integrated delivery networks. Journal of Ambulatory Care Management. Aspen Publishers. 1994. January. V. 17. №1. P. 39-47.

299. Jones C.P., Jones C.Y., Perry G.S., Barclay G., Jones C.A. Addressing the social determinants of children's health: a cliff analogy // J Health Care Poor Underserved. 2009. V.20.№6. P. 1-12.

300. Kane D.J., Kasehagen L., Punyko J., Penziner A., Thorson S. What factors are associated with state performance on provision of transition services to CSHCN?// Pediatrics. 2009. V.124. №4. P.375-383.

301. Kharbanda E.O., Levine S.B., Burstein G.R. Delivering adolescent preventive services in an office setting // Adolesc Med State Art Rev. 2011. № 22(3). P.482-497.

302. Kim H., Song Y., Chung W., Nam C., Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea // Annals of Epidemiology. 2004.V. 14, № 6. P. 442-446.

303. Kornai J., McHale J. Is post-communist health spending unusual? A comparison with established market economies // Economics of Transition, 2000. № 8. P. 369–399.

304. Krug I., Penelo E., Fernandez-Aranda F. et al. Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: A multi-centre European case control study // J Health Psychol. 2012. Apr 5.

305. Kuchma V.R. Interests of children in Russian state policy // В книге: The 4Th european Conference on health promoting schools – Equity, Education and Health Abstracts. 2013. С. 267-268.

306. Kuchma V.R. National strategy in interests of children in Russia // В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 14.

307. Kuchma V.R., Briko N.I., Shubochkina E.I., Omariev Z. Group infectious morbidity among pupils // В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 13-14.

308. Kuchma V.R., Chubarovsky V.V., Rapoport I.K. Health schools and features of psychosocial adaptation in adolescents // В книге: The 4Th european Conference on health promoting schools – Equity, Education and Health Abstracts. 2013. С. 100-101.

309. Kuchma V.R., Skoblina N.A., Bokareva N.A., Milushkina O.Yu. Modern students in megapolis: morphofunctional features and lifestyle // В книге: The 4Th european Conference on health promoting schools – Equity, Education and Health Abstracts. 2013. С. 269-270.

310. Kuchma V.R., Teksheva L.M., Vyatleva O.A., Kurgansky A.M. Scientific evidence of using e-readers devices by students // В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 15.

311. Kunitz S. The making and breaking of Yugoslavia and its impact on health // American Journal of Public Health, 2004. № 94(11). P.1894–1904.

312. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements // Health Policy, 2001. № 56. P.171–204.

313. Liou Y.M., Chen M.Y. Community health care trends for the coming decade: advantages and opportunities for nurses // Hu Li Za Zhi. 2012. № 59(2). P.5-10.

314. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico // Social Policy and Administration, 2006. № 40(4). P.353–368.

315. Lu C. Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. Bulletin of the World Health Organization, 2009. 87:238–244.

316. Maier C.B., Martin-Moreno J.M. Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states // Health Policy. 2011. № 102(1). P.18-25.

317. Mastilica M., Kušec S. Croatian health care system in transition, from the perspective of users // BMJ. 2005. № 331. P.223–226.

318. Mathers C.D., Sadana R., Salomon J.A. et al. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999 // Lancet. 2001. № 357(9269). P.1685-1691.

319. Mathers C.D., Vos T., Lopez A.D., Ezzati M. National Burden of Disease Studies: A Practical Guide. Edition 1.0. Geneva, World Health Organization, Global Program on Evidence for Health Policy. 2001.

320. Mazzuco S., Suhrcke M. Health inequalities in Europe: new insights from European Labour Force Surveys // J Epidemiol Community Health. 2011. № 65(9). P.757-763.

321. McCarthy G.J. Involving physicians in TOM. To gain physician support for quality management, hospital administrators must treat physicians as customers // Health Progr. 1993. № 74(10). P.33-35.

322. McCormick M.C. Issues in measuring child health // Ambul. Pediatr. 2008. № 8(2). P.77-84.

323. McDonough S., Engel L. Promoting health: Using NDEP's Support for Behavior Change Resource to help kids learn healthy habits // NASN Sch Nurse. 2011. № 26(2). P.87-88.

324. McPake B., Kumaranayake L., Normand C. Health economics. An international perspective. London: Routledge, 2002. 84 p.

325. Melnyk B.M., Grossman D.C., Chou R., Mabry-Hernandez I., Nicholson W., Dewitt T.G., Cantu A.G., Flores G. USPSTF Perspective on Evidence-Based Preventive Recommendations for Children // Pediatrics. 2012. № 130(2). P.e399-

e407.

326. Mendelevich B.D., Terletskaja R.N. Children mental and behaviour disorders // 4th Europediatrics. M., 2009. C.418.

327. Merrick J., Curmeli E. A Review On The Prevalence of Disabilities In Children // The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology. 2003. № 3.

328. Mock C., Abantanga F., Goosen J., Joshipura M., Juillard C. Strengthening care of injured children globally // Bull World Health Organ. 2009. № 87(5). P.382-389.

329. Monsen R.B. Kids and health care reform // J Pediatr Nurs. 2010 . V.25. №1. P.57.

330. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Европейское региональное бюро ВОЗ. Изд-во "Весь Мир". 2002. 333 с.

331. Murray C.J., Frenk J. A framework for assessing the performance of health system // Bulletin of the World Health Organization. 2000. Vol. 78, № 6. P. 717-731.

332. Murray D. The Massachusetts health plan, individual mandates, and the neutrality of the liberal state // J Med Philos. 2011. № 36(5). P.466-483.

333. Nagel K., Robinson S.J., Rosenbaum P. Pediatric healthcare quality: A novel approach to lifelong child health research // J Healthc. Qual. 2008. № 30(2). P.31-36.

334. Nolte E., McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008. 259 p.

335. Obot I.S., Wagner F.A., Anthony J.C. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiologic survey // Drug Alcohol Depend. 2001. № 65(l). P.l-8.

336. O'Connor K.S., Bramlett M.D. Vaccination coverage by special health care

needs status in young children // Pediatrics. 2008. № 121(4). P.768-774.

337. Oftedahl E., Benedict R., Katcher M.L. National survey of children with special health care needs: Wisconsin-specific data // W.M.J. 2004. Vol. 103, N 5. P.88-90.

338. Perry R.C., Kayekjian K.C., Braun R.A., Cantu M., Sheoran B., Chung P.J. Adolescents' perspectives on the use of a text messaging service for preventive sexual health promotion // J Adolesc Health. 2012. № 51(3). P.220-225.

339. Pradhan M., Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. Health Economics, 2002. № 11. P.431–446.

340. Redmond G., Spooner C. Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: proximal and distal causes and implications for policy // Int J Drug Policy. 2009. № 20(1). P.38-47.

341. Revised Global Burden of Disease 2002 estimates [веб-сайт]. Geneva, World Health Organization. 2002.

342. Rhoades E., McCaffree M.A., Dunlap M. et al. The Oklahoma Children's Health Plan: keeping kids healthy // J Okla State Med Assoc. 2011. № 104(7-8). P.297-300.

343. Riethmuller A.M., Jones R., Okely A.D. Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review // Pediatrics. 2009. V.124. №4. P.782-792.

344. Roberts B., Gilmore A., Stickley A., Rotman D., Prohoda V., Haerpfer C., McKee M. Changes in smoking prevalence in 8 countries of the former Soviet Union between 2001 and 2010 // Am J Public Health. 2012. № 7. P.1320-1328.

345. Roberts B., Stickley A., Balabanova D., Haerpfer C., McKee M. The persistence of irregular treatment of hypertension in the former Soviet Union // J Epidemiol Community Health. 2012. № 66(6). P.482-488.

346. Roberts B., Stickley A., Gasparishvili A., Haerpfer C., McKee M. Changes in household access to water in countries of the former Soviet Union // J Public Health (Oxf). 2012. Jan 20.

347. Roberts B., Stickley A., Gilmore A.B., Danishevski K., Kizilova K., Bryden A., Rotman D., Haerpfer C., McKee M. Knowledge of the health impacts of smoking and public attitudes towards tobacco control in the former Soviet Union // Tob Control. 2012. Jun 15.

348. Roberts I. Death on the road to international development // British Medical Journal. 2005. N 330. P.972-973.

349. Rosen L.D. Integrative pediatrics: the future is now// Altern Ther Health Med. 2009. V.15. №5. P.12-14.

350. Rout N., Parveen S., Chattopadhyay D., Kishore M.T. Risk factors of hearing impairment in Indian children: a retrospective case-file study // Int J Rehabil Res. 2008. № 31(4). P.293-296.

351. Sandell J.M., Maconochie I.K., Jewkes F. Prehospital paediatric emergency care: paediatric triage // Emerg Med J. 2009. V.26. №11. P.767-768.

352. Savedoff W.D. Is there a case for social insurance? Health Policy and Planning, 2004. № 19(3). P.183–184.

353. Saxe J.S. Promoting healthy lifestyles and decreasing childhood obesity: increasing physician effectiveness through advocacy // Ann Fam Med. 2011. № 9(6). P.546-548.

354. Scaglioni S., Arrizza C., Vecchi F., Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior // Am J Clin Nutr. 2011. № 94(6 Suppl). P.2006S-2011S.

355. Shibuya K., Scheele S., Boerma T. Health statistics: time to get serious // Bulletin of the World Health Organization. 2005. V. 83 (10).

356. Singh D. How can chronic disease management programmers operate across care settings and providers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.

357. Solh Z., Adamo K.B., Platt J.L. et al. Practising what we preach: A look at healthy active living policy and practice in Canadian paediatric hospitals // Paediatr Child Health. 2010. № 15(10). P.e42-48.

358. Srivastava N.M., Awasthi S., Mishra R. Neonatal Morbidity and Care-seeking Behavior in Urban Lucknow // Indian Pediatr. 2008. № 45(3). P.229-232.

359. Stephenson T. Improving patient safety in paediatrics and child health // Arch. Dis. Child. 2008. Apr 1.

360. Stille C.J. Communication, comanagement, and collaborative care for children and youth with special healthcare needs // Pediatr Ann. 2009. V.38. №9. P.498-504.

361. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M.The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis // The Lancet. 2009. V. 374, P.315-323.

362. Sule S.S., Ijadunola K.T., Onayade A.A. et al. Utilization of primary health care facilities: lessons from a rural community in southwest Nigeria // Niger J Med. 2008. № 17(1). P.98-106.

363. Tahirović E., Begić H., Sutović A., Tahirović H. Impact of the family socioeconomic status on health related quality of life in children operated on for congenital heart defects // Acta Med Croatica. 2010. № 1. P.9-16.

364. Tanaka N., Miyoshi M. School lunch program for health promotion among children in Japan // Asia Pac J Clin Nutr. 2012. № 21(1). P.155-158.

365. Tandon P., Sparkes S., Gupta V., Berman V. Protecting Pro-Poor Health Services during Financial Crises Lessons from Experience/ Working Paper, the World Bank, April 2009. URL: http://siteresources.worldbank.org/ (дата обращения 02.09.2012).

366. Tang H.N., Chong W.H., Goh W., Chan W.P., Choo S. Evaluation of family-centred practices in the early intervention programmes for infants and young children in Singapore with Measure of Processes of Care for Service Providers and Measure of Beliefs about Participation in Family-Centred Service // Child Care Health Dev. 2012. № 38(1). P.54-60.

367. Taylor A., Wilson C., Slater A., Mohr P. Parent- and child-reported parenting. Associations with child weight-related outcomes // Appetite. 2011. № 57(3). P.700-706.

368. Terletskaja R.N., Zelinskaja D.I. Evaluation of avoidable losses of children's

health // 4th Europediatrics. M., 2009. C.645.

369. The development of mass physical culture and sports in the constituent entities of the Russian Federation as a factor of formation of the healthy life style // Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult. 2011. № 6. P.49-50.

370. The Global Burden of Disease. 2004 update. WHO. Library Cataloguing-in-Publication Data. 2008. 160p.

371. Tiffany S. Access to health insurance. Year end issue brief // Issue Brief Health Policy Track Serv. 2008. N 7. P.1-33.

372. Tremblay M.S., LeBlanc A.G., Kho M.E. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth // Int J Behav Nutr Phys Act. 2011. № Sep 21. P.98.

373. Tucker S., Lanningham-Foster L. A school based community partnership for promoting healthy habits for life // J Community Health. 2011. № 36(3). P.414-422.

374. Wagstaff A., van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998 // Health Economics, 2003.12:921–934.

375. Wasserman D., Carli V., Wasserman C., Apter A, Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial // BMC Public Health. 2010. № Apr 13. P.192.

376. Willcox S., Lewis G., Burgers J. Issues in international health policy: strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands // Issue Brief (Commonw Fund). 2011. № 27. P.1-19.

377. Winterfeld A. Healthy communities: new opportunities for promoting health // NCSL Legisbrief. 2010. № 18(32). P.1-2.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1

Заболеваемость новорожденных по основным причинам в РТ

(на 1000 родившихся живыми)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Все причины	637,8	687,5	612,7	512,7	440,5	-30,9
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	1,96	0,59	0,82	0,48	0,33	-83,2
Врожденные аномалии	19,7	30,8	18,8	20,5	17,6	-10,7
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, в т.ч	610,0	654,7	586,0	488,6	421,6	-30,9
- внутричерепная и другая родовая травма	126,1	98,3	76,0	46,0	26,7	-78,8
- асфиксия и гипоксия	120,3	145,0	127,9	100,9	79,6	-33,8
- синдром респираторных расстройств	47,6	54,7	51,6	46,4	46,2	-2,9
- сепсис новорожденных	0,14	16,3	12,7	11,1	12,6	-22,4
- гемолитическая болезнь	9,0	8,13	10,2	9,5	6,8	-24,6
- неонатальная желтуха	-	124,0	113,6	110,1	79,6	35,8

Таблица 2

Заболеваемость детей первого года жизни по причинам в РТ

(на 1000 детей, достигших одного года жизни)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	2284,7	2199,9	2231,7	2186,6	2136,7	-6,5
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	60,7	44,7	45,5	38,0	35,9	-40,9
в том числе кишечные инфекции	26,8	19,5	23,3	19,4	16,4	-38,8
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения,	170,3	149,8	146,8	152,1	149,1	-12,4

вовлекающие иммунные механизмы						
в том числе анемии	166,2	145,0	140,3	148,2	139,0	-16,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	57,9	34,2	26,5	31,3	36,0	-37,8
в том числе рахит	20,1	12,9	7,5	5,5	2,6	-87,1
Болезни нервной системы	199,5	115,7	125,3	96,4	75,1	-62,4
в том числе детский церебральный паралич	0,5	1,5	2,02	1,23	1,64	228,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	42,5	51,6	58,1	56,7	56,9	33,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	31,8	24,9	22,7	21,0	20,2	-36,5
Болезни органов дыхания	1033,0	954,2	974,1	970,5	970,1	-6,1
в том числе ОРЗ, грипп и пневмонии.	907,9	844,9	822,8	876,5	890,8	-1,9
Болезни органов пищеварения	81,6	98,9	90,7	81,7	74,9	-8,2
Болезни мочеполовой системы	24,9	38,3	39,1	36,1	31,9	28,1
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	423,0	557,9	524,7	518,8	502,3	18,7
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	29,5	37,8	42,2	35,5	33,4	13,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10,8	12,0	11,9	9,4	10,1	-6,5
Прочие болезни	119,2	79,8	124,0	139,2	140,7	18,0

Таблица 3

Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в РТ

(на 1000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	1 247,1	1620,0	1669,5	1848,0	1905,3	52,8

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	91,6	70,8	85,4	75,2	86,1	-6,0
Новообразования	2,0	3,0	3,0	3,0	4,3	115,0
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	14,5	23,2	24,9	24,4	27,3	88,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	11,5	21,5	16,8	13,1	16,2	40,9
Психические расстройства	4,4	3,5	3,8	3,7	4,0	-9,1
Болезни нервной системы	37,4	31,4	40,4	39,4	30,4	-18,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	44,6	50,5	46,9	48,3	51,5	15,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	38,8	43,1	46,8	57,7	57,9	49,2
Болезни системы кровообращения	10,5	17,8	15,2	13,7	17,3	64,8
Болезни органов дыхания	701,6	880,2	900,3	1092,1	1109,1	58,1
Болезни органов пищеварения	45,0	77,4	82,3	77,0	78,8	75,1
Болезни кожи и подкожной системы	54,2	80,6	85,5	99,5	105,8	95,2
Болезни костно-мышечной системы	22,9	39,9	42,5	38,7	41,3	80,3
Болезни мочеполовой системы	21,4	32,3	35,3	33,1	38,2	78,5
Осложнения беременности и родов	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	200,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	623,2	672,8	654,9	623,9	559,3	-10,3
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	5,2	11,0	8,9	8,7	12,2	134,6
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	12,8	74,5	74,2	58,2	63,1	393,0

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	97,9	117,1	109,2	113,0	115,2	17,7

Таблица 4

Общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	1 682,0	2 147,9	2 205,9	2 354,9	2 384,0	41,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	97,3	75,7	90,4	80,1	90,3	-7,2
Новообразования	5,1	6,7	7,1	6,4	7,9	54,9
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	27,5	39,0	41,9	41,3	45,3	64,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	35,4	45,7	48,8	47,6	40,4	14,1
Психические расстройства	26,2	23,2	22,5	23,2	22,9	-12,6
Болезни нервной системы	97,6	77,6	84,5	83,6	76,9	-21,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	97,3	106,6	104,6	103,8	104,2	7,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	49,7	50,1	54,2	62,4	62,7	26,2
Болезни системы кровообращения	34,2	51,6	47,9	45,7	46,4	35,7
Болезни органов дыхания	756,7	947,8	967,6	1 152,9	1 169,1	54,5
Болезни органов пищеварения	115,3	164,2	167,0	154,8	147,8	28,2
Болезни кожи и подкожной системы	68,6	99,9	105,8	117,3	122,0	77,8
Болезни костно-мышечной системы	45,9	84,2	87,1	74,7	74,1	61,4
Болезни мочеполовой системы	63,8	80,0	80,4	73,4	79,2	24,1
Осложнения беременности и родов	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	50,0

Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	623,2	672,8	654,9	620,8	559,3	-10,3
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	20,2	32,1	33,1	31,1	31,7	56,9
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	12,8	104,1	105,7	94,3	101,2	690,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	98,0	117,1	109,2	113,0	115,2	17,6

Таблица 5

Первичная заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в РТ

(на 1000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	847,0	1178,4	1246,6	1434,0	1468,1	73,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	37,6	36,1	40,2	40,7	36,7	-2,4
Новообразования	1,8	2,5	2,3	3,2	3,7	105,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	6,7	10,0	10,2	11,6	11,0	64,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	18,4	23,7	30,1	36,1	24,2	31,5
Психические расстройства	7,7	5,7	5,0	4,0	3,9	-49,4
Болезни нервной системы	31,9	29,5	42,6	43,6	38,2	19,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	41,0	48,9	46,2	47,4	51,3	25,1
Болезни уха и	23,8	26,4	25,0	32,7	33,6	41,2

сосцевидного отростка						
Болезни системы кровообращения	19,7	25,0	22,9	28,3	32,8	66,5
Болезни органов дыхания	369,6	490,3	519,1	625,6	645,6	74,7
Болезни органов пищеварения	42,7	56,2	58,9	75,2	69,9	63,7
Болезни кожи и подкожной системы	49,2	72,1	82,0	81,9	82,4	67,5
Болезни костно-мышечной системы	37,0	48,6	54,6	71,5	72,9	97,0
Болезни мочеполовой системы	40,4	79,9	68,9	72,6	82,7	104,7
Осложнения беременности и родов	6,7	17,0	15,8	8,2	7,8	16,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2,7	6,2	5,9	6,0	4,5	66,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	9,0	58,1	62,3	65,5	62,5	594,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	104,7	150,7	162,6	180,0	208,4	99,0

Таблица 6

Общая заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в РТ

(на 1000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	1 468,1	1980,3	2120,8	2366,9	2389,4	62,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	46,0	42,6	46,4	45,4	42,9	-6,7
Новообразования	4,0	6,0	5,2	6,0	7,4	85,0
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения,	13,9	19,9	21,4	23,7	21,7	56,1

вовлекающие иммунные механизмы						
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	61,6	80,3	99,7	111,3	106,6	73,1
Психические расстройства	33,6	32,3	36,8	33,8	31,9	-5,1
Болезни нервной системы	99,0	90,5	111,1	129,3	118,9	20,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	149,8	169,4	162,4	181,8	191,8	28,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	36,8	35,1	35,1	44,1	42,7	16,0
Болезни системы кровообращения	58,5	79,7	80,3	93,7	92,7	58,5
Болезни органов дыхания	433,9	562,3	609,9	706,9	716,8	65,2
Болезни органов пищеварения	148,3	202,2	216,7	237,2	218,1	47,1
Болезни кожи и подкожной системы	64,6	91,5	103,2	102,6	102,1	58,0
Болезни костно-мышечной системы	92,3	133,7	146,9	175,5	170,1	84,3
Болезни мочеполовой системы	94,3	157,2	142,4	149,8	163,5	73,4
Осложнения беременности и родов	6,7	17,0	15,8	8,2	7,8	16,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	14,3	22,4	26,4	28,4	22,3	55,9
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	9,0	96,1	106,5	109,4	127,9	1321,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	104,9	150,7	162,6	180,0	208,4	98,7

Таблица 7

Возрастная динамика первичной и общей заболеваемости детей по основным классам болезней в РТ, 2012 г. (на 1000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Первичная заболеваемость		Общая заболеваемость	
	0-14 лет	15-17 лет	0-14 лет	15-17 лет
Всего	1905,3	1468,1	2 384,0	2389,4
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	86,1	36,7	90,3	42,9
Новообразования	4,3	3,7	7,9	7,4
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	27,3	11,0	45,3	21,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	16,2	**24,2**	40,4	**106,6**
Психические расстройства	4,0	3,9	22,9	**31,9**
Болезни нервной системы	30,4	**38,2**	76,9	**118,9**
Болезни глаза и его придаточного аппарата	51,5	51,3	104,2	**191,8**
Болезни уха и сосцевидного отростка	57,9	33,6	62,7	42,7
Болезни системы кровообращения	17,3	**32,8**	46,4	**92,7**
Болезни органов дыхания	1109,1	645,6	1 169,1	716,8
Болезни органов пищеварения	78,8	69,9	147,8	**218,1**
Болезни кожи и подкожной системы	105,8	82,4	122,0	102,1
Болезни костно-мышечной системы	41,3	**72,9**	74,1	**170,1**
Болезни мочеполовой системы	38,2	**82,7**	79,2	**163,5**
Осложнения беременности и родов	0,3	**7,8**	0,3	**7,8**
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	559,3	-	559,3	-
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные	12,2	4,5	31,7	22,3

нарушения				
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	63,1	62,5	101,2	**127,9**
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	115,2	**208,4**	115,2	**208,4**

Таблица 8

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по данным официальной статистической отчетности (2012 г.), электронных баз ЛПУ (2010-2012 гг.) и углубленных медицинских осмотров (2013 г.) (на 1000 населения)

Классы болезней по МКБ-10	Данные официальной статистики		Данные электронных баз ЛПУ		Общая накопленная заболеваемость	Исчерпанная заболеваемость
	общая	первичная	общая	первичная		
Всего	1905,3	2384,0	1876,2	2347,6	3901,3	4545,8
Инфекционные и паразитарные болезни	86,1	90,3	84,8	88,9	147,5	148,23
Новообразования	4,3	7,9	4,2	7,7	22,20	27,0
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	27,3	45,3	26,9	44,6	96,2	113,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	16,2	40,4	16,0	39,7	51,2	76,4
Психические расстройства	4,0	22,9	3,9	22,6	24,3	27,7
Болезни нервной системы	30,4	76,9	30,0	75,7	271,6	334,9
Болезни глаза и его придатков	51,5	104,2	50,7	102,6	236,1	296,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	57,9	62,7	57,0	61,7	129,6	141,8
Болезни системы кровообращения	17,3	46,4	17,0	45,7	53,9	86,1

Болезни органов дыхания	1109,1	1169,1	1092,1	1151,3	1666,7	1758,9
Болезни органов пищеварения	78,8	147,8	77,6	145,5	310,5	410,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	105,8	122,0	104,2	120,1	183,6	219,3
Болезни костно-мышечной системы	41,3	74,1	40,6	73,0	138,4	208,9
Болезни мочеполовой системы	38,2	79,2	37,6	78,0	162,4	190,7
Беременность, роды и послеродовой период	0,3	0,3	0,3	0,3	1,4	2,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	559,3	559,3	535,0	535,0	1070,2	1128,6
Симптомы, признаки и отклоне-ния от нормы, не классифициро-ванные в других рубриках	12,2	31,7	12,0	31,2	96,7	143,7
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	63,1	101,2	62,1	99,7	106,1	130,0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	115,2	115,2	113,5	113,5	198,4	204,1

Таблица 9

Заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет по данным официальной статистической отчетности (2012 г.), электронных баз ЛПУ (2010-2012 гг.) и углубленных медицинских осмотров (2013 г.) (на 1000 населения)

Классы болезней по МКБ-10	Данные официальной статистики		Данные электронных баз ЛПУ		Общая накопленная заболеваемость	Исчерпанная заболеваемость
	общая	первичная	общая	первичная		
Всего	1468,1	2389,4	1508,9	2455,8	4746,4	5610,9
Инфекционные и паразитарные болезни	36,7	42,9	37,8	44,1	57,5	61,2
Новообразования	3,7	7,4	3,9	7,6	14,3	19,7
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные	11,0	21,7	11,3	22,3	28,2	35,0

механизмы						
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	24,2	106,6	24,9	109,5	180,1	237,7
Психические расстройства	3,9	31,9	4,0	32,7	64,2	73,0
Болезни нервной системы	38,2	118,9	39,2	122,2	309,7	393,1
Болезни глаза и его придатков	51,3	191,8	52,7	197,2	594,7	712,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	33,6	42,7	34,5	43,8	75,6	83,2
Болезни системы кровообращения	32,8	92,7	33,7	95,2	203,3	294,6
Болезни органов дыхания	645,6	716,8	663,6	736,7	1398,3	1454,1
Болезни органов пищеварения	69,9	218,1	71,8	224,2	600,0	757,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	82,4	102,1	84,7	105,0	110,8	117,8
Болезни костно-мышечной системы	72,9	170,1	74,9	174,8	538,2	677,1
Болезни мочеполовой системы	82,7	163,5	85,0	168,0	246,4	279,4
Беременность, роды и послеродовой период	7,8	7,8	8,1	8,1	10,6	12,7
Симптомы, признаки и отклоне-ния от нормы, не классифициро-ванные в других рубриках	4,5	22,3	4,6	22,9	82,5	114,1
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	62,5	127,9	64,3	131,4	174,2	218,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	208,4	208,4	214,1	214,1	367,0	478,0

Таблица 10

Детская инвалидность (0-17 лет) по основным классам болезней в РТ

(на 10 000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	

Всего	184,8	201,8	198,3	190,6	193,0	4,4
Инфекционные и паразитарные болезни	1,01	1,03	0,96	0,87	1,0	-1,0
Новообразования	5,85	5,83	5,86	5,72	6,0	2,1
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	2,06	1,68	1,79	1,92	1,7	-15,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	9,43	12,6	12,8	12,4	12,7	**34,7**
Психические расстройства	35,9	47,5	42,4	44,3	43,5	**21,2**
Болезни нервной системы	40,5	43,5	47,1	48,6	51,3	**26,7**
Болезни глаза и его придатков	17	17	15,6	13,8	13,1	-22,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	8,04	7,07	6,74	6,9	7,6	-6,1
Болезни системы кровообращения	1,95	1,65	1,66	1,32	1,2	-39,5
Болезни органов дыхания	6,97	5,74	6,03	5,62	4,8	-31,1
Болезни органов пищеварения	2,18	2,5	2,64	2,37	2,4	7,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,87	1,61	1,39	1,11	0,9	-52,9
Болезни костно-мышечной системы	7,4	8,53	7,6	5,58	5,7	-23,1
Болезни мочеполовой системы	6,38	5,71	4,88	3,76	3,4	-46,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,47	0,21	0,29	0,18	0,3	-42,6
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	33	34,8	35,4	34	35,7	8,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	4,84	4,84	5,15	1,97	1,8	-63,2

Таблица 11

Смертность детского населения (мальчики, девочки) различных возрастных групп в РТ (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Возрастные группы	Годы					2012/2001 темп снижения, %
	2001	2006	2008	2010	2012	
всего						
0 лет*	1257,1	823	591,6	557,5	636,9	-49,3
1-4 года**	61,4	56,7	45,1	40,9	44,3	-27,9
5-9 лет	34,9	33,3	23,1	27,7	18,8	-46,1
10-14 лет	37,7	36,6	30,7	29,6	22,6	-40,1
15-19 лет	122,3	84,2	80,6	72,7	65,9	-46,1
мальчики						
0 лет*	747,0	898,8	639,0	650,0	670,6	-10,2
1-4 года**	73,9	70,3	44,0	42,8	50,2	-32,1
5-9 лет	46,3	37,4	29,0	35,3	26,5	-42,8
10-14 лет	52,4	49,3	35,9	34,1	29,3	-44,1
15-19 лет	183,3	115,6	114,0	108,4	81,3	-55,6
девочки						
0 лет*	1056,9	744,1	541,7	459,7	600,9	-43,1
1-4 года**	48,2	42,4	46,3	38,8	38,0	-21,2
5-9 лет	22,9	29,0	16,8	19,7	10,7	-53,3
10-14 лет	22,3	23,4	25,3	24,9	15,6	-30,0
15-19 лет	59,9	52,2	46,8	36,7	50,1	-16,4

*на 100 000 родившихся живыми;

** на 100 000 детей соответствующего года рождения.

Таблица 12

Смертность детского населения (город, село) различных возрастных групп в РТ (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Возрастные группы	Годы					2012/2001 темп снижения, %
	2001	2006	2008	2010	2012	
город						

0 лет*	1219,3	763,5	523,2	526,3	587,5	-51,8
1-4 года**	41,5	46,4	29,9	40,1	34,8	-16,1
5-9 лет	29,5	27,1	19,8	21,4	15,8	-46,4
10-14 лет	30,3	34,9	32,2	29,3	22,6	-25,4
15-19 лет	117,0	73,9	77,4	55,3	45,5	-61,1
село						
0 лет*	1356,5	1006,1	797,7	662,7	815,5	-39,9
1-4 года**	107,2	87,1	91,7	43,3	76,3	-28,8
5-9 лет	47,0	48,2	31,4	46,3	28,5	-39,4
10-14 лет	57,6	40,4	27,3	30,2	22,7	-60,6
15-19 лет	139,9	113,6	89,2	119,2	123,8	-11,5

*на 100 000 родившихся живыми;

** на 100 000 детей соответствующего года рождения.

Таблица 13

Смертность детского населения (0-17 лет) по основным классам болезней в РТ (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Причины смерти по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Все причины	103,2	84,4	73,7	72,9	77,7	-24,7
Инфекционные и паразитарные болезни	2,14	1,55	2,47	1,81	3,28	53,3
Новообразования	5,94	4,65	3,84	3,33	3,56	-40,1
Болезни крови, кроветворных органов	0,59	0,26	0,14	0,69	-	-
Болезни эндокринной системы	0,59	0,9	0,27	1,39	1,37	132,2
Психические расстройства	0,24	0,13	-	-	-	-
Болезни нервной системы и органов чувств	4,99	5,42	4,12	5,69	3,56	-28,7
Болезни системы кровообращения	2,49	2,97	1,65	2,08	0,96	-61,4
Болезни органов дыхания	5,94	5,68	5,49	4,72	4,65	-21,7
Болезни органов пищеварения	1,31	0,65	0,96	0,28	0,55	-58,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-	-	-	-	-	-
Болезни костно-	0,24	0,13	0,14	0,14	0,14	-41,7

мышечной системы						
Болезни мочеполовой системы	0,24	-	-	0,56	-	
Перинатальные состояния	644,1	447,7	291,3	274,6	429,4	-33,3
Врожденные аномалии (пороки развития),	13,8	10,6	8,8	10,4	8,9	-35,5
Травмы, отравления	34,0	29,2	26,8	21,9	16,6	-51,2

Таблица 14

Младенческая смертность по основным классам болезней в РТ

(на 10 000 родившихся живыми)

Причины смерти по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Все причины	126	82	60	56	64	-49,2
Инфекционные и паразитарные болезни	4,1	1,1	1,6	1,6	2,3	-43,9
Болезни органов дыхания	10,6	7,8	5,6	3,9	3,8	-64,2
Болезни органов пищеварения	0,3	0,8	0,5	0,2	0,4	-
Болезни перинатального периода	73,3	44,8	29,1	12,7	42,9	-41,5
Врожденные аномалии	22,0	16,4	12,0	27,5	8,8	-60,0
Травмы, отравления, внешние причины	7,8	6,7	5,6	3,1	2,0	-74,4
Прочие причины	8,9	4,3	4,3	2,7	1,6	-82,0

Таблица 15

Младенческая смертность по основным классам болезней в РТ

(на 10 000 родившихся живыми) (форма С51)

Причины смерти по МКБ-10	Годы			2013/2011 темп прироста (снижения), %
	2011	2012	2013	
Все причины	51,3	66,8	70,3	37,1
Инфекционные и паразитарные болезни	2,7	2,5	1,8	-33,1
Болезни нервной системы и органов чувств	0,6	0,2	1,4	131,9

Болезни органов дыхания	4,3	4,0	3,7	-13,0
Болезни органов пищеварения	0,4	0,4	1,1	160,9
Болезни перинатального периода	22,4	45,0	47,8	113,9
Врожденные аномалии	13,3	9,3	10,0	-25,1
Травмы, отравления, внешние причины	2,9	2,1	2,7	-6,8
Прочие причины	4,7	3,3	1,8	-61,7

Таблица 16

Смертность новорожденных по основным классам болезней в РТ

(на 10 000 родившихся живыми)

Причины смерти по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Все причины	85	48	32	28	43	-50,6
От врожденных аномалий	6,7	3,2	3,6	1,7	1,6	-76,1
От отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	43,8	24,2	3,6	1,7	27,3	-37,7
в том числе:						
от внутричерепной и другой родовой травмы	9,8	2,7	15,4	11,8	0,5	-94,9
от асфиксии и гипоксии	2,5	3,2	1,1	1,0	3,6	44,0
от синдрома респираторных расстройств	25,5	15,3	2,5	1,0	16,2	-36,5
от сепсиса	0,6	0,5	10,0	8,7	1,5	-
от гемолитической болезни	0,6	-	0,9	0,1	-	-

Таблица 17

Причины смертности новорожденных в возрасте 0-6 дней в РТ

(на 10 000 родившихся живыми)

Причины смерти по МКБ-10	Годы				2013/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	2013	
Все причины	30,4	16,9	30,8	30,0	-0,1

Родовая травма	1,6 (7*)	0,8	0,5		-
Асфиксия	1,3 (9)	1,2	2,7	1,6 (7)	19,6
Респираторный дистресс новорожденного (болезнь гиалиновых мембран, др. респираторный дистресс)	10,5 (1)	3,4	10,2	8,9 (1)	-14,8
Врожденная пневмония инфекционная (исключая аспирационную)	1,9 (6)	1,4	2,2	2,1 (6)	13,9
Другие респираторные состояния новорожденного	3,5 (3)	2,4	3,3	3,7 (3)	7,3
Бактериальный сепсис новорожденного		0,4	0,4	0,2 (10)	-
Инфекции плода и новорожденного специфичные для перинатального периода	1,9 (5)	0,4	2,9	2,5 (5)	32,9
Кровотечение у плода и новорожденного	3,2 (4)	0,6	2,2	4,1 (2)	27,3
Гемолитическая болезнь	0,3 (11)	0,2	1,5	0,4 (9)	32,9
Эндокринные, метаболические и другие нарушения, специфичные для перинатального периода	1,3 (8)	1,4	2,4	0,5 (8)	-60,1
Врожденные аномалии	4,0 (2)	4,6	2,0	2,5 (4)	-38,0
Травмы и отравления новорожденного	0,8 (10)	0,2	0,4	-	-

*ранговое место

Таблица 18

Причины смертности детей ЭНМТ в РТ (на 1000 родившихся живыми)

Причины смерти по МКБ-10	Годы				2013/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	2013	
Все причины	593,0	398,6	289,1	243,2	-59,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	569,8	391,3	289,1	234,2	-58,9
из них: внутрижелудочковые кровоизлияния	-	7,2	19,0	9,0	-
внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	46,5	115,9	33,2	36,0	-22,5
дыхательное расстройство у новорожденного (дистресс)	523,3	224,6	180,1	112,6	-78,5
врожденная пневмония	-	14,5	4,7	13,5	-
инфекционные болезни перинатального периода	-	-	4,7	4,5	-

прочие болезни перинатального периода	-	-	-	58,6	-
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	23,3	7,2	-	9,0	-61,3

Таблица 19

Причины смертности детей в возрасте 28-365 дней в РТ

(на 10 000 родившихся живыми)

Причины смерти по МКБ-10	Годы				2013/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	2013	
Все причины	37,7	23,8	23,3	24,8	-34,3
Инфекционные и паразитарные болезни	1,6	2,7	2,5	1,6	0,7
Болезни нервной системы и органов чувств	1,6	0,6	0,2	1,4	-10,5
Болезни органов дыхания	6,4	3,9	3,4	3,4	-46,8
Болезни органов пищеварения	2,1	0,4	0,4	0,9	-58,0
Болезни перинатального периода	6,1	4,1	7,4	8,0	31,4
Врожденные аномалии	10,1	5,7	4,5	5,2	-48,7
Травмы, отравления, внешние причины	4,5	2,9	2,1	2,7	-40,7

Таблица 20

Смертность детей в возрасте 0-14 лет по основным причинам в РТ

(на 100 000 населения соответствующего возраста)

Причины смерти по МКБ-10	Годы			2012/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	
Все причины	83,4	73,7	82,9	-0,6
Инфекционные и паразитарные болезни	2,0 (8*)	2,7	3,4 (6)	74,7
Новообразования	3,7 (6)	3,5	3,7 (5)	-0,2
Болезни эндокринной системы	1,0 (9)	1,5	1,6 (8)	66,4
Болезни нервной системы	3,9 (5)	6,2	3,3 (7)	-16,8

Болезни системы кровообращения	2,3 (7)	2,0	1,0 (9)	-57,2
Болезни органов дыхания	5,7 (4)	5,5	5,4 (4)	-5,9
Болезни перинатального периода	24,1 (1)	18,2	38,7 (1)	60,5
Врожденные аномалии	14,7 (3)	12,5	10,4 (3)	-29,0
Травмы, отравления, внешние причины	20,5 (2)	18,5	13,2 (2)	-35,8

*ранговое место

Таблица 21

Смертность детей в возрасте 1-14 лет по основным причинам в РТ

(на 100 000 населения соответствующего возраста)

Причины смерти по МКБ-10	Годы			2012/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	
Все причины	36,8	34,9	27,9	-24,1
Инфекционные и паразитарные болезни	0,9 (8*)	0,5	1,4 (6)	64,0
Новообразования	3,8 (3)	3,8	3,6 (2)	-6,8
Болезни эндокринной системы	1,0 (7)	0,5	0,7 (7)	-31,7
Болезни нервной системы	3,1 (4)	6,2	3,4 (3)	8,2
Болезни системы кровообращения	1,6 (6)	1,3	0,5 (8)	-65,8
Болезни органов дыхания	1,6 (5)	2,2	2,1 (5)	36,7
Врожденные аномалии	4,7 (2)	1,8	2,7 (4)	-43,0
Травмы, отравления, внешние причины	18,2 (1)	17,6	12,4 (1)	-31,7

*ранговое место

Таблица 22

Смертность детей в возрасте 1-4 года по основным классам болезней в РТ

(на 10 000 соответствующего года рождения)

Причины смерти по МКБ-10	Годы			2012/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	
Все причины	62,7	48,4	43,1	-31,3
Инфекционные и паразитарные болезни	2,7 (6*)	1,2	3,8 (6)	41,5
Новообразования	7,4 (3)	5,2	4,4 (5)	-41,2
Болезни эндокринной системы	2,7 (7)	1,7	0,5 (8)	-79,8
Болезни нервной системы и органов чувств	3,4 (5)	10,4	7,1 (2)	110,2

Болезни системы кровообращения	2,7 (8)	1,2	1,1 (7)	-59,6
Болезни органов дыхания	4,7 (4)	4,6	5,5 (3)	15,5
Врожденные аномалии	10,1 (2)	5,2	5,5 (4)	-46,1
Травмы, отравления, внешние причины	22,9 (1)	17,3	14,2 (1)	-38,2

* ранговое место

Таблица 23

Смертность подростков в возрасте 15-19 лет по основным причинам в РТ

(на 100 000 населения соответствующего возраста)

Причины смерти по МКБ-10	Годы			2012/2005 темп прироста (снижения), %
	2005	2011	2012	
Все причины	78,6	57,5	68,8	-12,4
Инфекционные и паразитарные болезни	1,7 (5*)	-	1,4 (5)	-19,2
Новообразования	4,1 (3)	2,5	4,2 (2)	3,9
Болезни нервной системы и органов чувств	2,9 (4)	2,5	3,3 (3)	13,1
Болезни системы кровообращения	4,6 (2)	1,7	3,3 (3)	-29,3
Болезни органов дыхания	1,2 (7)	3,8	2,3 (4)	101,9
Болезни органов пищеварения	1,4 (6)	1,3	2,3 (4)	61,6
Врожденные аномалии	0,9 (8)	-	0,5 (6)	-46,1
Травмы, отравления, внешние причины	60,0 (1)	44,1	49,6 (1)	-17,3

* Ранговое место

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

АНКЕТА

«Об охране здоровья детей, состоянию и проблемам детского здравоохранения»

(для руководителей муниципальных образований: главы, заместители, специалисты)

1. Какой тип муниципального образования Вы возглавляете/работаете (отметьте один из вариантов ответа):

Сельское поселение	1
Муниципальный район	2
Городское поселение	3
Городской округ	4

2. Численность детского населения в Вашем муниципальном образовании Всего_____ тыс. человек), в т.ч. детского_____

3. Отметьте проблемы наиболее актуальные для вашего муниципального образовании (Отметьте не более трех. Ранжируйте их по степени значимости, обозначив цифрами от 1 до 3):

	Ранг
Экономическое развитие территории	
Развитие дорожного хозяйства и транспорта	
Социальная поддержка уязвимых групп населения	
Обеспечение доступности и качества услуг здравоохранения	
Обеспечение доступности и качества услуг образования	
Обеспечение доступности и качества жилья	
Развитие сферы жилищно-коммунальных услуг	
Развитие физкультуры и спорта, оздоровление образа жизни	

4. Удовлетворяет ли население Вашего муниципального образования доступность и качество медицинской помощи детскому населению (подчеркните)
- удовлетворяет полностью
- удовлетворяет частично
-не удовлетворяет

5. Решает ли модернизация детского здравоохранения все проблемы, связанные с материально-технической базой учреждений здравоохранения в вашем муниципальном образовании (подчеркните):
решает полностью; решает частично, не решает.

6. Обеспеченность врачами-педиатрами в медицинских учреждениях муниципального образования (подчеркните)
обеспечены полностью (86-100%); обеспечены удовлетворительно (70-85%)
обеспечены неудовлетворительно (менее 70%)

7. Обеспеченность медицинскими сестрами в медицинских учреждениях для детского населения (подчеркните)
обеспечены полностью (86-100%); обеспечены удовлетворительно (70-85%)
обеспечены неудовлетворительно (менее 70%)

8. На основании каких данных Вы судите о ситуации со здоровьем детского населения и состоянии здравоохранения в Вашем муниципальном образовании *(отметьте по одному из вариантов ответа в каждом столбце)*:

	О ситуации со здоровьем детей	О состоянии здравоохранения
На основании личных наблюдений	1-1	2-1
На основе официального отчета специалистов муниципального здравоохранения	1-2	2-2
Путем обмена мнениями с другими главами муниципальных образований	1-3	2-3
Получаю сведения из СМИ	1-4	2-4
На основании самооценки населением/медицинским персоналом по результатам опросов	1-5	2-5
Другое (впишите)_____		

9. Что, по Вашему мнению, сильнее всего влияет на качество и доступность оказания медицинской помощи детскому населению (ранжируйте по степени важности от 1 до 7)

	Ранг
Материально-техническая база детского учреждения	
Отношение родителей к здоровью детей	
Профилактика болезней с самого раннего возраста	
Квалификация медицинского персонала	
Возможность для медицинского персонала своевременно повышать квалификацию	
Наличие интернет-ресурса в медицинском учреждении и у населения	

10. Что, по Вашему мнению, в основном, определяет здоровый образ жизни детского населения (подчеркните)

пример родителей; обучающие занятия в детском образовательном учреждении; медицинская профилактика

Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов о себе

Пол Муж., жен (подчеркните)

Возраст (число полных лет)_____

Образование

Среднее общее	1
Среднее специальное	2
Высшее (включая незаконченное)	3

Сфера занятости до нынешнего места работы (отметьте любое количество ответов, относящихся к Вам):

Образование	1
Здравоохранение	2
Культура	3
Спорт	4
Коммунальное хозяйство	5
Предпринимательство	6
Сельское хозяйство	7
Промышленность	8
Строительство	9
Транспорт	10
Силовые структуры	11
Торговля	12
СМИ	13

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анонимная анкета для врачей детских поликлиник

Уважаемые коллеги! Предотвращение потерь здоровья детского населения является основным направлением Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. Ваше мнение является особенно важным, поскольку охватывает широкий спектр проблем, направленных на укрепление здоровья детей в условиях модернизации здравоохранения.

I.Возраст_____лет

II.Врачебный стаж_____лет

II.Наличие квалификационной категории:
1.высшая, 2. первая, 3. вторая, 4. категории не имею.

IV.Способствует ли модернизация детского здравоохранения повышению удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи детям (подчеркните):

1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить

V.Внедрены ли в Вашем учреждении новые порядки и стандарты оказания медицинской помощи детям (подчеркните)

1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить

VI. Имеется ли в Вашем учреждении (подчеркните):

1. Информативный сайт поликлиники
2. Электронная запись детей на прием
3. Электронная амбулаторная карта
4. Возможность в кабинете выхода в интернет
5. Возможность поддерживать контакт с семьей ребенка с помощью электронной почты

VII. Оцените изменения, связанные с модернизацией здравоохранения в Вашей поликлинике (подчеркните)

1.Улучшилась материально-техническая база
2.Установлено новое диагностическое оборудование
3.Расширились лечебные возможности поликлиники
4. Увеличилась заработная плата врачей
5. Увеличилась заработная плата медицинских сестер
6.Ничего не изменилось
7.Затрудняюсь с ответом

VIII. Новые мотивации, связанные с модернизацией здравоохранения:
1. Удовлетворен работой полностью;
2. Удовлетворен частично
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь ответить

IX. Укажите, какой % рабочего времени занимает профилактическое направление в Вашей работе:

1. 0-10%;
2. 11-25%;
3. 21-30%;
4. более 30%

X. Смогут ли открывшиеся центры здоровья для детей изменить ситуацию с профилактикой болезней у детей в лучшую сторону (подчеркните):
1.Смогут; 2. Не смогут; 3. Затрудняюсь ответить

XI. Какими критериями следует преимущественно руководствоваться при оценке качества работы врача-педиатра:

1. Распределение детей по группам здоровья
2. Время, затраченное на профилактическую работу
3. Выявление факторов риска неинфекционных заболеваний
4. Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями
5. Качество диспансеризации
6. Количество на участке детей с повышенным весом (дефицитом массы тела)

СПАСИБО ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Анонимная анкета для врачей детских стационаров

«Мнение о качестве и доступности стационарной помощи детскому населению»

Уважаемые коллеги! Предотвращение потерь здоровья детского населения является основным направлением Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. Ваше мнение является особенно важным, поскольку охватывает широкий спектр проблем, направленных на укрепление здоровья детей в условиях модернизации здравоохранения.

I. Возраст_____лет

II. Врачебный стаж_____лет

III. Наличие квалификационной категории:
1. Высшая
2. Первая
3. Вторая,
4. Категории не имею.

IV.Способствует ли, по Вашему мнению, модернизация детского здравоохранения повышению удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи детям:
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

V. Внедрены ли в Вашем учреждении новые порядки и стандарты оказания медицинской помощи детям:
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

VI. Имеется ли в Вашем учреждении:
1. Информативный сайт больницы
2. Электронная запись детей на консультации специалистов стационара
3. Электронная карта стационарного больного
4. Возможность выхода в интернет в кабинете
5. Возможность поддерживать контакт с семьей ребенка с помощью электронной почты

VII. Оцените изменения, связанные с модернизацией здравоохранения в Вашей больнице:
1. Улучшилась материально-техническая база
2. Установлено новое диагностическое оборудование
3. Расширились лечебные возможности больницы
4. Увеличилась заработная плата врачей
5. Увеличилась заработная плата медицинских сестер
6. Ничего не изменилось
7. Затрудняюсь ответить

VIII. Новые мотивации, связанные с модернизацией здравоохранения:
1. Удовлетворен работой полностью
2. Удовлетворен частично

3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь ответить

Оцените доступность больничной помощи детям.
1. Доступна 3. Недоступна
2. Малодоступна 4. Затрудняюсь ответить

Рациональна ли структура коечного фонда больницы по профилям отделений (коек), в Вашем учреждении?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Выполняется ли плановый норматив числа койко-дней в Вашем стационаре?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Выполняется ли плановый норматив нагрузки на медицинских работников в Вашем учреждении?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Необходимо ли улучшение качества подготовки больных со стороны амбулаторно-поликлинического звена к стационарному лечению?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Необходимо ли улучшение преемственности между поликлиникой и стационаром?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Необходимо ли сокращение средней длительности лечения больных в Вашем учреждении?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

Какова, по Вашему мнению, летальность в Вашем стационаре (больничная летальность)?
1. Высокая 3. Невысокая
2. Средняя 4. Затрудняюсь ответить

Какова, по Вашему мнению, частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в Вашем стационаре?
1. Высокая 3. Невысокая
2. Средняя 4. Затрудняюсь ответить

Оцените качество и эффективность стационарной медицинской помощи детям в Вашем

учреждении в целом.
1. Хорошее 3. Неудовлетворительное

2. Удовлетворительное 4. Затрудняюсь ответить

IX. Оцените результативность проводимой высокотехнологичной помощи детям в Вашем учреждении.
1. Эффективна 3. Неэффективна
2. Малоэффективна 4. Не проводилась

XI. Смогут ли открывшиеся центры здоровья для детей, по Вашему мнению, изменить ситуацию с профилактикой болезней у детей в лучшую сторону:
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

XII. Какими критериями следует преимущественно руководствоваться при оценке качества работы врача-педиатра:
1. Распределение детей по группам здоровья
2. Оценка физического развития
3. Результаты профилактических осмотров
4. Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями

XIII. Какие критерии необходимы для улучшения качества медицинской помощи в Вашем учреждении?
1. Знания по специальности
2. Знания по организации здравоохранения
3. Знания по методике оценки качества медицинской помощи
4. Материально-техническое оснащение
5. Укомплектованность штатов
6. Морально-психологические стимулы
7. Материальные стимулы
8. Другое (указать)

СПАСИБО ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

АНОНИМНАЯ АНКЕТА РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА

Амбулаторно-поликлиническое обслуживание является первичным звеном в системе охраны здоровья детей. Одним из основных критериев качества медицинской помощи является доступность и удовлетворенность ею пациентов.

С целью успешной модернизации детского здравоохранения в Республике Татарстан просим Вас принять участие в социологическом опросе.

При заполнении анкеты следует внимательно ознакомиться с каждым вариантом ответа и подчеркнуть тот, который наиболее соответствует Вашей оценке. В анкете могут быть учтены не все варианты ответов, тогда в графу «другое» впишите свой вариант.

Заранее благодарим Вас за участие и искренние ответы!

1. Возраст ребенка _____лет

II.. Отметьте, сколько раз Вы посещали поликлинику в 2011 году: 1-3 раза; 4-6 раз; 7-9 раз;

10 и более раз; не посещали

III. Поводы для обращения за врачебной помощью в поликлинику (подчеркните):
1. Лечебно-диагностический
2. Консультативный
3. Диспансерное наблюдение
4. Профилактический
5. Профосмотр
6. Реабилитация
7. Прочие

IV. Время ожидания приема к участковому врачу-педиатру:
1. Попадаете на прием сразу
2. До 1 часа
3. До 2 часов
4. Более 2-х часов

V. Как правило, Вы можете попасть к врачу-специалисту: (подчеркните):
1. В день обращения
2. На следующий день
3. Через несколько дней

VI. Вы не смогли попасть к врачу-специалисту в день обращения по причине:
1. Закончившейся записи
2. Вашей неосведомленности о расписании работы специалиста поликлиники.
3. Другие причины (впишите, какие)_____
_____

VII. Особенно трудно попасть к (подчеркните):
1. Невропатологу
2. Эндокринологу
3. Отоларингологу
4. Хирургу

5. Урологу
6. Другим специалистам (впишите, каким)_____

VIII. Какими платными медицинскими услугами для ребенка Вы пользуетесь (подчеркните):
1. Консультативными
2. Диагностическими
3. Лечебными
4.Реабилитационными
5. Нетрадиционной медицины
6. Не пользуюсь

IX. Вам приходится обращаться за платными медицинскими услугами в хозрасчетные медицинские учреждения из-за:
1. Слабой материально-технической базы поликлиник
2. Длительности ожидания приема врача
3.Очереди на функциональное обследование
4.Очереди на лабораторное обследование
5.По другим причинам (впишите, по каким)_____
_____
_____

X. Оцените качество медицинской помощи в территориальной поликлинике в течение последних двух лет(подчеркните):
1. Изменилось в лучшую сторону
2. Изменилось в худшую сторону
3. Не изменилось
4. Затрудняюсь с ответом

XI. Если Вы считаете, что качество медицинской помощи улучшилось, то это проявилось в следующем (подчеркните):
1. Повысились доброжелательность и внимание со стороны медицинского персонала;
2. Появилась возможность выбора врача;
3. Расширился спектр медицинских услуг:
-диагностических;
-лечебных;
-реабилитационных
- другое (впишите, какие признаки улучшения Вы заметили)_____
_____
_____

СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.

XII. Работой своего участкового врача-педиатра:
1. Удовлетворен полностью
2.Удовлетворен частично
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь с ответом

XIII. Какова, на Ваш взгляд, эффективность диспансерного наблюдения в поликлинике:
1. Достаточна (состояние здоровья ребенка улучшилось)
2. Недостаточна (состояние здоровья ребенка не улучшилось)

3. Затрудняюсь с ответом

XIV. Причины неудовлетворенности работой врачебного персонала:
1. Невнимательность, торопливость на приеме
2. Нетактичное отношение к пациентам
3. Квалификация врача
4. Длительное ожидание приема
5. Несвоевременное обслуживание вызовов на дому
6. Затрудняюсь с ответом

XV. Работой среднего медицинского персонала детской поликлиники:
1. Удовлетворены полностью
2. Удовлетворены частично
3. Не удовлетворены
4. Затрудняюсь с ответом

XVI. Причины неудовлетворенности работой среднего медицинского персонала:
1. Отсутствие постоянной медицинской сестры
2. Несвоевременное и не в полном объеме выполнение назначений врача
3. Нетактичное отношение к пациентам
4. Затрудняюсь с ответом

XVII. Работой параклинических и вспомогательных служб детской поликлиники (лаборатория, рентгеновский кабинет, регистратура, физиотерапевтический кабинет, кабинет функциональной диагностики и т.д.):
1. Удовлетворены
2. Не удовлетворены
3. Затрудняюсь с ответом

XVIII. Деятельностью детской поликлиники в целом:
1. Удовлетворен
2. Не удовлетворен
3. Затрудняюсь с ответом.

XIX Основные причины неудовлетворенности (подчеркните):
1. Недостаточная оснащенность современным оборудованием
2. Очереди во вспомогательные кабинеты
3. Очереди к врачам
4. Отсутствие «узких» специалистов
5 Недостаточная квалификация врачей
6.Неуважение к больным со стороны медицинского персонала
7.Неудобный график и режим работы поликлиник
8. Другие организационные недостатки
9. Затрудняюсь с ответом

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

XX. Где преимущественно, по Вашему мнению, дети должны приобретать навыки здорового образа жизни:
1. Дома, в семье
2. В образовательном учреждении
3. Из средств массовой информации

4. От врача-педиатра

XXI. Знаете ли Вы об открытии Центров здоровья для детей: 1. Да; 2. Нет

XXII. Посещали Вы с ребенком Центр здоровья: 1. Да; 2. Нет

XXIII. Если Вы посещали с ребенком центр здоровья:
1. Посещением удовлетворены полностью
2. Удовлетворены частично
3. Не удовлетворены

XXIV. Что следует изменить в деятельности детской поликлиники с целью улучшения качества и доступности первичной медицинской помощи? (отметьте те пункты, которые наиболее соответствуют Вашим требованиям):
1. Открыть удобный и информативный для населения сайт поликлиники с возможностью задать вопросы специалистам и общаться с другими родителями;
2. Организовать электронную запись на прием к врачу;
3. Иметь возможность контакта с участковым врачом и медицинской сестрой в режиме он-лайн;
4. Укомплектовать детские поликлиники необходимыми узкими специалистами;
5. Открыть детские поликлиники в шаговой доступности для населения микрорайона;
6. Вывести детские поликлиники из первых этажей жилых домов в специально построенные здания.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

АНОНИМНАЯ АНКЕТА РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА

Стационарная медицинская помощь детям это важнейший и решающий этап в системе охраны здоровья детского населения. Одним из основных критериев качества медицинской помощи является доступность и удовлетворенность ею пациентов.

С целью успешной модернизации детского здравоохранения в Республике Татарстан просим Вас принять участие в социологическом опросе.

При заполнении анкеты следует внимательно ознакомиться с каждым вариантом ответа и подчеркнуть тот, который наиболее соответствует Вашей оценке. В анкете могут быть учтены не все варианты ответов, тогда в графу «другое» впишите свой вариант.

Заранее благодарим Вас за участие и искренние ответы!

1. Возраст ребенка _____лет

II. Отметьте, сколько раз Ваш ребенок был госпитализирован в стационар в последние 2 года:

1.1 раз 2. 2 раза 3. 3 и более раз

III. Характер госпитализаций:

1. Экстренная 2. Плановая 3. Экстренная и плановая

IV. Отказывали ли Вам в госпитализации ребенка при наличии направления от лечащего врача?:

1. Да 2. Нет

V. Время ожидания плановой госпитализации:

1. До 2-х недель
2. От 2-х недель до 1 месяца
3. От 1 до 2-х месяцев
4. 2 и более месяцев

VI. Время ожидания в приемном отделении первичного осмотра врачом:

1. до 30 мин.,
2. в течение 1 часа,
3. в течение 2-х часов,
4. более 2-х часов

VII. Какими платными медицинскими услугами для ребенка Вы пользовались, находясь в стационаре:

1. Консультативными
2. Диагностическими
3. Лечебными
4. Реабилитационными
5. Не пользовались

VIII. Вам приходится обращаться за платными медицинскими услугами в хозрасчетные медицинские учреждения из-за:

1. Отсутствие медицинской услуги в данном учреждении
2. Длительности ожидания ее выполнения
3. Другое (впишите) _____

IX. Платными медицинскими услугами для ребенка Вы пользовались, находясь в стационаре:

1. По рекомендации врача 2. По собственной инициативе
3. Другое (впишите)

_____

X. Оплата медицинских услуг проводилась путем:

1. На основе договора на платные медицинские услуги

2. Оплата медицинских услуг в кассу медицинского учреждения без договора
3. Наличные средства врачу/медсестре
4. Внесение добровольных пожертвований в кассу медицинского учреждения

XI. Были ли возмещены денежных средства при использовании платных услуг за во время пребывания ребенка в стационаре страховой компанией?
1. Да 2. Нет 3. Не обращались

XII. Сталкивались ли Вы с отказом в выполнении назначенных ребенку лечащим врачом обследований и видов лечения?
1. Да 2. Нет

XIII. Оцените качество медицинской помощи в стационаре в целом:
1. Удовлетворен полностью 3. Не удовлетворен
2. Удовлетворен частично 4. Затрудняюсь с ответом

XIV. В случае если вы не удовлетворены оказываемой медицинской помощью в данном стационаре, укажите причины:
1. Плохие бытовые условия в стационаре
2. Плохое питание в стационаре
3. Плохое отношение медицинского персонала
4. Трудности с получением консультации узкого специалиста
5. Трудности с проведением лабораторно-диагностических и функциональных исследований
6. Отсутствие необходимых медикаментов
7. Недостаточная квалификация врачей
8. Недостаточная полнота диагностического обследования и лечения
9. Наличие платных услуг
10. Другие организационные недостатки (для детей с ограниченными физическими возможностями)
11. Отсутствие информационных и образовательных материалов для родителей
12. Отсутствие преемственности с поликлиникой
13. Затрудняюсь с ответом

XV. Оцените организацию приема пациентов в приемном отделении:
1. Удовлетворен полностью 3. Не удовлетворен
2.Удовлетворен частично 4. Затрудняюсь с ответом

XVI. Причины неудовлетворенности работой приемного отделения:
1. Длительное ожидание приема 5. Неудовлетворительное состояние помещения
2. Квалификация врача 6. Длительное ожидание перевода в отделение
3. Нетактичное отношение к пациентам 7. Затрудняюсь с ответом
4. Невнимательность, торопливость при приеме

XVII. Оцените качество работы врачебного персонала стационара:
1. Удовлетворен полностью 3. Не удовлетворен
2.Удовлетворен частично 4. Затрудняюсь с ответом

XVIII. Причины неудовлетворенности работой врачебного персонала:
1. Невнимательность, торопливость при осмотре
2. Нетактичное отношение к пациентам
3. Квалификация врача

4. Недостаточное наблюдение за ребенком
5. Несвоевременность назначений и проведения обследования
6. Недостаточная доступность объяснений врача
7. Недостаточное информирование родителей о состоянии ребенка и о проводимом обследовании и лечении
8. Несоблюдение врачебной тайны
9. Затрудняюсь с ответом

XIX. Оцените работу среднего медицинского персонала стационара:
1. Удовлетворены полностью 3. Не удовлетворены
2. Удовлетворены частично 4. Затрудняюсь с ответом

XX. Причины неудовлетворенности работой среднего медицинского персонала:
1. Недостаточное наблюдение за ребенком
2. Несвоевременное и не в полном объеме выполнение назначений врача
3. Нетактичное отношение к пациентам
4. Затрудняюсь с ответом

XXI. Оцените работу диагностической службы стационара:
1. Удовлетворены 2. Не удовлетворены 3. Затрудняюсь с ответом

XXII. Причины неудовлетворенности работой диагностической службы стационара:
1. Длительность ожидания обследования 3. Затрудняюсь с ответом
2. Недостаточный спектр диагностических исследований

XXIII. Оцените качество питания в стационаре
1. Хорошее 2. Удовлетворительное 3. Неудовлетворительное

XXIV. Оцените санитарное состояние в палатах и отделениях?
1. Хорошее 2. Удовлетворительное 3. Неудовлетворительное

XXV. Оцените результативность полученного лечения ребенка в данной медицинской организации ?
1. Улучшение 2. Ухудшение 3. Без перемен

XXVI. Оцените результативность полученной высокотехнологичной помощи ребенку в данной медицинской организации ?
1. Улучшение 3. Без перемен
2. Ухудшение 4. Не проводилась

XXVII. Если имели место повторные госпитализации, то оцените качество медицинской помощи в стационаре в динамике:
1. Изменилось в лучшую сторону 3. Не изменилось
2. Изменилось в худшую сторону 4. Затрудняюсь с ответом

XXVIII. Если Вы считаете, что качество медицинской помощи улучшилось, то это проявилось в следующем:
1. Улучшилось отношение медицинского персонала
2. Улучшилось материально-техническое оснащение учреждения
3. Расширился спектр медицинских услуг: -диагностических; -лечебных; -реабилитационных

- другое (впишите) _____

XXIX.Приходилось ли Вам жаловаться на медицинское обслуживание в стационаре?:
1. Да 2. Нет

XXX. Были ли приняты эффективные меры в результате Вашей жалобы?:
1. Да 2. Нет

XXXI. Что, по Вашему мнению, необходимо совершенствовать в деятельности стационара для обеспечения качественного оказания медицинской помощи?
1. Межличностные отношения врача и пациента (умение врача взаимодействовать с ребенком и его родителями, проявлять сочувствие)
2. Квалификацию врача
3. Удобство и своевременность предоставления медицинских услуг
4. Результативность медицинских вмешательств (изменение в состоянии здоровья ребенка)
5. Непрерывность медицинской помощи (наличие взаимосвязи поликлиники и стационара)
6. Комфортабельность учреждения здравоохранения (чистота, порядок, приятность общей атмосферы)
7. Обеспеченность медицинским персоналом и оборудованием
8. Другое (впишите) _____